

РАЗДЕЛ 1. КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ CHAPTER 1. CLINICAL DISCIPLINES

Анестезиология и интенсивная терапия

Anesthesiology and Intensive Care

ПОСТПУНКЦИОННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ЕЁ РАЗВИТИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАНЦЕТОВИДНЫХ ИГЛ

Зрячев В.М.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им Асфендиярова С.Д., Родильный дом №4. Алматы

Postpunctional headache and its development at usage of lancet-shaped needles

Zryachev V.M.

Anesthesiology and resuscitation science cathedra of Kazakh National Medical University named after Asfendiyarov S.D., Maternity house #4, Almaty

Postpunctional headache during many years has being quite common event and one out of main arguments of opponents against spinal anesthesia. The frequency of this complication varies in different medical institutions from less than 3% up to 30% depending on the popularity of the method and experience of collaborators. The majority of the researchers link the occurrence of postpunctional headache exclusively with the puncture of dura mater, efflux of the liquid out of it and forming of liquor hypotension.

The preventive measures consist of usage of the needles with diameter of 0.5 mm (25G) and less of type Quincke with lancet-shaped cutoff, or atraumatic needles Whitacre with cutoff pencil point for the puncture of subarachnoid space.

Conclusions: On the basis of the given study it is possible to make a conclusion that the diameter of lancet-shaped cerebrospinal needle does not significantly influence the development of postpunctional headache. Possibly, at the usage of thin needles with small internal diameter it is necessary to search for a lumbar space for a long time, move the needle forward and back, and rotate the needle clockwise and counterclockwise, in order to see the occurrence of liquor, and this does not warrant against the additional trauma. And thick needles with a big diameter, make, undoubtedly, a big hole, thus the high percentage of postpunctional headaches.

That's why the needle with diameter of 24G-22G can be considered as the optimal for the conduction of spinal anesthesia. And a puncture of the needle is good, and identification of the spinal space is quick.

Keywords: spinal anesthesia, postpunctional headache, liquor hypotension, lancet-shaped needle.

Ланцет тәрізді инені колдану кезінде дамидын пункциядан кейінгі бас ауруы.

Зрячев В.М.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы.

Алматы қ, №4 босану үйі

Пункциядан кейінгі бас ауруы көп жылдан бері жұлындық анестезияның едәуір асқынуы және қарсы көрсетілімі болып табылады. Бұл асқынудың жиілігі әдістің танымалдығы мен қызметкерлердің тәжірибесіне байланысты, әр түрлі мекемеде 3% бен 30% аралығында кездеседі. Көптеген зерттеушілер мәліметтері бойынша пункциядан кейінгі бас ауруды мидың қатты қабатына тесумен және сол жерден жұлын сұйықтығының ағуымен, нәтижесінде жұлындық гипотензияның пайда болуымен түсіндіреді. Ескерту әдістері бойынша субарахноидальды кеңістікке пункция жасағанда диаметрі 0.5мм

(25G) және Quincke типті ланцет тәрізді тілік жасайды немесе Whitacre атрауматикалық инесімен pencil point тілігін жасайды.

Қорытынды; Осы зерттеудің негізінде мынандай қорытынды шығаруға болады, ланцетті, жұлынмилық ине диаметрі постпункциялық бас ауруының дамуына әсер етпейді.

Мүмкін, ішкі диаметрі кіші жіңішке инелерді қолданғанда люмбальді кеңістікті ұзақ іздеуге тура келеді, инені алға және артқа сағат тілі бойынша және оған қарсы айналдырады, ликвор көрінісін көру үшін, және бұл қосымша жарақаттануға кепілдік бермейді. Ал диаметрі үлкен инелер, үлкен саңылау жасайды, осыдан постпункциялық бас ауруының пайызы жоғарылайды.

Сондықтан жұлынмилық анестезияны жүргізуде ыңғайлы ине диаметрі 24G-22G. Инені енгізуде жақсы және жұлын кеңістігін идентификациялау тез.

Түйінді сөздер: жұлындық анестезия, пункциядан кейінгі бас ауру, жұлындық гипотензия, ланцет тәрізді ине.

Постпункционная головная боль (ППГБ), на протяжении многих лет являлась достаточно распространенным осложнением и одним из основных аргументов противников спинальной анестезии. Частота этого осложнения варьирует в различных лечебных учреждениях от менее 3% до 30% в зависимости от популярности метода и опыта сотрудников. Большинство исследователей связывают возникновение постпункционной головной боли исключительно с проколом твердой мозговой оболочки, вытеканием через него ликвора и формированием ликворной гипотензии.

Предупредительные меры состоят в применении для пункции субарахноидального пространства игл диаметром 0,5 мм (25 G) и менее типа Quincke с ланцетовидным срезом, либо атрауматических игл Whitacre со срезом pencil point.

Цель:

Изучить развитие постпункционной головной боли, при проведении спинномозговой анестезии ланцетовидными иглами различного диаметра.

Материалы и методы;

Исследования проводились у 108 пациенток в возрасте 22 – 33 года, которым проводилась спинномозговая анестезия, при кесаревом сечении в плановом и экстренном порядке.

Использовались; анестетик лидокаин 80 мг. – 4 мл., место пункции промежутки II – III, без технических трудностей, вес пациенток колебался в пределах 50 – 96 кг при росте 150 – 182 см.

Использовались иглы ланцетовидные различных диаметров, в кол перпендикулярный, вдоль волокон, срезом вверх, положение пациенток на боку.

27G – 10 человек, 26G – 16 человек, 24G – 56 человек, 22G – 16 человек, 20G – 10 человек.

Результаты исследования;

Из 108 пациенток у 33 развилась постпункционная головная боль (31%) различной интенсивности от легкой до сильной. И распределилась в следующем порядке

№	Размер иглы	Всего пациенток	Пациенток развившейся ППГБ	с	% развития постпункционной головной боли.
1	27G	10	4		40%
2	26G	16	5		31,25%
3	24G	56	18		32,14%
4	22G	16	2		12,5%
5	20G	10	5		50%

Выводы; На основании данного исследования можно сделать вывод что диаметр ланцетовидной спинномозговой иглы на развитие пост пункционной головной боли особо не влияет. Возможно, при использовании игл тонких с маленьким внутренним диаметром приходится длительно искать люмбальное пространство, продвигать иглу вперед и назад, поворачивать иглу по часовой стрелке и против неё, чтобы увидеть появление ликвора, и это не гарантирует от дополнительного травмирования. А иглы толстые с большим диаметром, делают, бесспорно, большое отверстие, от сюда и высокий процент постпункционных головных болей. Поэтому оптимальной для проведения спинномозговой анестезии можно считать иглу диаметром 24G -22G. И в кол иглы хороший, и идентификация спинального пространства быстрая.

Ключевые слова; спинальная анестезия, постпункционная головная боль, ликворная гипотензия, ланцетовидная игла.

Литература:

1. Рампфель. Д.П., Нил Д.М.,Вискоуме К.М.,под редакцией Зильберт А.П., Мальцев В.В.,Регионарная анестезия – М. Медпресс-информ, 2007.
2. Давыдов С.Б., Колюцкая О.Д., Хапий Х.Х. и др. Осложнения регионарных методов анестезии и их профилактика//Регионарная анестезия и аналгезия.— М., 1987.
3. Freedman J., Li D., Drasner K. Transient Neurologic Symptoms after Spinal Anesthesia: An Epidemiologic Study of 1,863 Patients. Anesthesiology. 1998.
4. Horlocker T., McGregor D. A retrospective review of 4767 consecutive spinal anesthetics: central nervous system complications. Anesth.Analg. 1997.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Зрячев В.М.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им Асфендиярова С.Д.,
Родильный дом №4. Алматы*

The prophylaxis of postpunctional headache in patients after cesarean section

Zryachev V.M.

Anesthesiology and resuscitation science cathedra of Kazakh National Medical University named after Asfendiyarov S.D., Maternity house #4, Almaty

The usage of spinal anesthesia particularly in Obstetrics' practice, today has the wide application. Anesthesia is quite safe, easy in technical performance but there is a row of problems and severe complication there. This is a high total block, and infectious complications, and also neurological problems. Even if the anesthesiologist masters the spinal anesthesia, a development of such complication as postpunctional headache may take from 3% up to 30%. Everything depends on a row of causes; these are technique of performance, direction of needle cutoff, diameter of needle, anesthetic, gender and age of patient, position of patient at the puncture and many others.

As a basis of the treatment of the given complication a seal of postpunctional puncture hole with a big amount of autoblood (up to 20 ml, above or below of the puncture place) is applied after the complication develops. Usage of the seal with autoblood right after the puncture, after the extraction of the needle, in the volume of 3 ml, leads this complication practically to minimum.

Conclusions: The given method of making seal right after the conduction of the anesthesia after extraction of needle is sufficiently effective for the prophylaxis of postpunctional headache and can be recommended for the usage in the medical institutions.

The given method does not require high economic expenses, contamination of patient does not occur, as autoblood is used with a compliance of rules of aseptic and antiseptic.

Keywords: spinal anesthesia, postpunctional headache, seal, autoblood.

Кесір тілінен кейінгі науқастардың постпункциялық бас ауруын алдын алуы

Зрячев В.М.

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің анестезиология және реаниматология кафедрасы Алматы қ, №4 босану үйі

Қазіргі таңда акушерлік тәжірибеде жұлындық анестезия кеңінен қолданылуда. Анестезия қауіпсіз, әрі орындалуы оңай, бірақ оныңда өз кемшіліктері және қауіпті асқынулары бар. Бұл-жоғары тоталды блок, инфекциялық асқынулар және де неврологиялық жағдайлар. Жұлындық жансыздандыруды тәжірибелі анестезиолог жасағанымен постпункциялық бас ауруымен асқыну 3-30% құрайды. Оған орындалу тәртібі, иненің бағыты, иненің диаметрі, анестетик, науқастың жынысы мен жасы, пункция кезіндегі науқастың қалпы, тағы басқа жағдайлар әсер етеді.

Асқынудың негізгі емінде, асқыну пайда болысымен, постпункционалдық тесікті үлкен көлемді өз қанымен (20 мл дейін, пункция орнынан жоғары не төмен) бітеу қолданылады. Пункциядан кейін инені алысымен жасалған өз қанымен бітемелеу (3 мл көлемінде) асқынуды ең төменгі мөлшерге дейін төмендетеді.

Қорытынды; Бұл пломбировка әдісі анестезия жасап, инені алғаннан кейін, постпункциялық бас ауруының алдын-алуда нәтижелі болады және медициналық мекемелерде қолданылуға кеңес берілуі мүмкін.

Бұл әдіс көп экономикалық шығынды қажет етпейді, науқастың инфицирленуі болмайды, өйткені асептика және антисептика ережесін сақтаумен аутоқан қолданылады.

Түйінді сөздер: жұлын анестезиясы, постпункциялық бас ауруы, бітемелеу, өз қаны

Использование спинальной анестезии особенно в акушерской практике, на сегодняшний день нашло широкое применение. Анестезия достаточно безопасная, легка в техническом исполнении, но и в ней возникают ряд проблем и серьёзных осложнений. Это и высокий - тотальный блок, и инфекционные осложнения, а также неврологические проблемы.

Даже если анестезиолог мастерски владеет спинальной анестезией, развитие такого осложнения как постпункционная головная боль может составить от 3% до 30%. Все зависит от ряда причин, это и техника исполнения, направление среза иглы, диаметр иглы, анестетик, пол и возраст пациента, положение пациента при пункции, и многое другое.

В основе лечения данного осложнения применяется пломбировка постпункционного отверстия большим количеством аутокрови (до 20 мл, выше или ниже места пункции), после того как это осложнение развилось. Применение пломбировки аутокровью сразу после пункции, по извлечению иглы, в объеме 3-х мл. сводит это осложнение практически до минимума.

Цель;

Изучить эффективность методики пломбировки постпункционного отверстия, после спинномозговой анестезии, на частоту развития постпункционной головной боли.

Материалы и методы;

Исследование проведено у 42 женщин, которым проведено кесарево сечение, 21 из которых была проведена пломбировка 3 мл аутокрови, взятой из кубитальной вены и введенная в эпидуральное пространство после подтягивания спинномозговой иглы и прекращения выделения ликвора. Остальным пломбировка не проводилась.

Возраст пациенток колебался от 21 до 33 лет, сопутствующей патологии не выявлено.

Игла для проведения спинномозговой анестезии использовалась размером 26 Gx1/2", L 88 мм, D 0,47 мм, ланцетовидная. Вкол осуществлялся вдоль волокон, положение пациенток - на боку. В качестве анестетика использовался лидокаин 80 мг – 4 мл. Область пункции промежутков LII – LIII, без технических трудностей.

Результаты исследования;

У пациенток, которым пломбировка постпункционного отверстия не проводилась, головные боли различной интенсивности возникли у 8 из 21 (38%). У пациенток которым пломбировка проводилась по предложенной методике головная боль развилась у 1-й из 21 (4,7%), да и то умеренная и прошла в течение суток без лечения.

Выводы; Данная методика пломбировки сразу после проведения анестезии по извлечению иглы, является достаточно эффективной для профилактики постпункционной головной боли и может быть рекомендована к использованию в медицинских учреждениях.

Больших экономических затрат данная методика не требует, инфицирование пациента не происходит, т.к. используется аутокровь с соблюдением правил асептики и антисептики.

Ключевые слова; спинальная анестезия, постпункционная головная боль, пломбировка, аутокровь,

Литература:

1. Рампфель. Д.П., Нил Д.М., Вискоуме К.М., под редакцией Зильберт А.П., Мальцев В.В., Регионарная анестезия – М. Медпрес-информ, 2007.
2. Филиппович Г. В., Шифман Е. М. Профилактика интраоперационной тошноты и рвоты при спинномозговой анестезии во время операции кесарева сечения // Клиническая анестезиология и реаниматология. 2004. Т. 1. № 2.
3. Auroy Y., Narchi P., Messiah A. Serious complications related to regional anesthesia. Anesthesiology. 1997.
4. Horlocker T., McGregor D. A retrospective review of 4767 consecutive spinal anesthetics: central nervous system complications. Anesth. Analg. 1997.

Внутренние болезни

Internal Medicine

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Касымжанова Ж.Б.

врач-терапевт,

Областной перинатальный центр г.Талдыкорган

Хронический панкреатит – это болезнь, при которой наблюдается воспаление тканей поджелудочной железы. Хронический панкреатит у беременных встречается довольно часто, при этом во время беременности установить диагноз хронического панкреатита довольно сложно из-за необходимости отличить эту болезнь от множества других патологий, протекающих со схожими симптомами.

Chronic pancreatitis of pregnant women

Kasimzhanova ZH.B.

Regional Perinatal Center of Taldykorgan

Chronic pancreatitis is an illness at which the inflammation of fabrics of a pancreas is observed. Chronic pancreatitis at pregnant women meets quite often, thus during pregnancy to establish the diagnosis of chronic pancreatitis quite difficult because of need to distinguish this illness from a set of other pathologies proceeding with similar symptoms.

Жүкті әйелдердің созылмалы панкреатитін емдеу

Созылмалы панкреатит ұйқы безінің тіндерінің қабынуы. Жүкті әйелдерде созылмалы панкреатит жиі кездеседі. Сондықтан жүктілік кезінде бұл диагнозды қою өте ауыр. Себебі, бұл ауруды басқа аурулар белгілерімен шатастыруы мүмкін.

Хронический панкреатит - это группа хронических заболеваний поджелудочной железы различной этиологии, преимущественно воспалительной природы, проявляющиеся различной степенью нарушения экзокринной и эндокринной функций.

Диагноз хронического панкреатита у беременных представляет достаточно трудную задачу для врачей, работающих в акушерских клиниках. Обострение хронического панкреатита у беременных необходимо дифференцировать от таких заболеваний, как синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, язвенный колит, кишечная непроходимость, обострение хронического холецистита, хронический гепатит, а также патологии гепатобилиарной системы, связанной с беременностью; ранним токсикозом беременных, чрезмерной рвотой беременных, преэклампсией, острой жировой дистрофией печени.

Нередко в первом триместре беременности обострение хронического панкреатита проходит под маской раннего токсикоза. Принято считать симптомы диспепсии, возникающие до 12 недель беременности, признаками раннего токсикоза и расценивать их после 12 недель, как обострение или манифестацию хронического заболевания гепатобилиарной системы.

Во втором и третьем триместрах обострение хронического панкреатита приходится дифференцировать с внутрипеченочным холестазом беременных, преэклампсией, острой жировой дистрофией печени и HELLP-синдромом.

К факторам, провоцирующим обострение панкреатита у беременных, следует отнести нарушение диеты, снижение физической активности, нарушение моторики желудочно-кишечного тракта, связанное с гормональными влияниями эстрогенов, заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей, белковую недостаточность, инфекции, а также полипрагмазию. К сожалению, не всегда оправданное назначение большого количества лекарственных препаратов, многокомпонентных витаминов беременным может оказывать

токсическое действие на органы гепатобилиарной системы и способствовать обострению хронического панкреатита.

Классификация хронического панкреатита (Марсельско-Римская):

- Хронический обструктивный панкреатит (развивается в результате обструкции главного протока поджелудочной железы).
- Хронический кальцифицирующий панкреатит (в протоках обнаруживают белковые преципитаты, кисты и псевдокисты, стеноз и атрезию протоков, атрезию ацинарной ткани).
- Хронический паренхиматозный панкреатит (характеризуется развитием фиброза, инфильтрацией мононуклеарными клетками, которые замещают паренхиму поджелудочной железы).

Диагностика панкреатита у беременных.

В клинике хронического панкреатита у беременных преобладает нерезко выраженный болевой синдром, синдром мальдигестии и мальабсорбции, инкреторная недостаточность. Относительная панкреатическая недостаточность обусловлена падением интрадуоденального уровня рН ниже 5,5 (за счет инактивации ферментов), моторными нарушениями 12-перстной кишки (нарушение процесса смешивания ферментов с пищевым химусом), избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке (разрушение ферментов, снижение уровня внутрикишечного рН), дефицитом желчи и энтерокиназы (нарушение активации липазы и трипсинагена).

Клинические признаки панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью: диарея с жирным зловонным калом, снижение массы тела при сохраненном или повышенном аппетите, тошнота, рвота.

Лабораторные тесты, рекомендуемые для диагностики экзокринной недостаточности поджелудочной железы, в настоящее время недоступны в большинстве местных родовспомогательных учреждениях. Так, проблематичным представляется количественное определение нейтрального жира в кале за 72 часа (более 6 г в день - патология), и определение эластазы в кале (уровень менее 200 мкг в 1 г кала свидетельствует о панкреатической недостаточности). Невысокая чувствительность амилазного теста (определение активности амилазы в крови и моче) связана с кратковременностью гипермилаземии и гипермилазурии при панкреатитах. При обострении панкреатита может выявляться повышение уровня АЛТ и АСТ до 2 норм. Повышение билирубина, преимущественно прямого, холестерина и щелочной фосфатазы характерно для развившегося синдрома холестаза, что может быть обусловлено блоком хо-ледоха, развитием реактивного гепатита.

При беременности не применяются рентгенография брюшной полости, ретроградная холангиопанкреатография, КТ. До 32 недель возможно проведение ЭГДС.

При УЗИ внутренних органов определяются увеличение размеров и изменения структуры поджелудочной железы, неровные и нечеткие контуры, расширение протоков, кисты и псевдокисты, патология органов билиарного тракта, прежде всего - холестаз. Наиболее часто у беременных заболевания гепатобилиарной системы протекают с явлениями холестаза.

Основные причины холестаза у беременных:

- Рецидивирующий холестаз неясной этиологии
- Обострение или манифестация хронического заболевания гепатобилиарной системы
- Токсические поражения печени

- Вирусные инфекции (HBV, HCV, HAV, CMV, HSV, аденовирус, энтеровирусы, вирусы Коксаки, вирус Эпштейн Барра)
- Паразитарная инвазия (описторхоз)
- Доброкачественные негемолитические гипербилирубинемии
- Онкологические заболевания

Как правило, все эти заболевания сопровождаются нарушениями функций поджелудочной железы различной степени тяжести.

Лечение хронического панкреатита у беременных

Лечение беременных с панкреатитом представляет не менее сложную задачу, чем его диагностика.

В нашей клинике патологии беременных мы придерживаемся следующих принципов ведения беременных с хроническими панкреатитами.

1. Минимизация лекарственной терапии.
2. Диета с ограничением жиров, свежих овощей и фруктов.
3. Повышение количества белков до 150 г в сутки (в основном за счет животных белков). Прием пищи не менее 5 раз в день малыми порциями. Все блюда готовят в отварном или запеченном виде.
4. Беременность накладывает определенные ограничения на лекарственную терапию. Ингибиторы протонной помпы и блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов противопоказаны при беременности. В исключительных случаях, когда речь идет о спасении жизни женщины, возможный вред от применения этих препаратов неизмеримо ниже, чем ожидаемый лечебный эффект. Так, при тяжелом течении панкреатита или при наличии язвенных поражений желудочно-кишечного тракта возможно парентеральное применение омепразола или фамотицина.
5. Показано назначение спазмолитиков. Предпочтение отдается селективному спазмолитику **Дюспаталину** - по 200 мг дважды в сутки за 20 минут до еды в течение 3-4 недель в комбинации с панкреатическими ферментами. Панкреатические ферменты, содержащие только панкреатин, например, **Креон 25000** Ед, назначаются за 40 минут до еды с целью достижения обезболивающего эффекта с последующим переходом на **Креон 10000** Ед в начале каждого приема пищи в течение не менее 3-4 недель.
6. Учитывая практически всегда присутствующую дисфункцию гепатобилиарной системы, показано назначение препаратов, способствующих разрешению холестаза. В зависимости от клинической ситуации назначаются адеметионин или препараты урсодезоксихолевой кислоты, или препараты экстракта артишоков.
7. Буферные антациды (алюминия фосфат) назначаются при изжоге перед едой и через 30-40 минут после приема пищи и перед сном.
8. При синдроме избыточного бактериального роста в кишечнике, а также при наличии системных поражений, отсутствии эффекта от терапии без применения антибактериальных средств до 18 недель беременности назначается амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки, после 18 недель беременности возможно назначение метронидазола по 250 мг 4 раза в сутки.

При отсутствии синдрома избыточного бактериального роста в кишечнике основными способами воздействия на микрофлору кишечника является применение пробиотиков и пребиотиков.

Пробиотики – это живые микроорганизмы – молочнокислые бактерии, чаще бифидо – и лактобактерии, иногда дрожжи, которые относятся к нормальным обитателям кишечника здорового человека и улучшают микробный баланс кишечника.

Пребиотики - неперевариваемые ингредиенты пищи, избирательно стимулирующие рост или метаболическую активность одной или нескольких групп бактерий, обитающих в толстой кишке.

Для лечения дисбактериоза у беременных идеально подходит комбинация одной из кишечнорастворимых форм пробиотика с пребиотиком. В ряде работ установлено пребиотическое

действие препарата лактулозы **Дюфалака**, что явилось основанием для включения его в состав комплексной терапии дисбактериоза кишечника у беременных.

За последние два года под моим наблюдением находились 17 больных хроническим панкреатитом (диагноз был установлен до беременности). Обострение его на фоне беременности возникло у шести: у трех – в I триместре и совпало с осложнением беременности ранним токсикозом (диспепсический синдром), у одной – в III триместре на 33-31-й неделе, у двух, страдающих панкреатитом, который развился после холецистэктомии, - на 22-23-й неделе беременности.

Пример из практики.

Больная К. 35 лет ДЗ: Беременность 7-8 недель. Была на приеме с жалобами на боли в эпигастрии и левом подреберье, ноющего характера, независимо от еды, иногда опоясывающие, тошноту, слюнотечение, похудание на 10 кг за месяц. Болела на протяжении 4 недель. После погрешности в диете внезапно возникли острые боли по всему животу, рвота, повышение температуры до 38 градусов. Боли не купировались спазмолитиками и холинолитиками. Из анамнеза установлено, что больная несколько лет страдает хроническим холециститом с редкими обострениями. Больная направлена в хирургическое отделение с ДЗ: Беременность 7-8 недель. Хронический холецистит, обострение. Хронический панкреатит, обострение.

Результаты обследования: лейкоциты- 11,0 x10⁹/л, СОЭ-40 мм/ч, амилаза крови- 540ед, диастаза мочи-1560 ед. Была направлена в хирургическое отделение.

Рекомендовано прерывание беременности, однако она категорически отказалась. Получила консервативное лечение. Через 2 недели в удовлетворительном состоянии, с нормальными показателями крови и данными ультразвукового исследования выписана под наблюдение участкового терапевта женской консультации.

В дальнейшем на протяжении всего периода беременности проводились профилактические мероприятия, направленные на предупреждение возможного обострения хронического холецистита и панкреатита. Рецидивов заболевания не было. Беременность закончилась самопроизвольными родами в срок. Родился живой, доношенный мальчик с нормальными показателями массы и роста. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение у участкового терапевта.

Таким образом, беременность отягчающе не влияет на развитие и течение хронического панкреатита, и данное заболевание не является противопоказанием для беременности у большинства пациенток. Однако, женщины, страдающие хроническим панкреатитом, должны находиться на диспансерном учете, им следует проводить профилактические мероприятия, направленные на предотвращение развития возможных осложнений или обострений заболевания, что будет способствовать благополучному исходу беременности.

Проблема диагностики и лечения хронического панкреатита у беременных является актуальной задачей и требует взаимодействия врачей различных специальностей - акушеров, терапевтов и гастроэнтерологов.

**МОНИТОРИНГ КИСЛОТЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ
ЖИТЕЛЕЙ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ***Данышбаева А.Б.**кафедра внутренних болезней №1**Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова*

Нами проведено изучение заболеваемости и осложнений кислотозависимых заболеваний среди жителей Алматинской области. Рост частоты кислотозависимых заболеваний и ее осложнений требует активного изучения проблемы данной патологии, необходимости внедрения современных алгоритмов диагностики, лечения и профилактики заболевания и его осложнений.

Ключевые слова: кислотозависимые заболевания, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит

Monitoring of acid diseases among residents of Almaty region*Danyshbaeva A.B.**Department of Internal Medicine № 1**Kazakh National Medical University*

Abstract The purpose of the research was to study the frequency and complications of acid-dependent diseases among citizens of Almaty region. Increase in the frequency of acid disease and its complications requires the active study of the problem of this disease, the need for the introduction of modern algorithms of diagnosis, treatment and prevention of disease and its complications.

Keywords acid-dependent disease, gastroesophageal reflux disease, chronic gastritis, peptic ulcer and duodenal ulcer, chronic pancreatitis

Алматы облысының тұрғындарының арасында қышқылмен байланысқан аурулар және оның асқинуларының құрылымы зерттелді. Қышқылмен байланысқан аурулардың және олардың асқинуларының жоғарлауы бұл патологияның белсенді зерттеуін, қазіргі заманға сай диагностика, ем және аурулардың және оның асқинуларының алдын алу алгоритмін енгізуді қажет етеді.

Түйінді сөздер: қышқылмен байланысқан аурулар, асқазан-өнештік рефлюксты ауруы, созылмалы гастрит, асқазан және он екі елі ішектің ойық жара ауруы, созылмалы панкреатит

Кислотозависимые заболевания заслуживают особого внимания и остаются одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения, актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Это связано с их широким распространением и высокой частотой опасных для жизни осложнений. Сохранность органов пищеварения человека является не только медицинской, но и социальной задачей.

Среди взрослого населения развитых стран кислотозависимые заболевания регистрируется (по разным данным) в 7–10 %. Распространенность их неравномерна на различных географических широтах и континентах, в разных странах и этнических группах. По литературным данным свыше 37 % больных из числа ежедневно обращающихся к участковому терапевту страдает заболеваниями пищеварительной системы. При этом большинство таких пациентов представлено лицами трудоспособного возраста.

Патология желудочного кислотообразования является причиной многих кислотозависимых заболеваний, среди которых

патология желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь (ЯБ), эрозивно-язвенное поражение, хронический гастрит, гастродуоденит, синдром неязвенной функциональной диспепсии), а также пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – ГЭРБ) занимает одно из первых мест. В настоящее время ЯБ и ГЭРБ относятся к наиболее распространенным болезням кислотозависимых заболеваний. По материалам отечественных и зарубежных статистических исследований ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки страдает практически каждый десятый житель европейских стран, США, России, а распространенность ГЭРБ среди взрослого населения в целом составляет 40%, причем тенденция к снижению частоты этих заболеваний прослеживается в развитых странах, но не является, к сожалению, характерной для жителей нашей страны. С учетом широкой распространенности и наличия опасных осложнений крайне важно повсеместное внедрение во врачебную практику современных методов диагностики и лечения кислотозависимых заболеваний.

Часто заболевания желудочно-кишечного тракта не выявляются на ранней стадии, поскольку больные «привыкают» к своим жалобам и не придают им должного значения, а заболевания между тем принимают хроническое течение. Как известно, другой особенностью заболеваний пищеварительной системы является тот факт, что они редко протекают изолированно: практически всегда при поражении одного органа наблюдается постепенное вовлечение в патологический процесс и других органов пищеварительной системы. Таким образом, кислотозависимые заболевания по-прежнему является одним из наиболее распространенных заболеваний, принимающим в значительной части случаев неблагоприятное, «агрессивное» течение, требующим оперативного лечения, что приводит к значительным трудовым потерям, а порой – к инвалидизации больных и летальному исходу.

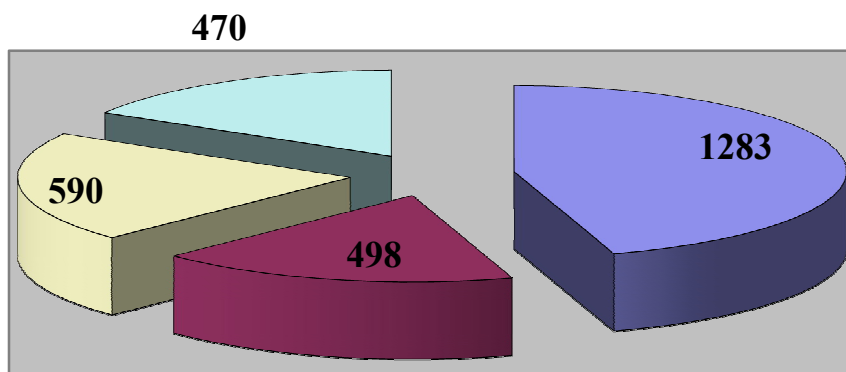
Целью нашей работы явилось мониторинг заболеваемости и осложнений кислотозависимых заболеваний среди жителей Алматинской области.

Материал и методы исследования

На базе АМКБ через гастроэнтерологическое отделение было обследовано и пролечено за 3 года всего 4427 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Был проведен мониторинг кислотозависимых заболеваний, изучение частоты заболеваемости и их осложнений по статистическим данным Алматинской клинической многопрофильной больницы (АМКБ).

Результаты исследования и их обсуждение

На базе АМКБ через гастроэнтерологическое отделение было обследовано и пролечено за 2008-2010 гг. - 4427 больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Из них доля кислотозависимых заболеваний составила 64,2% (2841 больных). Классическими кислотозависимыми заболеваниями являются гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также хронический панкреатит.



- Хронические панкреатиты
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- ГЭРБ
- Хронические гастриты

Рисунок №1. Частота кислотозависимых заболеваний по нозологиям.

Как видно, из рисунка №1 наиболее часто в стационар госпитализировались пациенты в период обострения хронического панкреатита - в 45,2% случаях, с ГЭРБ получали лечение в отделении 20,8% больных кислотозависимых заболеваний, 498 пациентов (17,5%) с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и в 16,5% случаев с хроническими гастритами дуоденитами.

Распространенность заболевания органов пищеварения среди сельского населения Алматинской области в среднем составляет 90,1 случая на 100000 населения, при этом динамика заболеваемости населения язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется значительным темпом прироста показателей в 2009 году и отмечается некоторое снижение показателей заболеваемости в 2010 году (рисунок №2).

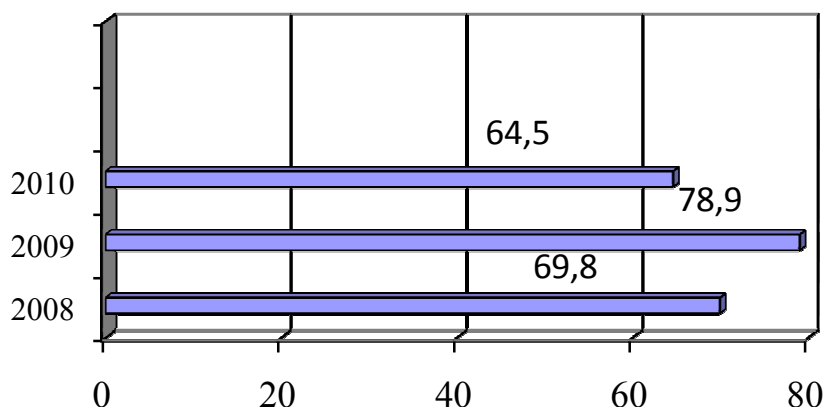


Рис. №2. Показатели заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцати-перстной кишки среди жителей Алматинской области (на 100 тыс. населения)

Уровень и структура заболеваемости имеет выраженные возрастные особенности: заболеванию подвержены контингенты молодого возраста населения. Уровень общей заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки у подростков больше (114,2 на

100 000 населения), чем уровень заболеваемости у взрослого населения (90,1 на 100 000 населения). Таким образом, анализ статистических данных свидетельствует об увеличении как общей гастроэнтерологической заболеваемости взрослого населения, так и числа вновь зарегистрированных случаев, при этом наибольший удельный

вес в структуре патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают кислотозависимые и *Helicobacter pylori*-ассоциированные заболевания: ЯБ желудка и хронический антральный гастрит.

Наблюдалась тенденция увеличения осложнений кислотозависимых заболеваний: с желудочно-кишечными кровотечениями доставленных в приемный покой АМКБ с 31 случая в 2009 году до 47 в 2010 году. В хирургическое отделение АМКБ было госпитализировано с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки 65 человек в 2009 году с увеличением их количества до 71 чел. в 2010 году.

За период 2008-2010 годы было произведено оперативных вмешательств у больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 190 случаях, с желудочно-кишечным кровотечением - у 85 пациентов.

За последние несколько лет наблюдаются изменения в структуре направления и госпитализации больных в гастроэнтерологическое отделение АМКБ. В экстренной госпитализации в стационар, доставленных бригадой скорой медицинской помощи нуждались в 2008 г. - 46,2 % больных, в 2009 г. - 49,8 % пациентов, в 2010 г. - 49,2 % случаях.

Заключение: Таким образом, кислотозависимые заболевания являются важнейшей проблемой здравоохранения. Учитывая все вышеизложенные данные и более заметный рост частоты кислотозависимых заболеваний, среди которых особое место занимает гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь – ведущие патологии, как по частоте, так и по спектру осложнений. Эти заболевания в основном поражают людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную, а нередко и стойкую потерю трудоспособности. Актуальность проблемы кислотозависимых заболеваний заключается в ее высокой распространенности, наличии как типичных симптомов, значительно ухудшающих качество жизни больных, так и нетипичных клинических проявлений, которые затрудняют их диагностику, приводят к гипердиагностике некоторых болезней, например ИБС, ухудшают течение бронхиальной астмы, чреваты тяжелыми осложнениями (стриктуры пищевода, кровотечения из эрозий и язв пищевода и др.). Рост частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и их осложнений требует активного изучения проблемы кислотозависимых заболеваний, необходимости внедрения современных алгоритмов диагностики, лечения и профилактики заболевания и его осложнений.

Литература:

1. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (четвертое Московское соглашение) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010. № 5. С. 113–118.
2. Степанов Ю.М., Шендрик Ю.М., Арби Мохамед. ГЭРБ и хеликобактерная инфекция // Сучасна гастроентерол. – 2010. – №1. – С. 62–70.
3. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Антациды в современной терапии кислотозависимых заболеваний // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2010. № 2–3, с. 9–12.
4. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Gastroenterology. – 2008. – Vol. 135. – P. 1383–1391.
5. Anand G., Katz P.O. Gastroesophageal reflux disease and obesity // Rev. Gastroenterol. Disord. – 2008. – Vol. 8 (4). – P. 233–239.

ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Нурмуханбетова А.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

Обучение больных является обязательным компонентом лечения бронхиальной астмы. Образовательные программы направлены на ознакомление пациентов с механизмами развития заболевания, навыками самоконтроля и улучшения кооперации «пациент-врач».

Ключевые слова: образовательная программа, астма-школа, сотрудничество «пациент-врач», мониторинг, пикфлоуметрия.

Бронх демікпемен аурауын науқастардың оқыту әдістері

Нұрмуханбетова Ә.Ә.

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті

Науқастарды оқыту бронх демікпе ауруды емдеудің басты бөлігі болып саналады. Науқастарды оқыту бағдарламалары аурудың дамуы, өзін-өзі бақылау және «ауру-дәрігер» қарым-қатынасын таныстыруға негізделген.

Түйінді сөздер: оқыту бағдарламалары, демікпе-мектеп, «ауру-дәрігер» қарым-қатынасы мониторинг, пикфлоуметрия.

PRINCIPLES OF LEARNING PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Nurmuhanbetova A.A.

Kazakh National Medical University

Education of patients is an essential component of treatment of bronchial asthma. Educational programs are designed to familiarize patients with the mechanisms of disease development, skills, self-control and cooperation to improve the "patient-doctor."

Keywords: educational program, an asthma-school, cooperation "the patient-doctor", monitoring, peak flow.

Бронхиальная астма является серьезной проблемой во всех странах мира и наносит ущерб в виде затрат на лечение, потери работоспособности и проблем в семье. Распространенность заболевания возрастает, особенно среди детей, преимущественно, городского сектора. К причинам развития болезни относятся наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям – атопия, воздействие экзоаллергенов – пыльца растений, шерсть животных, особенно кошек, клещи домашней пыли в постельных принадлежностях, коврах и мягкой мебели.[2] Основными провокаторами обострения являются табачный дым (пассивное курение), чрезмерные физические и эмоциональные нагрузки, холодный воздух и изменения погоды, пищевые добавки, красители, частый прием аспирина.

Успех лечения бронхиальной астмы напрямую зависит от пациента и взаимного сотрудничества «пациент-врач».[4]

Благодаря проведению санитарно-просветительных программ, обучающих программ для больных и членов их семей отмечается снижение заболеваемости, уменьшение расходов на лекарственные препараты, улучшение качества жизни больных астмой. Поэтому первостепенное внимание уделяется обучению больных и по международной программе лечения GINA: образовательная программа больных;

оценка и мониторинг степени тяжести больного; элиминация факторов, провоцирующих обострение болезни или контроль над ними; разработка индивидуальной схемы медикаментозного лечения; обеспечение регулярности и последовательности лечения (диспансеризация).[5]

Обучение больных астмой – это непрерывный процесс передачи больному и членам его семьи полезной информации для появления у него определенных навыков и умений, которые позволят ему хорошо себя чувствовать и получать индивидуальное лечение в соответствии с планом лечебных мероприятий, разработанным совместно с лечащим врачом, под динамическим его наблюдением и контролем. Основная цель

обучения – создание условий для квалифицированного «самолечения» больного под контролем врача.

Принцип успешного обучения – это сотрудничество между врачом и больным, когда больной может задавать интересующие его вопросы и охотно обсуждать свои планы при каждом визите к врачу.[5] Другим важным принципом является персонализация обучения, то есть информация и навыки должны быть специфическими и индивидуальными для каждого больного. Естественно, что всем больным астмой нужна определенная базисная информация и навыки, которые могут быть освоены коллективными методами, однако наряду с этим обязательны индивидуальные подходы, делающие упор на особенности болезни каждого больного. У 70% больных астмой диагноз устанавливается врачами общей практики и они же наблюдают пациента в дальнейшем, поэтому именно на приеме у поликлинического врача необходимо начинать обучение. Важным принципом является периодический контроль усвоения больным информации и навыков применения. При подаче информации больному нужно использовать различные методы – беседа на приеме у врача, проблемные лекции и занятия в астма-школе, с применением демонстрационного материала (плакаты, таблицы, слайды, образцы медикаментов и приборов – пикфлоуметров, небулайзеров, спейсеров, ингаляторов). При первом посещении врача пациент может получить минимум информации об астме, причинах и факторах, способствующих развитию аллергического воспаления, а также о возможных методах контроля, лечения и рекомендуемых терапевтических мероприятиях (элиминации аллергена и триггерных факторов, контроля окружающего быта). При необходимости в назначении и применении ингаляционной терапии – показ ингалятора, обучение и разъяснение правил его использования, психологический настрой на необходимость и эффективность данного метода лечения. Необходимо объяснить больному важность контроля и самоконтроля (субъективного и объективного). В домашних условиях объективным критерием является обязательное ежедневное измерение пиковой скорости выдоха (ПСВ) в утренние и вечерние часы индивидуальным прибором – пикфлоуметром. Обязательно обучение правильной технике проведения пикфлоуметрии и заполнения журнала/дневника самоконтроля. Мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ), размах суточных колебаний необходим как для контроля за течением болезни, так и для ранней диагностики ухудшения в состоянии и принятии решения о коррекции лечения самостоятельно либо под контролем врача. Больному демонстрируется техника пикфлоуметрии (ПФМ), методика записи и интерпретации показателей ПСВ в дневнике самоконтроля, дается понятие о системе цветовых зон с расчетом границ этих зон для данного конкретного пациента. При повторном посещении врач отвечает на все возникшие у больного вопросы и обсуждает с ним проблемы, связанные с течением заболевания и проводимыми мерами терапии. Проверяется ведение дневника самоконтроля, сопоставляются результаты измерений ПСВ, клинические симптомы и дозы применяющихся лекарственных средств, контролируется правильность использования ингаляторов. При этом очень демонстративно использовать в качестве наглядного пособия «дневник самоконтроля» самого больного. Дополнительными вопросами типа «Что Вы еще хотите знать о своем заболевании?», «Что Вас еще интересует?» желательно выяснить приоритеты больного. Если врач не затронет непосредственные интересы больного, трудно надеяться на то, что обсуждаемый материал будет им воспринят и усвоен. На основании полученной в ходе нескольких визитов информации и по результатам дневника самоконтроля разрабатывается индивидуальный «план контроля астмы», включающий:

специальные инструкции по проведению медикаментозного лечения, признаки выхода астмы из-под контроля (включая границы показателей ПСВ), порядок действий при выраженных обострениях, сроки начала и корректировки интенсивности лечения, критерии обращения за экстренной помощью. Опыт показывает, что до появления устойчивых навыков больной нуждается в неоднократном повторении материалов по методике ведения дневника самоконтроля, пикфлоуметрии, ингаляционной технике. Эффективность обучения возрастает при получении больным специально разработанных разнообразных информационных материалов (брошюр, памяток) и просмотре видеofilмов.

Большой популярностью пользуются коллективные формы образования, как астма-школа, алергошкола, где пациенты могут прослушать полный курс лекций, ознакомиться с различной литературой, получить консультации врача специалиста, просмотреть видеоматериалы.[1] Семинарские занятия могут посещать все больные астмой. В группу набирают 9-12 человек, которые могут различаться по возрасту, стажу заболевания и профессии, но эффективность занятий выше в группах, более однородных по возрасту и интеллектуальному уровню. В последнее время широко распространена теория о тесной связи показателя здоровья с качеством жизни. По данным зарубежной литературы введено следующее обозначение данного понятия:

Качество жизни – это гармоничное взаимодействие различных важных для человека факторов в целях достижения более эффективной, удовлетворяющей его жизни. Качество жизни считается высоким, если больной бронхиальной астмой активно участвует в работе, в общественной жизни, испытывает различные полноценные эмоции и при этом не ощущает никакого дискомфорта и симптомов своего заболевания. В такой ситуации говорят, что астма находится под контролем.[3]

Исследования показали, что основные проблемы больных бронхиальной астмой это: затрудненное дыхание, заложенность грудной клетки, приступы удушья, кашель, из-за чего больной не может быть достаточно активным. Причиной ухудшения состояния могут стать различные аллергены, окружающие воздействия, такие как сигаретный дым, кондиционирование, ночные недосыпания, эмоциональный климат в семье. Бронхиальная астма – это не только заболевание, но и определенный стиль жизни, который должен быть выработан совместно больным и врачом для само-и взаимопомощи. Для поддержания высокого качества жизни основным показателем является форсированный выдох за одну секунду, который измеряется пикфлоуметром. Оценка качества жизни происходит ежедневно в зависимости от этого параметра. Низким считается уровень форсированного выдоха за секунду менее 50-60% от нормы конкретного больного. Кроме этого имеет значение минимальное различие дневных показателей, в среднем оно должно составлять 0,5% по каждому показателю, отмечаемому в дневнике самоконтроля.

Дневник самоконтроля больного бронхиальной астмой. Для успешного лечения астмы очень важно правильно оценивать свое состояние и тяжесть болезни больной должен научиться самостоятельно контролировать свое состояние, чтобы в нужный момент вовремя оказать самому себе помощь. Оценка признаков астмы. Симптомы астмы могут быть различными: это кашель, затрудненное дыхание, приступы удушья, нарушение сна, утомляемость, слабость и другие. На какие признаки астмы необходимо обратить особое внимание? В первую очередь нужно научиться анализировать следующие симптомы: кашель, одышка, количество приступов удушья в течение суток, а также число пробуждений ночью из-за одышки и удушья. Предлагаем определять выраженность каждого из указанных симптомов по 3-х балльной шкале: 0 – отсутствие симптомов, 1 – слабые симптомы, 2 – сильно выраженные симптомы. Суммируя все баллы, можно получить ориентировочную оценку тяжести в баллах. Отметьте полученную цифру в дневнике самоконтроля.

Если сумма баллов колеблется от 0 до 1-2 – состояние больного удовлетворительное, при сумме баллов от 3-4 до 7-8 – состояние неудовлетворительное, а если сумма баллов больше 8 – необходима неотложная помощь.

Мониторинг пиковой скорости выдоха (ПСВ). В ходе лечения больших бронхиальной астмой часто бывает очень желательно регулярно проводить объективную оценку ПСВ, обычно даже чаще, чем один раз в сутки. Суточные колебания ПСВ отражают тяжесть астмы. Стационарный спирометр слишком громоздкий и не годится для проведения столь частых исследований, поэтому во многих случаях удобнее производить измерения ПСВ с помощью пикфлоуметра. Мониторинг ПСВ является важным клиническим исследованием, применяющимся в кабинете врача, в отделении неотложной терапии, в стационаре и на дому. Это исследование позволяет оценить тяжесть, степень суточных колебаний легочной функции, которая коррелирует со степенью гиперреактивности дыхательных путей, оно также помогает оценить эффективность терапии во время острого приступа, выявить еще бессимптомное нарушение легочной функции дома или в кабинете врача и принять меры еще до того, как положение станет более серьезным. Данное исследование помогает также оценить реакцию на постоянное лечение и подтвердить его эффективность, а также выявить пусковые механизмы (например, физическая нагрузка) и/или триггеры. Рекомендуется также рассмотреть возможность использования мониторинга ПСВ домашних условиях больным в возрасте до 5-7 лет (когда дети могут уже выполнять определенные действия), которые ежедневно получают медикаментозную терапию (т.е. со среднетяжелой и тяжелой астмой).

Измерение ПСВ. Большинство взрослых и даже дети в возрасте старше 5 лет могут произвести измерение ПСВ. Чтобы произвести измерения, необходимо после медленного глубокого вдоха сделать короткий резкий выдох. Поскольку измерение ПСВ зависит от физического усилия, больные должны сначала потренироваться, чтобы создать наибольшее усилие. Как для спирометрии, так и для измерения ПСВ важно точно соблюдать методику проведения исследования и использовать только стандартное оборудование. В идеале измерения следует проводить два раза в день, утром, сразу после подъема, затем – через 10-12 часов, а также до и после применения бронходилататоров, если они используются. Если измерение производится только один раз в день, его нужно делать всегда в одно и то же время. Некоторые больные могут не выполнять назначения врача, или у них настолько стабилизировалось состояние, что они могут проводить измерение ПСВ нерегулярно. Хотя при таких измерениях уже не удастся выявить раннее изменение легочной функции, все же можно получить важную информацию об отклонении ПСВ. Если измерение проводится всего два или три раза в неделю, то лучше проводить исследование утром и вечером в один день, и, соответственно, до и после применения бронходилататоров, если они применяются. При этом можно выявить суточное отклонение показателей и если оно превышает 15%, это говорит об ухудшении состояния.

Интерпретация результатов измерения ПСВ.

Прогнозируемые значения ПСВ корректируются в зависимости от возраста, роста и пола. Однако у многих больных значения ПСВ бывают выше или ниже, чем средние прогнозируемые значения. Рекомендуется при решении вопроса о терапии учитывать наилучшие для данного больного показатели, а также отклонения от этого значения, а не процент от нормального прогнозируемого значения, особенно у больных с хроническим нарушением легочной функции. В течение периода мониторинга, продолжающегося 2-3 недели, больной должен регистрировать измерения ПСВ не менее 2-х раз в день. Если больной получает бронходилататор, ПСВ нужно измерять до и после приема бронходилататоров. Наилучшим результатом для данного больного считается значение ПСВ, полученное в период, когда астма находилась под контролем. Если у больного наивысшее

значение при утреннем измерении составляет менее 80% от прогнозируемого значения на фоне адекватной терапии бронходилататором, или/и ежедневные колебания превышают 15%, то следует назначить более интенсивное лечение и продолжать ежедневные измерения. Может даже понадобиться курс пероральной стероидной терапии для установления наивысшей персональной ПСВ. Величина отклонения при ежедневном измерении ПСВ является достоверным показателем стабильности и/или тяжести астмы. Отклонение может быть вычислено на основании по меньшей мере двух значений – утром и вечером. Отклонение ПСВ в % может быть вычислено по следующей формуле: $\text{Наиб ПСВ} - \text{наим ПСВ} / \text{наиб ПСВ} * 100$.

Использование измерений ПСВ для подбора лечения. Чтобы облегчить больным процесс лечения БА в домашних условиях, была предложена система трех цветовых зон-кодов, в которой используется корреляция измерений ПСВ и его отклонения с соответствующим уровнем медикаментозного лечения. При этом основное внимание следует обращать не на изолированный показатель, а на отклонение то наибольшего значения для данного больного, или на разницу между двумя и более последующими показателями.

Разъяснение больному принципов мониторинга ПСВ в домашних условиях. Для успешного внедрения мониторинга ПСВ в домашних условиях в план лечения необходимо соблюдение следующих условий: нужно разъяснять больному и членам его семьи цели и технику проведения мониторинга в домашних условиях. Обучение должно включать следующие этапы:

- * как и когда применяется пикфлоуметр
- * как записывать результаты измерения ПСВ в дневник
- * как интерпретировать полученные результаты
- * как реагировать на изменения показателей
- * о каких изменениях следует сразу сообщить врачу

Необходимо информировать больного об оценке данных измерений ПСВ для выбора метода и эффективности лечения. Врач должен регулярно интересоваться результатами измерений, приемами препаратов, их кратностью во время визита больного.

Чтобы облегчить больным бронхиальной астмой процесс контроля и лечения в домашних условиях, на основании симптомов болезни и показателей ПСВ разработана система “цветовых зон”, помогающая контролировать течение заболевания и незамедлительно принимать меры для осуществления контроля астмы. Больной может начать действовать в соответствии с рекомендациями, предусмотренными для каждой зоны в плане, заранее разработанном лечащим врачом. Цвета зон соответствуют цветам светофора с соответствующим значением. Учитывая, что у различных больных обострения протекают по-разному, план мероприятий следует разрабатывать индивидуально для каждого больного. С другой стороны, у каждого конкретного больного обострение обычно протекает по сходной схеме.

Зеленая зона. Зеленый цвет показывает, что все в порядке. Астма находится под контролем. Значение ПСВ составляет 80-100% от или, а отклонения обычно меньше 20%. В этой зоне не нарушены активность и сон, симптомы минимальные (в идеале – полное отсутствие). Терапия зависит от степени тяжести заболевания.

Желтая зона. Желтый цвет означает: “осторожно!”. Если выявляются следующие симптомы: ПСВ равен 50-80% от или для данного больного значения, а отклонение равно 20-30%, и/или возникли симптомы астмы (симптоматика в ночное время, снижение активности, кашель, свистящие хрипы, дискомфорт в грудной клетке при физической нагрузке или в состоянии покоя) то это может означать что возникло обострение заболевания, поэтому показано временное усиление терапии, особенно

ингаляционных β_2 -агонистов и, возможно, пероральных кортикостероидов.

Ухудшение состояния при астме может проявляться значительным уменьшением ПСВ, которая не уменьшается при введении ингаляционных β_2 -агонистов, увеличивается непереносимость обычной физической нагрузки, или возникают симптомы в ночное время. В таких случаях врач должен сделать коррекцию терапии. Короткий курс интенсивной терапии пероральными кортикостероидами (30-60 мг в день, один или несколько приемов в день) рекомендуется проводить до тех пор, пока значение ПСВ не достигнет уровня, характерного для “зеленой зоны”. Тогда введение кортикостероидов следует прекратить, обычно в конце курса доза снижается постепенно. Однако, в отдельных случаях (например, если больной уже получает ингаляционные кортикостероиды), обычная доза ингаляционных кортикостероидов может быть увеличена в два раза на одну неделю или до тех пор, пока не произойдет улучшение показателя ПСВ и симптоматическое улучшение. Частое попадание в “желтую зону” указывает, что астма не контролируется в достаточной степени, и терапия, предусмотренная в “зеленой зоне”, должна быть усилена.

“Красная зона”. Сигнал тревоги. Значение ПСВ ниже 50% от или. Симптомы астмы проявляются в состоянии покоя и усиливаются при увеличении активности. Следует немедленно назначить ингаляционные β_2 -агонисты. Если значение ПСВ остается ниже 50% несмотря на применение бронходилататоров, то больной должен находиться под постоянным медицинским наблюдением, лучше всего – в отделении интенсивной терапии в стационаре. При лечении в “красной зоне” следует обратить особое внимание на выбор адекватной дозы ингаляционных β_2 -агонистов, кортикостероидов. Если показатель ПСВ на фоне начального лечения бронходилататорами улучшился, то лечение проводится по плану, предусмотренному “желтой зоной”. Попадание в “красную зону” является отражением неэффективности лечения в “зеленой зоне”. После того, как обострение ликвидировано, следует пересмотреть план лечения, предусмотренный в “зеленой зоне”, внести коррективы по контролю и лечению.

Таким образом, больной должен быть активным участником лечебного процесса и партнером врача. Это необходимо для выполнения врачебных рекомендаций и повышения эффективности проводимой терапии.

Литература:

1. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология.// Национальное руководство – М.,2009. - 659с
2. Балаболкин И.И. Лечение аллергических болезней у детей - М., 2008- 348с
3. Федосеев Г.Б. Общая аллергология. С-П, 2001.-С.801-813
4. Lloyd S.//Eur RespirRev. – 2003.-V8, N 58-P.333-337
5. Global Initiative for asthma.- WHO/Workshop. – 2006. – P.164-175

Гинекология

Gynecology

ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ

Абдукаюмова У.А., Аленова А.А., Рамазанова М.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Problems of formation of reproductive potential of teenage girls

Abdukayumova WA, Alenova AA, MA Ramazanova

Kazakh National Medical University

Abstract The last decades the importance of a problem of protection of reproductive health of children and teenagers, prevention and treatment of gynecologic diseases has increased in children's age. Such social processes as an urbanization, deterioration of an ecological situation, pharmacological boom with uncontrolled application of drugs, in particular antibiotics, have negative impact on formation of reproductive system of the girl, its resistance to infectious factors of environment and a condition of local immunity of sexual ways.

Thus it should be noted that in many scientific researches it is emphasized that neither teenage, nor the adult service of the specialized gynecologic help does not provide now decrease in gynecologic incidence, speed of distribution of STD, and necessary volume of preventive actions among persons of young age. In this regard development of the recommendations directed on increase of efficiency of the medico-social help to girls and young women is necessary, having gynecologic pathology and demands further in-depth studies with development of effective organizational and treatment-and-prophylactic actions for girls and teenagers.

Keywords: reproductive health, teenagers, gynecology, sexual behavior, gynecologic diseases

Түйіндеме

Соңғы он жылдықта балалар мен жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығын қорғау, балаларда кездесетін гинекологиялық ауруларды емдеу және алдын алу мәселелерінің маңыздылығы артауда. Дәрілік заттарды бақылаусыз қолдану, яғни антибиотиктерді, урбанизация, экологиялық жағдайдың нашарлауы тәрізді әлеуметтік үрдістер қыздардың репродуктивті жүйесінің қалыптасуына теріс әсер етеді, оның қоршаған ортаның инфекциянды факторларына резистенттілігін және жыныс жолдарының жергілікті иммунитеті жағдайына әсері.

Көптеген ғылыми зерттеулерде көрсетілгендей, жасөспірімдерге және ересектерге арналған арнайы гинекологиялық қызметтер гинекологиялық аурулардың төмендеуін, жыныс жолдары арқылы берілетін аурулардың таралу жылдамдығын төмендетуін және жас балалар арасында алдын алу шараларының қажетті көлемін қамтамасыз етпейді. Сондықтан гинекологиялық патологиялары бар қыздар мен жас әйелдерге медико-әлеуметтік көмек тиімділігін жоғарылатуға бағытталған ұсыныстарды жасау және қыздар мен жасөспірімдерге арналған ұйымдастырушылық және емдеу-профилактикалық тиімді шараларды жасау бойынша зерттеулерді жүргізу қажет.

Охрана репродуктивного здоровья подростков и молодежи, т. е. тех, кому от 15 до 24 лет, - одна из основных задач службы планирования семьи, так как, согласно оценкам ВОЗ, в 1995 г. в развитых странах молодежь в возрасте 15-24 лет составляла более 14% от общей численности населения. В Казахстане численность подростков составляет около 882.2 тыс. человек, или 5.5% от численности населения страны [1].

События, обуславливающие начало репродуктивной жизни, и возраст, в котором они происходят, являются важными факторами, определяющими как фертильность, так и репродуктивное здоровье, оказывают выраженное влияние на будущий жизненный путь человека, увеличивают риск наступления нежелательной

беременности и приводят к росту числа искусственных аборт или родов у подростков в условиях их биологической, психологической и социальной незрелости.

Несмотря на позитивные сдвиги в демографической ситуации, сохраняется низкий уровень здоровья женщин и детей. Остается актуальной проблема репродуктивного здоровья, до 16 % браков являются бесплодными. Это во многом связано с широкой распространенностью инфекций, передающихся половым путем (далее - ИППП), и высоким уровнем абортов, что в свою очередь определяется небезопасным половым поведением населения, прежде всего, молодых людей. Согласно статистике зарегистрированных случаев 1 из 4 беременностей в стране заканчивается искусственным прерыванием. Частота родов у девочек-подростков 15-19 лет имеет тенденцию к увеличению, и в 2008 году составила 31,1 на 1000 населения. Основными причинами материнской смертности (2005 г. - 40,5, 2009 г. - 36,9 на 100 тыс. родившихся живыми) продолжают оставаться акушерские кровотечения, гестозы, экстрагенитальная патология. Особую тревогу вызывает заболеваемость подрастающего поколения, более 60% девочек-подростков имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья [1].

В последние годы в отечественной и зарубежной научной медицинской литературе огромное внимание уделяется изучению медико-социальных факторов, участвующих в формировании репродуктивного здоровья и репродуктивного потенциала девочек как будущих матерей. При этом необходимо отметить, что во многих научных исследованиях подчеркивается, что ни подростковая, ни взрослая служба специализированной гинекологической помощи в настоящее время не обеспечивает снижения гинекологической заболеваемости, скорости распространения ЗППП, и необходимого объема профилактических мероприятий среди лиц молодого возраста. В этой связи необходима разработка рекомендаций, направленных на повышение эффективности медико-социальной помощи девушкам и молодым женщинам, имеющим гинекологическую патологию.

Установлено, что результат воздействия различных факторов природно-техногенной среды на здоровье подростков практически одинаков, нарушения их репродуктивной функции носят однонаправленный, однотипный характер, в них доминируют неспецифические или общепатологические процессы, тяжесть которых зависит от продолжительности, интенсивности воздействия патогенных факторов и от эффективности процессов адаптации репродуктивной системы подростков.

Наивысший достижимый уровень здоровья – это не только основное право человека для всех, это еще и социальный и экономический императив, поскольку энергия и творчество человека являются движущими силами развития.

Охрана репродуктивного здоровья должна обеспечиваться на протяжении всей жизни каждого человека, и она должна согласовываться с наивысшими возможными этическими и техническими нормами. (Д-р Хирози Накадзима, Генеральный директор. Заявление на Международной конференции по народонаселению и развитию, 1994 г., Каир).

В последние десятилетия возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте. Такие социальные процессы, как урбанизация, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с

бесконтрольным применением лекарств, в частности антибиотиков, оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной системы девочки, ее резистентность к инфекционным факторам внешней среды и состояние местного иммунитета половых путей [2].

Подростковый возраст – реально существующий период в жизни человека, когда он уже не ребенок, но еще не взрослый. Именно в это время особенно интенсивно протекают процессы роста и развития, в результате чего окончательно реализуется индивидуальная генетически обусловленная программа развития человека, сроки к развивающейся девочке – подростку должно быть обращено максимальное внимание родителей и врача подросткового гинеколога.

К сожалению, существует ряд необратимых патологических изменений в организме, особенно в половой системе девушки, которые помешают ей осуществить репродуктивную функцию. С этим связано резкое увеличение числа "сексуально-активных" подростков во всем мире. Раннее начало половой жизни, раскованные формы сексуального поведения являются причинами катастрофического роста у молодежи заболеваний, передающихся половым путем, и медицинских аборт. Распространенность гинекологических заболеваний у детей составляет 300:1000. Первое место в структуре гинекологических заболеваний занимают воспалительные процессы половых органов, причем у девочек моложе 12 лет заражение происходит бытовым путем, связанным с гигиеническими погрешностями, а после 12 лет начинает превалировать половой путь. В возрасте моложе 15 лет половой дебют происходит у 10-14% девочек. Среди живущих половой жизнью 21,9% вступили в сексуальные отношения в 13 лет, 40% в 14 лет, 21% в 15 лет и 17,1% старше 15 лет [4, 5].

Репродуктивный потенциал современных девочек подростков весьма низок вследствие высокой общей заболеваемости: на каждую девочку приходится более трех заболеваний; современные девочки на 15% более болезненных по сравнению с мальчиками; 70% девочек страдают от хронических заболеваний (желудочно-кишечного тракта, респираторной системы, центральной нервной системы, сердечно-сосудистой системы). Своевременное выявление и коррекция хронических заболеваний – важное условие для оптимального развития организма девочки, девушки, в том числе и ее репродуктивной системы [5, 7].

Поэтому развитие системы мер профилактики и лечения нарушений репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте является чрезвычайно важной проблемой, ранняя диагностика гинекологических заболеваний у девочек, правильный выбор врачебной тактики, будет способствовать снижению гинекологической заболеваемости.

Несмотря на существующую систему оказания гинекологической помощи девочкам и девушкам-подросткам, многие вопросы оздоровления данного контингента не решены. Эти и ряд других вопросов данной проблемы изучены недостаточно, что требует дальнейших углубленных исследований с разработкой эффективных организационных и лечебно-профилактических мероприятий для девочек и подростков.

Резюме

В последние десятилетия возросла значимость проблемы охраны репродуктивного здоровья детей и подростков, профилактики и лечения гинекологических заболеваний в детском возрасте. Такие социальные процессы, как урбанизация, ухудшение экологической обстановки, фармакологический бум с бесконтрольным применением лекарств, в частности антибиотиков, оказывают отрицательное воздействие на становление репродуктивной системы девочки, ее резистентность к инфекционным факторам внешней среды и состояние местного иммунитета половых путей.

При этом необходимо отметить, что во многих научных исследованиях подчеркивается, что ни подростковая, ни взрослая служба специализированной гинекологической помощи в настоящее время не обеспечивает снижения гинекологической заболеваемости, скорости распространения ЗППП, и необходимого объема профилактических мероприятий среди лиц молодого возраста. В этой связи необходима разработка рекомендаций, направленных на повышение эффективности медико-социальной помощи девушкам и молодым женщинам, имеющим гинекологическую патологию и требует дальнейших углубленных исследований с разработкой эффективных организационных и лечебно-профилактических мероприятий для девочек и подростков.

Список литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы
2. Адамян Л.В. Генетические аспекты гинекологических заболеваний/Л.В.Адамян, В.А.Спицин, Е.Н.Андреева.- М.:Изд-во "Медицина", 1998.-с.216.
3. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. Спб, Фолиант, 2000. С. 133-151.
4. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет // Автореф. Лис. д-ра. мед. наук. М. 2004, с. 14.
5. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социол. Исслед. 2000, 5. С. 66-74.
6. Коколина В.Ф. Репродуктивная система у девочек в норме и ювенильных маточных кровотечениях // Дисс. д-ра. мед. Наук, Москва, 1989, с. 124-132.
7. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины // Москва, 2002.
8. С. Кэмпбелл, Э.Монг. Гинекология от десяти учителей: Уч.пос.для студ-в мед.ВУЗов/ Пер. с англ.- 17-е изд.- М.:Мед.информ.агентство, 2003.- 328с.
9. Сметанин В.Н. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания подростков // Экономика здравоохранения. 2000, 7. С. 34.
10. Adams Hillard PJ. Pediatric and adolescent gynecology in practice and residency training. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Oct;16(5):363-5.
11. Adams KE. Ethical issues in gynecology: adolescent confidentiality, provider conscience and abortion, and patient choice of provider gender. Curr Womens Health Rep. 2002 Dec;2(6):423-8.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ - КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

Абдукаюмова У.А., Рамазанова М.А.,
Кажибекова Г.А., Сагындыкова З., Кызаева А.Д.
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Резюме Изучение репродуктивного здоровья, социально-гигиенической и медицинской грамотности имеет существенное значение для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, для разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики.

Игнорирование особенностей качества жизни как интегральной характеристики способствует формированию негативных социальных и медико-психологических проблем, снижает эффективность оказания медицинской помощи, не позволяет делать своевременные научно обоснованные и социально значимые рекомендации по улучшению женского здоровья.

Проведенные во всем мире научные исследования продемонстрировали, что оказание комплекса медико-санитарных услуг, а не отдельных услуг в связи с возникновением различных медицинских проблем является наиболее эффективным и экономичным способом удовлетворения многих проблем, связанных со здоровьем женщин, в том числе репродуктивным.

Түйіндеме Репродуктивті денсаулықты, әлеуметтік - гигиеналық және медициналық сауаттылықты зерттеу аймақтағы туу тенденциясын түсінуге және болжам жасауда, жанұя және демографиялық саясат тиімділігі бойынша нақты шараларды жасауда маңызы бар.

Өмір сапасы ерекшелігін интегралды сипаттама ретінде менсінбеу жағымсыз әлеуметтік және медико-психологиялық мәселелердің түзілуіне әсер етеді, медициналық көмек көрсету тиімділігін төмендетеді, әйел денсаулығын жақсарту бойынша ғылыми негізделген және әлеуметтік маңызды ұсыныстарды дер кезінде жасау, мүмкіндік бермейді.

Бүкіл әлемде жүргізілген ғылыми зерттеулер кешенді медико-әлеуметтік қызметті көрсетуде, әртүрлі медициналық мәселелердің пайда болуымен байланысты жеке қызметтер емес, әйел денсаулығымен, сонымен қатар репродуктивті денсаулықпен байланысты көптеген мәселелерді тиімді және экономикалық әдіспен шешу көптеген мәселелерді қанағаттандыратынын көрсетеді.

Reproductive behavior - as an integral characteristic of the formation of women's reproductive health

Azdukayumova U.A., Ramazanova M.A.,
Kazhibekova G.A., Sagyndykova Z., Kyzayeva A.D.
Kazakh National Medical University

Abstract The study of reproductive health, also as a socio-hygienic and medical literacy has a great meaning for a understanding and forecasting the main trends of birth rate and development of demographic and family policy.

An ignoring of features of the life's quality as integrated characteristic, can cause the negative social and medico-psychological problems, decrease of medical care efficiency, doesn't allow to prepare timely scientifically reasonable and socially significant recommendations for improvement of female health.

The international scientific researches showed that providing the complex of medico-sanitary services, instead of separate services, has the most effective and economic outcomes in solving of many problems connected with female health, including reproductive function.

Демографическая политика в каждой стране, а также связанное с этим воспроизводство здорового и трудоспособного поколения является одной из важнейших проблем государства.

Репродуктивное здоровье – важнейший индикатор состояния здоровья общества и государства.

В Казахстане охрана репродуктивного здоровья возведена в рамки государственной политики и отражена в важнейших правительственных документах. Улучшение основных демографических показателей населения, связано, прежде всего, с решением проблем охраны материнства и детства. Женщины относятся к той части населения, которая, наряду с детьми, наиболее чувствительно реагирует на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, прежде всего состоянием репродуктивного здоровья, репродуктивным поведением и качеством здоровья своих детей.

Изучение репродуктивного здоровья, социально-гигиенической и медицинской грамотности имеет существенное значение для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, для разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики.

Современная наука и практическое здравоохранение всесторонне изучают медицинские проблемы низкого уровня соматического и репродуктивного здоровья женщин. Воздействие на здоровье женщин не ограничивается наличием только медицинских причин.

Действует целый комплекс социально-экономических, общественно-политических, экологических и др. факторов, среди которых: материальное обеспечение, уровень культуры, национальные привычки, жилищные условия, питание, внутрисемейные отношения, обеспечение медицинской помощью и другие факторы, влияющих тем или иным образом на качество жизни женщин.

Все более растет осознание истинного бремени плохого репродуктивного здоровья, связанного с беременностью, деторождением, инфекциями репродуктивного тракта (особенно болезни, передаваемые половым путем, включая ВИЧ/СПИД) и насилием против женщин. Такое состояние привело к переоценке характера и компонентов репродуктивного здоровья и контекста. Тем не менее, хорошее репродуктивное здоровье все еще не является достоянием многих людей в мире из-за таких факторов, как недостаточный уровень знаний в отношении сексуальности человека и несоответствие, низкое качество или недоступность информации и служб репродуктивного здоровья; распространенность рискованного сексуального поведения; ограниченный выбор для многих женщин и девушек в жизни, хотя надо отметить, уровень общей грамотности женского населения в Казахстане является достаточно высоким, по данным проведенных социологических исследований все женщины в возрасте 15-24 лет являются грамотными. Уровень грамотности составил почти 100% [1].

В Казахстане происходят заметные изменения в репродуктивном поведении населения. За последние 3-4 года суммарный коэффициент рождаемости в целом по республике повысился с 1,8 до 2,03 [1]. Это явление является либо временным, либо неожиданным отклонением Казахстана в траектории демографического перехода. Вероятно, повышение рождаемости в последние годы объясняется тем, что активизируется репродуктивное поведение женщин в возрасте от 30 до 40 лет в целом по республике, которые в сложные перестроечные 90-е годы не решались родить и сдвинули (отложили) свой календарь рождений до «лучших времен». Этот факт требует не только демографического, но и социологического анализа [2].

Среди женщин в возрасте 15-49 лет, имевших живорождение в течение двух лет, предшествующих дате проведения обследования, 99% наблюдались в дородовом периоде как минимум один раз у квалифицированного врача, а 87% – как минимум 4 раза у какого-либо врача или в каком-либо медицинском учреждении. Почти все беременные женщины рожали в медицинском учреждении. Эти данные показывают, что в Казахстане для женщин созданы все условия по расширенному доступу к службам охраны здоровья матери и репродуктивного здоровья, но однако, только 51% замужних женщин в возрасте 15-49 используют тот или иной метод контрацепции, что на уровне 2006 года. Неудовлетворенная потребность в контрацепции составила 11%. Это означает, что значительная часть женщин репродуктивного возраста, особенно молодых женщин, ограничены в своих действиях по планированию беременности и рождению желанных детей [1]. Кроме чисто медицинских проблем, перед женщинами репродуктивного возраста встает целый ряд психологических, социальных, эмоциональных проблем, влияющих на выбор репродуктивного поведения. Это отражается на показателях рождаемости и других медико-демографических параметрах. Игнорирование особенностей качества жизни как интегральной характеристики способствует формированию негативных социальных и медико-психологических проблем, снижает эффективность оказания медицинской помощи, не позволяет делать своевременные научно обоснованные и социально значимые рекомендации по улучшению женского здоровья. Проведенные во всем мире научные исследования продемонстрировали, что оказание комплекса медико-санитарных услуг, а не отдельных услуг в связи с возникновением различных медицинских проблем является наиболее эффективным и экономичным способом

удовлетворения многих проблем, связанных со здоровьем женщин, в том числе репродуктивным.

Список литературы:

1. Казахстан, Мульти-Индикаторное Кластерное Обследование, 2010, положение женщин и детей, Предварительные результаты, июль 2011, UNICEF, UNFPA.
2. Валитова З. Гендерные исследования, гендерная политика и женское движение в странах Центральной Азии: попытка диагноза: Мат. науч.-практической конференции "Женское движение Центральной Азии: от опыта прошлого десятилетия к поиску новых технологий", г. Алматы, 18-19 октября 2005 г.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИВИТАМИНОВ В ПЕРИОД ЗАЧАТИЯ И ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.

Кажибекова Г.А.

Врач-акушер-гинеколог, зав.ж\к ГП №3

В статье рассмотрен вопрос о важности применения поливитаминов женщинами в период, предшествующий зачатию, а также во время беременности. Сделаны акценты на профилактику врожденных пороков развития плода приемом поливитамино-минеральных комплексов, содержащих необходимое количество фолиевой кислоты, витаминов В6 и В12. Сделан вывод, что наиболее перспективным методом профилактики врожденных пороков является использование витаминно-минеральных комплексов, имеющих наибольшую доказательную базу. На сегодняшний день таким препаратом является Элевит Пронаталь.

Ключевые слова поливитамины, беременность, профилактика, врожденные пороки развития, фолиевая кислота

БАЛАБИТУКЕЗЕҢІНДЕЖӨНЕЖУКТІЛІККЕЗЕҢІНДЕПОЛИВИТАМИН ДЕРДІКОЛДАНУЫ

Кажибекова Г.А.

Дәрігер-акушер-гинеколог, №3 ҚП Ә\к .меңгерушісі

Бұл мақалада қарастырылған маңызды мәселе әйелдердің полидәрумендерді бала біту алдындағы кезеңде және жүктілік кезеңінде қолдануы. Туабіткен ақаулардың алдыналуға ерекше көңіл бөлу керектігі, нәрестенің өсіп дамуында полидәрумендерді – минералды жиынтығын қолдануы, құрамында қажетті мөлшерде фолийқышқылы мен В6 және В12

дәрумендерін қолдану қажеттігі. Келесі қорытынды шығарылды, туабіткен ақаулардың алдыналуға келешекте дәруменді минералдық жиынтығын қолдану ерекше әдіс болып табылды және бұл әдіс ең көп істе дәлелденген. Бүгінгі күнде Элевит Пронаталь дәрмегі сұранысқа сай деп табылады.

Түйінді сөздер полидәрумендер, жүктілік, алдыналу, Туабіткен ақаулар, фолиевлікқышқылы

APPLICATION OF POLYVITAMINS IN CONCEPTION AND THE PREGNANCY PERIOD.

Kazhibekova G. A.

Obstetrician-gynecologist, manager of female consultation of the City polyclinic No. 3

Abstract In article the question of importance of application of polyvitamins by women during the period previous conception is considered and also during pregnancy. Emphases on prevention of congenital developmental anomalies of a fruit by reception of the polyvitaminic and mineral complexes containing necessary amount of folic acid, vitamins B6 and B12 are made. The conclusion is drawn that the most perspective method of prevention of congenital defects is use of the vitamin mineral complexes having the greatest evidence base. Today such preparation is ElevitPronatal.

Keywords polyvitamins, pregnancy, prevention, congenital developmental anomalies, folic acid

Применение поливитаминов в период зачатия является составной частью профилактической помощи женщинам. Однако в значительной части случаев беременность является незапланированной. Антенатальная помощь обычно начинается на 8-12-й неделе беременности, следовательно, ранний период ее вскоре после зачатия остается за рамками медицинской службы. Помощь женщинам в период зачатия включает в себя мероприятия, которые проводятся до зачатия и на ранних сроках беременности. Некоторые серьезные генетические дефекты зависят от условий зачатия, поэтому его необходимо готовить. Кроме того, 3-8 недели беременности являются наиболее уязвимым этапом формирования плода, однако женщины посещают клиники только после завершения этого периода. Основным аргументом в пользу применения поливитаминов, содержащих фолиевую кислоту, в период зачатия является значительное снижение частоты основных врожденных пороков. Для профилактики дефектов нервной трубки (ДНТ) рекомендуют применять только фолиевую кислоту, так как было отмечено снижение частоты повторных случаев ДНТ после применения фолиевой кислоты в фармакологических дозах (4 мг\сут) в период зачатия. Департамент здравоохранения США рекомендует «всем женщинам, способным забеременеть, принимать фолиевую кислоту по 0,4 мг в день.» Однако исследования эффективности фолиевой кислоты в дозе 0,4 мг\сут. в профилактике ДНТ не проводились. В настоящее время такое исследование проводится в Китае. Венгерское исследование является единственным рандомизированным контролируемым исследованием, которое продемонстрировало способность поливитамина («Элевит Пронаталь»), содержащего 0,8 мг фолиевой кислоты, предупреждать развитие ДНТ. Некоторые исследования показали, что дефицит витамина B12 является независимым фактором риска ДНТ, а добавки этого витамина дают защитный эффект. Витамин B6 так же играет важную роль в метаболизме гомоцистеина. Недавно в американском исследовании было показано, что у женщин, принимавших фолиевую кислоту в период зачатия, риск наличия незаращения верхнего неба у потомства снижался на 25-50% по сравнению с таковым у женщин, которые не принимали поливитамины. В венгерском исследовании наиболее явным было снижение частоты пороков мочевых путей, особенно обструктивных дефектов и агенеза почки. Пониженная частота врожденных пороков сердечно-сосудистой системы была связана главным образом со снижением частоты дефектов, характеризующихся наличием одного ствола или камеры. Снижение частоты врожденного отсутствия конечностей было подтверждено в недавно выполненном американском исследовании. Различные врожденные пороки имеют неодинаковую этиологию, поэтому трудно сказать, почему такое простое профилактическое мероприятие как прием поливитамина в период зачатия позволяет предупредить развитие многих пороков. Однако фолиевая кислота и другие компоненты поливитаминового препарата дают разные биологические эффекты. Например, метаболиты фолиевой кислоты действуют как кофакторы в процессах биосинтеза ДНК и РНК. Интенсивность развития, в том числе активность митозов, исключительно высока после зачатия, особенно между 3 и 8-й неделями развития плода. Этот период является критическим с точки зрения развития различных врожденных пороков. Способность клетки к усиленному синтезу нуклеиновых кислот ухудшается при дефиците фолиевой кислоты и других витаминов, что приводит к нарушению функции и митоза клеток и развитию врожденных пороков. В период беременности организм матери является единственным источником всех нутриентов для развивающегося плода, недостаток их может проявляться от легкой степени гипотрофии до аномалии развития и антенатальной гибели плода. Витамин А (ретинол) относится к жирорастворимым витаминам с гормоноподобным действием.

Витамин А-типичный анаболик, и при дефиците витамина А наблюдается гипотрофия. Ретинол участвует в формировании скелета плода, обеспечивает обновление клеток эпителия кожи и слизистых оболочек. Под воздействием витамина А плод набирает нормальный вес, у беременной хорошо сбалансированы репаративные процессы. Основным витамином А является ретинол, содержащийся в продуктах животного происхождения (печень, яйцо, молочные продукты, рыбий жир). В растительных продуктах (морковь, помидоры, перец) содержатся каротиноиды, из которых витамин А образуется при воздействии фермента каротиноксигеназы в слизистой кишечника и в клетках печени. При экспериментальных исследованиях при глубоком дефиците витамина А наблюдаются различные пороки развития, атрогирующие зрение, сердечно-сосудистую, дыхательную и мочеполовую систему плода. Исследования делеций генов, кодирующих рецепторы витамина А, показали влияние витамина на развитие заднего мозга, формирование внутреннего уха, небо-глоточных дужек, зачатков конечностей и первичной кишки. Усвояемость витамина А резко снижается на фоне гипоксии, часто возникающей вследствие недостатка кислорода. Правильный режим прогулок и достаточного пребывания беременных и кормящих на свежем воздухе потенцирует усвоение витамина А. Усвоение витамина в значительной степени зависит от состояния эндокринной системы, особенно щитовидной железы. Нарушение функции щитовидной железы влияет на трансформацию каротиноидов в кишечнике. Значительное снижение способности эпителиоцитов кишечника превращать каротиноиды в витамин А отмечено так же при нарушении функции поджелудочной железы, например, при диабете. Рекомендуемыми суточными дозами витамина А является 900 мкг РЭ (3000 МЕ) для взрослых, для беременных суточная доза больше на 100 мкг, для кормящих- на 400 мкг. Глубокий дефицит витамина А встречается у миллионов людей по всему миру, преимущественно в странах Юго-Восточной Азии и Африки. Отчасти, это связано с тем, что дефицит витамина А у беременных развивается гораздо быстрее именно в жарком климате. Это положение делает особенно актуальным правильное дозирование витамина А у беременных в Казахстане.

Наиболее перспективным методом профилактики врожденных пороков является использование так же при беременности витаминно-минеральных комплексов. Комплексом для беременных, имеющим наибольшую доказательную базу, является Элевит Пронаталь. Этот препарат содержит витамины в количествах, оптимальных для беременных: Фолиевая кислота – 0,8 мг, витамин А – 1200 мкг, B1 -1,6 мг, B2 – 1,8 мг, B6 -2,6 мг, B12 – 4 мкг, С – 100 мг, D_{9e} -12,5 мкг, Е -15 мг, биотин – 0,2 мг, пантотенат кальция – 10 мг, никотинамид – 19 мг. Элевит Пронаталь принимается внутрь, после еды, по 1 таблетке в сутки в период зачатия, беременности, после родов и в период грудного вскармливания. Эффективность препарата доказана двойным слепым плацебо - контролируемым клиническим испытанием, безопасность препарата подтверждается 15-летним опытом применения во многих странах мира.

Список литературы:

1. А.Б.Васильева. Применение препарата Элевит пронаталь у беременных. РМЖ, 2005.
2. Л.А.Жученко. Первичная массовая профилактика фолат-зависимых врожденных пороков развития. Автореферат РАМН, 2009.
3. О.А.Громова, И.Ю.Торшин. Дозирование витамина А при беременности. РСЦ ЮНЕСКО, 2009 .
4. Askin D.F., Diehl-Jones W. Pathogenesis and prevention of chronic lung disease in the neonate. Crit Care Nurs Clin North Am. 2009; 21 (1): 11-25

5. Oliveira J.M., Rondo P.H. Evidence of the impact of vitamin A supplementation on maternal and child health. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 (11): 2565-75
6. Van Lieshout M., West C.E., Van Breemen R.B. Isotopic tracer techniques for studying the bioavailability and bioefficacy of dietary carotenoids, particularly beta-carotene, in humans: a review. *Am J Clin Nutr*. 2003; 77(1): 12-28.

Дерматовенерология

Dermatovenereology

СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Земцов Е.Е., Сатвалдиева А.Д.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины
Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент*

В статье описана клиническая эффективность применения топического глюкокортикостероида и увлажняющего средства у больных atopическим дерматитом. В целом применение увлажняющего средства существенно повышает эффективность комплексной терапии atopического дерматита и качество жизни таких больных. Кроме того, смягчающие препараты оказывают своеобразный превентивный эффект еще до появления выраженных симптомов обострения заболевания и позволяют заметно сократить объем медикаментозной терапии.

Ключевые слова: Адвантан, ТолеранРиш, atopический дерматит, наружная терапия, увлажняющие средства, SCORAD.

The current strategy of external therapy of atopical dermatitis

Kabulbekova A.A., Ospanova S.A.

Kazakh National Medical University, S.D. Asfendiyarov.

Department of dermatology and venereology and aesthetic medicine

Abstract This article describes the effectiveness of moisturizers and corticosteroids in patients with atopical dermatitis. In general, the hydration of the skin and apply moisturizer significantly improve the effectiveness of the treatment of atopical dermatitis and quality of life for these patients. In addition, the softening agents have a unique preventive effect even before the appearance of pronounced symptoms of exacerbation of the disease and dramatically reduce the amount of drug therapy. However, supporting basic therapy does not replace drugs with anti-inflammatory action.

Keywords Adantan, ToleranRish, atopical dermatitis, outdoor therapy, moisturizers, SCORAD

Атопиялық дерматиттің жергілікті заманауи емдеу стратегиясы

А.А. Кабулбекова, С.А. Оспанова, Е.Е. Земцов

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

Дерматовенерология және эстетикалық медицина кафедрасы
Облыстық дерматовенерология диспансері, Шымкент қаласы

Түйін Мақалада атопиялық дерматиттің емінде топикалық глюкокортикостероид пен ылғалдыратын заттардың клиникалық әсерін анықтап, қолдануы сипатталған. Жалпы

ылғалдыратын заттарды атопиялық дерматиттің кешенді емінде қолданғанда науқастардың өмір сапасы мен емнің әсері жоғарлайтыны анықталды. Сонымен қатар теріні жұмсартатын заттарды қолданғанда сырқаттың өршу кезеңін және оның белгілерінің анық болмауын, емдеуде қолданатын дәрі-дәрмектердің көлемін азайтып, превентивті әсер көрсететінін анықталды.

Түйінді сөздер Адвантан, Толеран Риш, атопиялық дерматит, жергілікті ем, ылғалдыратын заттар, SCORAD.

Атопический дерматит требует ухода за кожей в любой фазе заболевания (обострение, ремиссия). Даже при отсутствии клинических симптомов atopического дерматита необходимо продолжать и осуществлять общий уход за кожей, важными компонентами которого служат гидратация кожи, регулярно используя увлажняющие препараты. Современная практика показывает, что значимость использования увлажняющих средств в базисной терапии atopического дерматита до конца недооценивается пациентами и врачами [1,2,3].

Целью ухода за кожей больного с atopическим дерматитом является предотвращение раздражения и повреждения эпидермиса, стимуляция регенерации, поддержание нормальной влажности, кислотности, микробиоценоза кожи, сохранение и (или) восстановление липидного слоя и тем самым – профилактика обострения заболевания. Применение смягчающих и увлажняющих средств в клинической практике приводит к облегчению десквамации, устранению сухости, увлажнению эпидермиса, улучшению микроциркуляции, восстановлению гидролипидной пленки на коже, что способствует сохранению целостности рогового слоя, предотвращению выброса цитокинов, запускающих воспалительные процессы в коже.

В настоящее время установлено, что при многих хронических дерматозах, прежде всего

при atopическом дерматите, а также экземе, псориазе имеют место серьезные нарушения барьерной функции кожи. Нарушения количественного и качественного состава липидов в коже, прежде всего, обусловлены генетическими нарушениями. Мутации в гене филагрина (среди европейцев их

распространенность составляет 10%) у больных с атопическим дерматитом приводят к дефекту кожного барьера с развитием сухости и ксероза кожи. Нарушение барьерной функции облегчает проникновение из окружающей среды аллергенов, ирритантов, патогенов в кожу, инициирующих воспаление. В сухой коже повышается уровень провоспалительных цитокинов и усиливается ее готовность к воспалительным реакциям. Кроме того, при нарушении кожного барьера значительно повышается системная абсорбция наружных стероидов, а, следовательно, и их побочных эффектов. Использование глюкокортикоидов (ГКС) в терапии обострений воспалительных дерматозов также неблагоприятно влияет на состояние кожного барьера. Аппликации сильных топических стероидов в течение 2 недель, средней силы (2 раза в сутки) в течение 4 недель и слабых топических стероидов в течение 6 недель приводят к значительному повреждению рогового слоя кожи [4,5,6].

Нарушение функции кожного барьера постоянно поддерживает воспаление в коже, которое приводит к морфофункциональным изменениям рогового слоя, особенно при применении наружных стероидов. Это в свою очередь способствует еще большему повреждению кожного барьера. Разорвать этот порочный круг можно только тогда, когда одновременно будут использоваться не только противовоспалительная терапия, но и средства, восстанавливающие барьерную функцию кожи.

Новое понимание роли кожного барьера в развитии воспаления у больных с хроническими дерматозами предполагает уделять постоянное внимание состоянию кожного барьера и проводить лечебные мероприятия, направленные на его репарацию. В связи с этим постоянное использование восстанавливающих дисфункцию кожного барьера наружных средств – увлажняющих средств становится обязательным при лечении больных с нарушением функции кожного барьера уже на самых ранних стадиях проявления дерматоза. На этапе рецидива увлажняющие средства выполняют роль спарринг-партнера топического стероида, так как, восполняя липиды рогового слоя, выступают в роли резервуара для стероида, увеличивая его высвобождение. Это позволяет уменьшить количество аппликаций и снизить стероидную нагрузку. В межрецидивный период использование увлажняющих средств, улучшающих состояние кожного барьера, позволяет у 1/3 больных полностью отказаться от применения ГКС при сохранении состояния ремиссии в течение 4 мес. [7,8].

Несмотря на то, что современные увлажняющие средства стали, не так давно активно использоваться в терапии больных с хроническими дерматозами, их роль в повышении ее эффективности уже признается большинством дерматологов. По данным авторов, которые провели анкетирование среди врачей, установили, что 90% из них рассматривают увлажняющие средства как один из ключевых факторов повышения эффективности лечения, 53% из опрошенных считают, что они должны использоваться в комплексном лечении с другими наружными средствами и в первую очередь с ГКС, а 37% специалистов полагают, что их следует назначать для реабилитационного ухода после проведенного лечения рецидива и улучшения эстетичного вида кожи [7-9].

Современное средство базового ухода за поврежденной кожей должно не только быстро и активно восстанавливать гидратацию кожи, но и обладать релипидизирующим действием. Именно таким двухкомпонентным средством обладает дерматокосметическое средство серии La Roche-Posay – Толеран Риш.

Термальная вода La Roche-Posay, входящая в состав косметических средств, благодаря уникальным физико-химическим характеристикам оказывает успокаивающее, увлажняющее и смягчающее воздействие на кожу, повышает активацию биохимических процессов в коже, усиливает активность лимфоцитов, адгезивную функцию фибробластов, обладает антиоксидантным действием, тем самым повышает

устойчивость кожи к повреждению и проникновению микроорганизмов.

Толеран Риш представляет собой успокаивающий увлажняющий защитный крем.

Отличительной особенностью состава препарата является содержание сквалана, глицерина и 7% масла Карите в таком соотношении, которое необходимо для оптимального ускорения репарации кожного барьера.

Крем обладает противовоспалительным, противозудным, ранозаживляющим и успокаивающим свойствами. Устраняет ощущение дискомфорта (раздражение, стянутость, покраснение, отечность). Освежает и успокаивает кожу, раздраженную воздействием внешних факторов (солнца, дерматологического лечения) и помогает предотвратить фотостарение кожи. Подходит для ежедневного многократного применения в течение дня. Уникальные свойства этого препарата позволяют обеспечить длительность его действия в течение 24 ч.

Крем Толеран Риш не содержит консервантов, отдушек, красителей, что обеспечивает благоприятный профиль безопасности и минимизирует риск развития аллергических реакций.

Толеран Риш – более легкий для нанесения крем, обладающий способностью повышать увлажнение рогового слоя эпидермиса и уменьшать выраженность субъективных симптомов ксероза. Его целесообразно использовать для длительного ухода за конституционально сухой и чувствительной кожей с целью защиты кожи от неблагоприятных воздействий агрессивных факторов и профилактики ксероза и сухости у пациентов с хроническими дерматозами. Препараты серии La Roche-Posay не содержат консервантов, отдушек и красителей, что обеспечивает благоприятный профиль безопасности и минимизирует риск развития аллергических реакций.

Целью настоящей работы явилось изучение клинической эффективности сочетанного применения Адвантана и крема Толеран Риш в комплексной терапии больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находились больные с атопическим дерматитом, из числа находившихся на обследовании и лечении в дерматологических клиниках.

Критериями включения пациентов в исследование служили:

– возраст – от 14 до 60 лет;

– диффузный или распространенный вариант атопического дерматита со среднетяжелым течением;

– добровольное согласие больного на участие в исследовании и его обязательство выполнения всех инструкций лечащего врача.

Сравнительная оценка эффективности лечения двух групп больных с атопическим дерматитом, получавших монотерапию ГКС (Адвантан 1 раз в день; 1-я группа) и Адвантан + крем Толеран Риш (2-я группа), показала более быстрый и значительный регресс основных клинических симптомов дерматоза у больных на фоне комбинированного лечения. В конце терапии у больных 2-й группы индекс SKORAD снизился в 3,5 раза, а у больных 1-й – только в 2 раза. Кроме того, средняя длительность использования Адвантана до достижения состояния клинической ремиссии при монотерапии составила 16 дней, а при комбинированном лечении – не более 9 дней. По мнению исследователей, более быстрый отказ от стероида позволяет снизить стероидную нагрузку, а, следовательно, избежать развития побочных действий и синдрома отмены.

Результаты и обсуждения

Использование средства лечебно-профилактического ухода за сухой кожей – крема Толеран Риш – в комбинированной терапии у больных, страдающих атопическим дерматитом, как показали клинические исследования, существенно повышает результаты лечения. Применение крема Толеран Риш привело к более быстрому купированию обострения, снижению потребности в ГКС и улучшило состояние кожи у 93,3% больных против 53,4% в

группе сравнения. Зуд беспокоил всех больных. У большинства – 85,7% – из них наблюдали полное прекращение зуда: у 20,6% – к 7-му дню наблюдения, у 28,6% – к 14-му, у 11,4% – к 21-му, у 8,6% – к 28-му. Сохранение зуда отмечалось у 4 (11,4%) больных.

После 4 недель лечения наблюдался регресс шелушения, сухости кожи, зуда и эритемы на 90,8, 90,4, 82,5 и 82,1% соответственно. Общий положительный результат лечения отмечен у 86% больных. Клинические исследования эффективности крема Толеран Риш у больных страдающих atopическим дерматитом и ксерозом кожи, показали, что монотерапия препаратом в межрецидивный период дает выраженный терапевтический эффект в виде уменьшения сухости, шелушения и зуда у 86%.

Исследования показали, что включение в комплексную противовоспалительную терапию крема Толеран Риш существенно повышает клиническую эффективность у детей с упорным, часто рецидивирующим atopическим дерматитом. У большинства пациентов было отмечено значительное снижение индекса SCORAD уже на 3-й неделе лечения с последующим постепенным улучшением у всех пациентов в течение 6–21 недели. Данное исследование является доказательством двойного – противовоспалительного и успокаивающего действия препарата, развивающегося постепенно и требующего более длительного использования.

Выводы:

Таким образом, крем Толеран Риш позволяет достичь лучшего результата при лечении хронических дерматозов, благодаря восстановлению гидратации кожи и восполнению ее липидного состава. Это способствует устранению дисфункции кожного барьера и предупреждает его дальнейшее повреждение. Его использование полезно как в период обострения заболевания для купирования воспаления и зуда, так и для восстановления функции кожного барьера в период ремиссии. Постоянное его применение позволяет увеличить период ремиссии, уменьшить длительность использования топических стероидов, избежать их побочных действий. Сочетанное применение Адвантана и Толеран Риш позволяет быстро и эффективно купировать обострения воспалительных дерматозов, минимизировать риск развития нежелательных реакций, синдрома отмены и уменьшить количество обострений.

Таким образом, лечение atopического дерматита следует начинать с правильно подобранной вспомогательной базисной терапии, т.к. результаты современных исследований доказывают важную роль гидратации кожи и применения увлажняющих средств в острой и хронической фазах данной патологии. В литературе описаны случаи эквивалентной эффективности применения увлажняющих средств и ГКС у больных atopическим дерматитом. В целом гидратация кожи с использованием увлажняющих средств существенно повышают эффективность комплексной терапии atopического дерматита и качество жизни таких больных. Кроме того, смягчающие препараты оказывают своеобразный превентивный эффект еще до появления выраженных симптомов обострения заболевания и позволяют заметно сократить объем медикаментозной терапии. Однако вспомогательная базисная терапия не заменяет препараты, обладающие противовоспалительным действием.

Литература

1. Мачарадзе Д.Ш. Локальная противовоспалительная терапия при atopическом дерматите: современный подход. Леч. врач. 2008; 5: 2–6.
2. Монахов К.Н., Очеленко С.А. Применение увлажняющих средств при нарушении кожного барьера. Клинический дерматол. и венерол. 2009; 1: 74–7.
3. Елисютина О.Г., Лапшин Н.М., Филимонова Т.М. и др. Возможности современных увлажняющих препаратов в восстановлении функции кожного барьера у больных atopическим дерматитом. Рос.аллергологич. журн. 2009; 4: 75–81.
4. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Рациональный выбор наружного глюкокортикостероида в лечении воспалительных дерматозов. Consilium Medicum 2009; 1:3–6.
5. Игнатъев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врача-дерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (Локоид). Consilium Medicum 2007; 9 (1).
6. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Локоид в терапии хронических воспалительных заболеваний кожи у детей. Педиатрия. 2006; 3: 3–4.
7. Монахов С.А., Иванов О.И. Современные принципы лечения больных хроническими воспалительными дерматозами: опыт применения мази гидрокортизона-17-бутират (Локоид). Рос.журн. кожн. и венерич. бол. 2007; 2: 57–8.
8. Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Романова О.Л. и др. Исследование эффективности и безопасности 0,1% мази гидрокортизона бутирата у взрослых пациентов с atopическим дерматитом и экземой различной степени тяжести. Клинический дерматол. и венерол. 2007; 4: 86–7.
9. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Крем ЛокобейзРипеа в наружной терапии atopического дерматита у детей. Вопр. практич. педиатр. 2009; 4 (4): 77–81.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ВАЛАЦИКЛОВИР И ГЕНФЕРОН В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ*Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Земцов Е.Е.**Кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины**Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,**Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент*

Резюме В данной статье описано проведенное клинико-лабораторное исследование среди больных **генитальной герпетической инфекцией**. Доказано, что включение в стандарты схем лечения больных с герпетической инфекцией Валацикловира и Генферона патогенетически обоснованно, так как они оказывают высокоэффективное клиническое воздействие. Данный комплексный метод лечения больных с герпесом, позволяет быстро купировать основные клинические проявления заболевания, значительно снизить количество и длительность рецидивов.

Ключевые слова герпес-вирус, генферон, валацикловир, рецидив, комплексная терапия, суппозитории.

Combined therapy, including valacyclovir and Genferon in the treatment of genital herpes infection
Kabulbekova AA, Ospanov SA, EE Zemtsov
Department of Dermatology and Venereology and aesthetic medicine

Kazakh National Medical University, SD Asfendiyarov, Dermatovenerologic Regional Hospital, Shymkent

Abstract This article describes the clinical and laboratory conducted a study among patients with genital herpes infection. It is proved that the inclusion of standard treatments in patients with herpes infection valacyclovir and Genferonapatogeticheski justified because they provide a highly effective clinical impact. This comprehensive treatment of patients with herpes, you can quickly cut short the major clinical manifestations of the disease, significantly reducing the number and duration of relapses.

Keywords herpes virus Genferon, valacyclovir, recurrent, complex therapy, suppositories.

А.А. Кабулбекова, С.А. Оспанова, Е.Е. Земцов

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті дерматовенерология және эстетикалық медицина кафедрасы

Облыстық дерматовенерология диспансері, Шымкент қаласы

Түйін Осы мақалада генитальды герпес инфекциямен ауыратын науқастарда клиникалық-зерттеу әдістерінің өткізілгені сипатталды. Герпес инфекциямен ауыратын науқастардың стандартты емдеу кестелерінде Валацикловир және Генферон дәрілері қолданып, олардың патогенетикалық әсерлері дәлелденді және де олардың клиникалық әсерлерінің жоғары екендігі көрсетілді. Герпес ауруымен ауыратын науқастарды осы кешенді емдеу әдісімен емдегенде негізгі клиникалық белгілерінің тез жазылуына және де рецидивтерінің саны мен ұзақтығы азайтуына ықпал жасайтыны анықталды.

Түйінді сөздер герпес-вирус, генферон, валацикловир, рецидив, кешенді емдеу

Герпесвирусные инфекции относятся к наиболее распространенным вирусным болезням человека. Инфицированность и заболеваемость ими каждый год возрастает. Во всех странах мира 60-90% населения инфицированы тем или иным герпесвирусом. В связи с чем представляет собой серьезную медико-социальную проблему [1,2,3].

В целом семейство вирусов данной группы представлено более чем 60 видами, из которых 8 видов вызывают заболевания у людей. К ним относятся вирусы простого герпес1, 2, 6 и 7 типов, варицеллазостер вирус, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, а также недавно открытый герпесвирус типа 8, ассоциированный с саркомой Капоши. Однако, по данным серологических исследований, у 80% взрослого населения

выявляются антитела к вирусу простого герпеса (ВПГ-1 и ВПГ-2). Герпетическая инфекция включает вирусные заболевания, вызываемые широко распространенными представителями семейства *Herpesviridae*, насчитывающего более 80 представителей. Вирусы имеют сходную структуру и ряд общих антигенов. На основании особенностей структуры генома, репродукции и действия на клетки вирусы герпеса разделяют на подсемейства: *Alphaherpesvirinae*, *Betaherpesvirinae* и *Gammaherpesvirinae*. Поражения у человека вызывают 8 видов [1-8].

Проблема распространения генитального герпеса в Казахстане остается, несомненно, актуальной. По данным специалистов частота его неуклонно растет. Иммуногенез герпеса чрезвычайно сложен и недостаточно изучен, а многие стороны его патогенеза дискуссионны.

В настоящее время существуют две альтернативные гипотезы, предложенные для объяснения механизмов персистенции герпетической инфекции. Согласно статической гипотезе, вирус герпеса, находясь в клетках паравертебрального сенсорного ганглия в непродуктивном состоянии, под влиянием провоцирующих факторов активизируется и перемещается по аксону периферического нерва в эпителиальные клетки, где реплицируется. Динамическая гипотеза предусматривает постоянную репликацию и выброс небольшого количества герпес-вируса. В случае увеличения выброса вирусных частиц, ВПГ вызывают микрофокусы, инфекция размножаясь в эпидермисе или слизистых половых органов, что приводит к характерным рецидивам или бессимптомному выделению вирусас цервикальным секретом или выделениями из уретры [4-7].

Современная химиотерапия герпес-вирусных инфекций основывается на избирательном подавлении отдельных звеньев репродукции вирусов за счет замены в цепочке вирусной ДНК хотя бы одного нуклеотида или разрыва в цепи, что приводит к её гибели без существенного нарушения жизнедеятельности клеток макроорганизма. Однако во многих случаях после отмены ациклических нуклеозидов возникают рецидивы заболевания, что требует повторного и длительного назначения ацикловира. Значительные сложности возникают и в случаях резистентности герпетической инфекции к ациклическим нуклеозидам.

Применение комплексных методик включающих иммунологические препараты позволяет в значительной степени повысить клиническую эффективность лечебных мероприятий у больных с герпетической инфекцией. Специфическая иммунотерапия характеризуется проведением противогерпетической вакцинации. Неспецифическая терапия герпесвирусной инфекции (ГВИ) осуществляется тремя классами препаратов: интерферонами (ИФН), индукторами интерферонов и иммуномодуляторами [5-8].

Разработка новых комплексных методик лечения герпетической инфекции, позволяющих значительно сократить количество рецидивов и их длительность, сохраняет несомненную актуальность.

Целью настоящей работы явилось применение Валацикловира и Генферона в комплексной терапии больных генитальным герпесом, и изучить клиническую эффективность данных препаратов.

Материалы и методы исследования:

Под нашим наблюдением находилось 60 больных с генитальным герпесом (36 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 18 до 59 лет. У 10 пациентов отмечалась первая манифестация

простого пузырькового лишая. У остальных патологический процесс носил рецидивирующий характер. Учитывая разнообразие клинических проявлений герпеса, важным аспектом работы являлось этиологическое установление диагноза.

Диагноз герпетической инфекции ставился на основании совокупности клинических и лабораторных данных:

- Иммуноферментный метод (ИФА) - исследование специфических антител к цитомегаловирусу классов М и G

- Полимеразная цепная реакция позволяет определять ДНК цитомегаловируса в любых биологических тканях

Верификация диагноза проводилась на основании скринингового метода ИФА и ПЦР. В ИФА специфические IgG антитела к ВПГ-1 и ВПГ-2 выявлены у 21 и 15 больного соответственно, а суммарные у 24 пациентов. Методом ПЦР-диагностики ДНК вируса простого герпеса ВПГ-1 типа выявлено у 21, а ДНК ВПГ-2 типа у 15 пациентов. Таким образом, по двум тестам отмечалось преобладание ВПГ 1-го типа, что, по-видимому, соответствует особенностям клинического течения герпеса на современном этапе.

Проведенные исследования убедительно свидетельствовали о целесообразности включения в комплекс лечебных мероприятий у больных герпесом противовирусных и иммунокорректирующих препаратов. С этой целью были использованы Валацикловири Генферон. Генферон в виде суппозитория включал интерферон человеческого рекомбинантный альфа-2 – 1000000 МЕ для ректального введения и 500000 МЕ для вагинального введения.

Учитывая результаты проведенного обследования, при лечении больных герпесом была использована следующая методика лечения. Валацикловир внутрь по 200 мг 2 раз в сутки на протяжении 10 дней. Одновременно в течение 10 дней применялся Генферон в виде ректальных (1000000 МЕ) или вагинальных (500000 МЕ) суппозитория 2 раза в сутки.

Комплексную методику лечения (1 группа) получили в общей сложности 32 пациентов (5 с abortивной разновидностью заболевания, 11 с отечной и 16 пациентов с изъязвленной формой герпеса). Группу сравнения (2 группа) составили 28 больных с аналогичными разновидностями простого пузырькового лишая (4 с abortивной разновидностью заболевания, 10 с отечной и 14 пациентов с изъязвленной формой герпеса), которые получали ацикловир peros по 200 мг 5 раз в сутки в течение 10 дней.

Результаты и обсуждение

У 30 пациентов обострения заболевания возникали с периодичностью один раз в два месяца. Из анамнеза установлено, что длительность рецидива у 10 больных составляла 3-5 дней, у 22 пациентов - 5-19 дней, у 18 – 10-20 дней и у 10 больных свыше 20 дней. У 9 больных герпетический процесс носил abortивный характер с незначительным количеством везикулезных элементов, у 21 пациента наблюдалась отечная разновидность, сопровождающаяся яркой, сочной плотной эритемой с большим количеством сгруппированных пузырьков. У 30 человек герпес-вирусная инфекция протекала тяжело с возникновением изъязвлений на эрозивных участках кожи и слизистых, присоединением вторичной пиодермии и увеличением регионарных лимфатических узлов. У 51 больных наблюдался продромальный период, характеризующийся слабостью, недомоганием, ознобами, фебрилитетом, расстройствами деятельности желудочно-кишечного тракта.

Уже в первые сутки проводимой терапии большинство больных отмечали значительное уменьшение субъективных ощущений в виде жжения и зуда, прекращалось появление свежих везикулезных элементов, снижалась острота воспалительной эритемы. В последующие дни наблюдалась активная эпителизация сгруппированных эрозивных дефектов. Сравнительный анализ полученных данных показал, что сроки обратной эволюции герпетического процесса в группе больных,

получавших комплексное лечение и у пациентов, которым назначалась монотерапия, были различными. Так, у больных 1-ой группы с abortивной и отечной разновидностью герпеса клинические проявления заболевания полностью регрессировали к 3-5 дню лечения, а у пациентов 2-ой группы с аналогичными разновидностями простого пузырькового лишая – к 8-10 дню. У пациентов с изъязвленной формой простого пузырькового лишая, получавших комплексную терапию, патологический процесс был купирован на 10-14 день проводимой терапии, а у больных 2-ой группы – на 13-19 день с момента начала лечения.

Результаты ближайших и отдаленных сроков наблюдения позволили выявить существенные различия в последующем течении герпеса в сравниваемых группах. Так, из 28 пациентов, которым назначалась монотерапия ацикловиром, у 24 (77,8%) возникли рецидивы заболевания (у 8-х – спустя месяц после окончания лечения, у 10- спустя 2 месяца и ещё у 10 больных - на 3-4 месяце наблюдения). Таким образом, проведенные исследования показали, что лечение ациклическими нуклеозидами не оказало существенного воздействия на частоту рецидивирования герпетической болезни. Иные закономерности прослеживались у больных, получавших комплексную терапию, включавшую ациклические нуклеозиды Генферон и Валацикловир. Так, из 32 пациентов рецидивы заболевания возникли лишь у 20,5% в сроки от 6 до 8 месяцев после окончания лечения, причем они протекали с меньшим количеством высыпных элементов, не сопровождались явлениями общей интоксикации, и быстро купировались при повторном назначении разработанной методики лечения.

Выводы:

Включение Валацикловира и Генферона в стандарты схем лечения больных с герпетической инфекцией патогенетически обоснованно, так как они оказывают высокоэффективное клиническое воздействие. Данный комплексный метод лечения больных с герпесом, позволяет быстро купировать основные клинические проявления заболевания, значительно снизить количество и длительность рецидивов. Высокая клиническая эффективность, удобная форма применения, отсутствие побочных явлений позволяет считать данную методику наиболее перспективной при лечении хронических рецидивирующих форм генитального герпеса.

Список использованной литературы:

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. М. Медицинская книга, Н.Новгород. Издательство НГМА 2002 – 416 с.
2. Скрипкин Ю.К. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей. – М. «Трида-Х», 2010. - 688 с.
3. Короткий Н.Г. Современная наружная терапия дерматозов (с элементами физиотерапии) – Тверь: «Губернская медицина», 2001.- 528 с.
4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С. Кожные и венерические болезни. Учебная литература для студентов медицинских Вузов. «Шико», М., 2002 – 478с.
5. Халдин А.А. Росс.журнал кожных и венерических болезней 2002; No2: 42-50.
6. Никонов А, Асцатурова О. Врач. 2002; 8: 7-9.
7. Сакун Н.Ю. Патогенетическое обоснование комплексного лечения рецидивирующих поражений шейки матки генитальным герпесом. Дисс. к.м.н. М., 2001.
8. Фитцпатрик Дж.Е., Элинг Дж. Л. Секреты дерматологии. М; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский диалект», 2009. – 512 с.

МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ И ЛИЦ С ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ НА СИФИЛИС

Е.Е. Земцов

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент

В статье предпринята попытка создать социальный портрет с наиболее типичными чертами больного сифилисом, в частности ранним скрытым сифилисом и лица с ЛПР, способствующей дифференциации этих состояний.

Ключевые слова медико-социальная характеристика, сифилис, серологические реакции, диагностика.

Medical - Social characteristics of patients with syphilis and those with false-positive reactions for syphilis
Zemtsov E.E.

Dermatovenerologic Regional Hospital, Shymkent

Abstract The article attempts to create a social portrait of the most typical features of a patient with syphilis, in particular, early latent syphilis and those with decision-makers, promoting the differentiation of these states. Establishing the diagnosis of latent syphilis solely on the basis of positive results of serological tests in the absence of clinical symptoms, negative data confrontation and history - a very important task of the doctor. Regulated by a specific set of non-treponemal and treponemal serologic tests for syphilis (1). However, in some cases, these reactions can be positive in the absence of specific infection in the body, and then they are regarded as false-positive serological tests for syphilis (DMP) (2, 3, 4, 5). We describe the acute and chronic false-positive serological tests for syphilis. It is emphasized that the spontaneous sharp PMD negativatsiya occurs within 6 months of observation. Chronic DM (HLPR) stored for a long time, sometimes for life (5). In the early 1950s, it was found that the most frequently detected HLPR for syphilis in autoimmune diseases, especially in patients with systemic lupus erythematosus (SLE), in which the frequency of detection is 30 - 44% (cited in Nasonov EL et al, 1995). HLPR described for syphilis before or on the background of the clinical symptoms of diseases such as autoimmune thyroiditis, rheumatoid arthritis, polyarthritis nodosa and malignant neoplasms (6, 7). We have examined 60 patients, 10 patients in the groups with primary and secondary syphilis and 10 fresh individuals with false-positive serological reactions for syphilis.

Keywords medical and social characteristics, syphilis, serological reactions, diagnostic.

Мерезге жалған оң реакциялары бар және мерезбен ауыратын тұлғаларының медико-әлеуметтік мінездемесі

Е.Е. Земцов

Облыстық дерматовенерология диспансері, Шымкент қаласы

Түйін Мақалада мерезбен ауыратын аурудың —зіне тән әлеуметтік портреті, жеке алғанда ерте жасырын мерез және ЖОР-сы бар адамдардың, осы жағдайды дифференциация жасауға әрекет жасалған.

Түйінді сөздер медико-әлеуметтік мінездеме, сифилис, серологиялық реакциялар, диагностика.

Установление диагноза скрытого сифилиса только на основании положительных результатов серологических тестов при отсутствии клинических симптомов болезни, отрицательных данных конfrontации и анамнеза — весьма ответственная задача врача. Регламентирован определенный набор нетрепонемных и трепонемных серологических тестов на сифилис (1). Однако в ряде случаев эти реакции могут быть положительными при отсутствии специфической инфекции в организме, и тогда они расцениваются как ложноположительные серологические реакции на сифилис (ЛПР) (2, 3, 4, 5).

Описаны острые и хронические ложноположительные серологические реакции на сифилис. Подчеркивается, что

спонтанная негитация острых ЛПР происходит в течение 6 месяцев наблюдения. Хронические ЛПР (ХЛПР) сохраняются длительное время, иногда в течение всей жизни (5). Еще в начале 1950-х годов было установлено, что наиболее часто ХЛПР на сифилис выявляются при аутоиммунных заболеваниях, особенно у больных системной красной волчанкой (СКВ), при которой частота их обнаружения достигает 30 — 44 % (цит. по Насонову Е. Л. и др., 1995). Описаны ХЛПР на сифилис до возникновения или на фоне клинических симптомов таких заболеваний, как аутоиммунный тиреозит, ревматоидный артрит, узелковый полиартрит, а также злокачественных новообразований (6, 7).

Нами было обследовано 60 больных, по 10 больных в группах с первичным и вторичным свежим сифилисом и 10 лиц с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис.

Из 60 больных мужчины составили 29 (48,3%), женщины 31 (51,7%). Средний возраст больных 27,3 ± 0,5, у мужчин 30,4 ± 0,6 лет, у женщин 24,8 ± 0,4. Максимальное число больных сифилисом приходится на возрастные группы 20-29 лет и 30-39 лет — 54,2 ± 2,8 и 25,8 ± 1,7 % соответственно, т.е. на сексуально активный возраст. Группу с ложноположительными серологическими реакциями на сифилис 60% составляли лица в возрасте 40-59 лет, 30% составили молодые беременные женщины в возрасте 20-29 лет.

По профессиональному составу преобладали лица, не занятые трудовой деятельностью (38%), с преобладанием женщин (56 % против 44%). Первичный и вторичный свежий сифилис чаще регистрировался в профессиональной группе служащих (по 19%), поздние формы сифилиса — вторичный рецидивный и скрытый ранний диагностировались чаще в группах неработающих (30,4-34,8%) и в профессиональной группе рабочих (25-31%). Ложноположительные серологические реакции на сифилис в 31,3% случаев наблюдались в группе служащих, 20% у студентов и в 18,7% в группе рабочих. Образовательный ценз больных сифилисом в 80,0 ± 0,6% случаев был оценен как среднее.

Распределение больных в зависимости от семейного положения и клинической формы показало, что сифилисом в основном болели холостые и незамужние пациенты, а ЛПР в 90% случаев диагностировали в группе женатых и замужних. Значительная часть больных сифилисом указывает на внебрачную (36%) и беспорядочную половую жизнь (24%). Пациенты с ЛПР в 80% случаев имеют постоянного полового партнера. При медицинских осмотрах выявлено 22 (44%) больных сифилисом, как половые контакты — 13(26%), обратились самостоятельно 15 (30%). При сопоставлении частоты выявления больных первичным, вторичным свежим и вторичным рецидивным сифилисом установлено, что в 34% случаев выявлены при самостоятельном обращении, при скрытом ранним сифилисе 66% случаев выявлены при медосмотре и 26,7% как половые партнеры.

Частота сопутствующей патологии по нашим данным, в группе больных сифилисом наблюдалось в 38±4,0 % случаев с преобладанием женщин в 1,2 раза. Наиболее часто у больных сифилисом регистрировалась анемия (70,0±0,6%), затем заболевания желудочно-кишечного тракта (44,0±0,2%), дыхательной (28,0±0,4%) и мочевыделительной (18,0±1,2%) систем. У лиц с ЛПР в большинстве случаев выявилось полиорганный патологии: у 3 больных диагностированы коллагенозы (2-эритематоз, 1- склеродермия), у 1- злокачественное новообразование, у 3 — ревматизм, 3 молодые женщины, двое из них в третьем триместре беременности, одна через 2,5 месяцев после родов. Частота микст — инфекции

составила $26,0 \pm 0,4\%$, в 1,6 раза чаще встречалась у женщин, регистрируясь наиболее часто при скрытом раннем и вторичном рецидивном сифилисе.

Таким образом, проведенный нами клинико-anamnestический и социально-эпидемиологический анализ пациентов позволил создать социальный портрет с наиболее типичными чертами больного сифилисом, в частности раннем скрытым сифилисом и лица с ЛПР, способствующей дифференциации этих состояний. Так, больной ранним скрытым сифилисом, как правило, молодой человек, рано начинающий половую жизнь (14-16 лет), свободный от семейных уз, склонный к промискуитету, имеющий среднее (начальное) образование, нигде не работающий, мало осведомленный о венерических заболеваниях, с сопутствующими ИППП. Лицо с ЛПР чаще всего пожилой человек, либо молодая беременная женщина вступившая в сексуальные отношения после 20 лет, имеющий (-ая) с супругом (-ой) моногамные отношения. Либо неживущей (-ая) половой жизнью, имеющий (-ая) постоянную работу или находящийся на пенсии, или в декретном отпуске, осведомленный о ИППП, страдающий одновременно двумя и более соматическими заболеваниями.

Литература

1. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infection: 2006-2015: breaking the chain of transmission / World health organization. STDs. 2007. – Ge WHO – 63 p.
2. Сухарев А.В. Клинико-иммунологические особенности сифилитической инфекции в современных условиях: Автореф. дис. канд. мед. наук / А.В. Сухарев; Военно-медицинская академия. СПб., 1997, - 23с.
3. Уразгильдеева С.А. Случай первичного антифосфолипидного синдрома / С.А. Уразгильдеева, Н.Н. Бурова, А.Ю. Кельмансон; Лаборатория атеросклероза 4-го клинического отделения НИИ кардиологии минздрава РФ // Терапевт. архив. 2001. - № 11. – С. 94-96.
4. Сатвалдиева А.Д., Абишев А.Т., Амрина Л.К., Утегенова А.К. Диагностическая чувствительность и специфичность различных серологических тестов при сифилисе и лиц с ложноположительными реакциями / Тезисы научных работ международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокосметологии и дерматовенерологии», Астана, 2006, С. 210.
5. Пшеничная Л.А., ИФА в серодиагностике ИППП (сообщение 2) / Вопросы дерматологии и венерологии, 2010, № 3-4 (43-44), с. 136-138.
6. Stephasson E.A. Antiphospholipid antibodies and anetoderma: are they associated? / E.A.Stephasson // Dermatology. 2000. – Vol. 191, № 3. –P. 204-209.
7. Cofactor dependence and isotype distribution of anticardiolipin antibodies in viral infections / H. Guglielmone, S. Vitozzi, O. Elbarcha, E. Fernandez // Ann. Rheum. Dis. 2001. –Vol. 60, № 5. – P. 500-504.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛУБОКИМ МИКОЗОМ – ХРОМОМИКОЗ*Кабулбекова А.А., Емельянов В.В., Оспанова С.А.**Казахский Национальный медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова**Кафедра дерматовенерологии и эстетической медицины**Научно-исследовательский кожно-венерологический институт*

Резюме В данной статье описан случай редкого заболевания из группы глубоких микозов – хромомикоз. Хромомикоз - заболевание, вызываемое тёмноокрашенными грибами семейства Dematiaceae, представители которого широко распространены в окружающей среде. Описанный случай представляет интерес для практикующихся врачей, так как диагностика и терапия данного заболевания имеет определенные трудности.

Ключевые слова: Глубокий микоз, хромомикоз, клиника, диагностика, терапия

Хромомикоз - терең микоз ауруы туралы клиникалық оқиға*А.А. Кабулбекова, В.В. Емельянов, С.А. Оспанова**С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті**Дерматовенерология және эстетикалық медицина кафедрасы**Тері-венерология ғылыми-зерттеу институты*

Түйін Осы мақалада терең микоздар тобының ішіндегі сирек кездесетін түрі хромомикоз ауруы сипатталған. Хромомикоз – қоздырғышы айналадағы ортада кең таралған және де саңырауқұлақтар тұқымдас тобына кіріп, қою бояумен боялады, сипатталған оқиға тәжірибелі дәрігерлерге арналған қызықты мақала, себебі бұл аурудың диагностикасы мен емдеу әдісі кейбір қиыншылықтар тудыруы мүмкін.

Түйінді сөздер Терең микоз, хромомикоз, клиникасы, диагностикасы, емі

Clinical case of the deep mycosis disease - chromomycosis*A.A. Kabulbekova, V.V. Emelyanov, S.A. Ospanova,**Kazakh National Medical University. S.D. Asfendiyarov Department of Dermatology and Venereology and aesthetic medicine**Scientific-Research Institute of Skin and Venereal Diseases*

Abstract This article describes a case of a rare disease from a group of deep mycoses - chromomycosis. Chromomycosis - a disease caused by a dark-colored fungi family Dematiaceae, whose representatives are widely distributed in the environment. The case is of interest to practitioners as well as diagnosis and therapy of this disease has certain difficulties.

Key words deep mycosis, chromomycosis, clinic, diagnosis, therapy.

Хромомикоз - форма глубокого микоза кожи, характеризующаяся бородавчатыми разрастаниями и узлами, склонными к распаду. В патогенезе заболевания большое значение придаётся предшествующей травме коже, а также попаданию в рану почвы с находящимися в ней возбудителями. Дальнейшее распространение возбудителя в организме происходит преимущественно лимфогенно. Через несколько месяцев на местевнедрения возбудителя появляется небольшой бугорок. Затем в ближайшей окружности бугорка появляются новые элементы. Как правило, формируются папилломатозно-веррукозные образования. Гистопатологически процесс характеризуется псевдоэпителиоматозными разрастаниями эпидермиса, окружающими микроабсцессы-гранулёмы, содержащие тканевые формы гриба. Течение хромомикоза обычно спокойное, медленное. Редким осложнением хромомикоза является элифантиаз.

Хромомикоз - заболевание, вызываемое тёмноокрашенными грибами семейства Dematiaceae, представители которого широко распространены в окружающей среде (земля, гниющая древесина, солома и т.п.) [1,2,3]. Инфицирование происходит в результате травматической имплантации возбудителя в кожу. Для возникновения нет необходимости в иммуносупрессивном

состоянии организма человека. Поражение ограничено, как правило, кожей и подкожной клетчаткой. Чаще поражаются нижние конечности. Но могут быть поражены руки, кожа груди и живота, кожа лица. Без лечения течение хромомикоза хроническое с постепенным прогрессированием. Описаны редкие случаи поражения головного мозга и внутренних органов.

Первичный очаг поражения появляется на коже в месте внедрения возбудителя в виде шелушащегося бугорка или узла застойно-красного цвета. Со временем, часто спустя месяцы или годы, рядом появляются новые узлы. Постепенно очаг поражения увеличивается в размере и приобретает вид растущих бляшек с веррукозно-папилломатозными разрастаниями на поверхности. Между бляшками могут располагаться островки здоровой кожи. Поверхность бляшек покрыта чешуйко-корками, образовавшимися при высыхании гнойно-геморрагического экссудата. Нередко

опухолевидные разрастания приобретают вид цветной капусты, легко травмируются, кровоточат, нагнаиваются и изъязвляются. На месте разрешившихся очагов образуются грубые гипертрофированные рубцы, напоминающие келоидные. Инфекция распространяется по лимфатическим сосудам и путем аутоинокуляции. Очаги поражения имеют эксцентричный рост, достигают 10 – 20 см в диаметре, могут охватывать всю голень или стопу. В запущенных случаях развивается лимфедема поражённой конечности, слоновость. Разрастания приобретают вид цветной капусты, легко травмируются, кровоточат, нагнаиваются и изъязвляются. На месте разрешившихся очагов образуются грубые гипертрофированные рубцы, напоминающие келоидные. Инфекция распространяется по лимфатическим сосудам и путем аутоинокуляции. Очаги поражения имеют эксцентричный рост, достигают 10 – 20 см в диаметре, могут охватывать всю голень или стопу. В запущенных случаях развивается лимфедема поражённой конечности, слоновость, чешуйчатый гиперкератоз. Плоские очаги инфильтрации различного размера и формы, иногда с папилломатозными разрастаниями. Рубцовый. Характеризуется атрофическими склеротическими участками в центре очагов и наличием по периферии свежих высыпаний. Форма очагов поражения кольцевидная или дугообразная. Указанная классификация, разумеется, только лишь схема, допускающая возможность одновременного существования очагов поражения различных типов и их последовательную трансформацию.

Диагноз хромомикоза ставят на основании характерной клинической картины, микроскопического и/или культурального исследования патологического материала (чешуек, корок, гноя). В диагностических сложных случаях необходимо проведения патоморфологического исследования.

Диагноз хромомикоза подтверждается наличием в исследуемых субстратах (чешуйки, гистологические срезы) тканевой формы гриба в виде, так называемых, склеротических клеток, «фумаго» или темных телец

Представляем случай хромомикоза у больного, поступившего в НИКВИ: больной Д. 46. поступил с жалобами на распространенные высыпания на коже, болезненность и ограничение движений правой ноги, левой кисти, чувство зуда и жжения

Anamnesismorbi: Болен в течении многих лет, неоднократно получал амбулаторное и стационарное лечение по месту жительства, дважды проходил стационарное лечение в институте глубоких микозов г. Санкт-Петербург, где был проведен курс амфотерицина по схеме, лазерная деструкция.

Получал стационарное лечение в НИКВИ в 2007 и 2009 году, с временным улучшением. Диагноз был установлен в 1983 году, подтвержденный гистологическим и культуральным исследованиями.

Из anamnesis vitae: отмечает частые ОРВИ, грипп, анемия (принимал препараты железа – Феррум-лек по 1таб 1 р/д по рекомендации терапевта по месту жительства) Состоит на Д – учете у дерматолога по поводу хромомикоза.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Положение вынужденное, больной гиподинамичен из-за ограничения движений правой нижней конечности вследствие разрастания грубой фиброзной ткани и явлений лимфостаза. Телосложение гипостеническое, питание снижено. Подмышечные лимфатические узлы размером с горошины, паховые – с фасоли, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающей тканью, кожа над ними не изменена. Костно-суставная система: отмечается ограничение движений в правой нижней конечности вследствие основной патологии и разрастания фиброзной ткани. Кожные покровы вне очагов поражения физиологической окраски, видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Тургор и эластичность кожных покровов сохранены.

Рис.1



Status localis: Патологический процесс на коже хронический, распространенный, ассиметричный. Представлен в виде разрастания грубой фиброзной ткани на правой нижней конечности от области голеностопного сустава до верхней трети бедра, местами имеются узловатые, плотные на ощупь, веррукозного характера образования с изъязвлениями и сосочковыми выростами на поверхности по типу «цветной капусты». Нога отекая, утолщена вследствие вторичного лимфостаза (по типу «эlefантиазма»). Поверхность язв бугристая, с папилломатозным дном, отделяемое серозно-гнойное, умеренное, имеет неприятный запах. В области правой лопатки на спине, а также на разгибательной поверхности левого плеча и предплечья, на тыльной поверхности левой кисти имеются инфильтративного характера очаги неправильной формы, буроватого цвета, с неровной бугристой поверхностью и изъязвлениями, с фестончатыми краями, приподнятые над уровнем здоровой кожи (Рис.1).

После проведенной терапии больной выписывается с незначительным улучшением кожного процесса для дальнейшего наблюдения и лечения в специализированных клиниках дальнего и ближнего зарубежья.

В связи с относительной редкостью данного заболевания мы решили описать наблюдаемый случай распространенного хромомикоза. Описанный случай представляет интерес для практикующихся врачей, так как диагностика и терапия данного заболевания имеет определенные трудности.

Иммунология

Immunology

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ

Нурмуханбетова А.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова

В формировании вторичных иммунодефицитов важную роль играют факторы образа жизни человека. Ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек и правильное медицинское поведение являются мерами профилактики вторичных иммунодефицитов.

Ключевые слова: вредные привычки, стресс, недостаточность питания, ГМО

ТҰРМЫСТЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ ИММУНЖЕТИСПЕУШІЛІККЕ ӘСЕРІ

Нурмуханбетова Ә.Ә.

Түйін Екінші иммунжетіспеушілік пайда болуына адам өміріндегі тұрмыстық жағдайдың әсері зор. Салауатты өмір сүру, жағымсыз әдеттерден бас тарту және дұрыс медициналық шаралардың алдын алу екінші иммунжетіспеушілікті болдырмаудың жолы болып табылады

Түйінді сөздер жағымсыз әдеттер, күйзеліс, жеткіліксіз тамақтану, ГМО

LIFESTYLE INFLUENCE ON THE Immunodeficiency states UPRISING

Nurmuhambetova A.A.

Abstract Lifestyle factors play an important human role in the formation of secondary immunodeficiencies. Maintaining a healthy lifestyle, refusal to correct bad habits and health behaviors are measures of prevention of secondary immunodeficiencies.

Keywords bad habits, stress, malnutrition, GM

Одной из причин формирования вторичных ИДС является стресс. К факторам стресса у человека, согласно материалам ВОЗ, относятся: интоксикация, травма, инфекционный процесс, длительная и/или интенсивная физическая либо психическая нагрузка, резкие колебания температуры окружающей среды, голодание. Это проявляется чрезмерной активацией гипоталамо-гипофизарной системы, повышением выделения АКТГ, возрастанием продукции кортикостероидных гормонов коры надпочечников, активацией симпатической нервной системы, что вызывает повышение продукции катехоламинов в периферических лимфоидных органах. Хронический стресс способствует возникновению и развитию злокачественных опухолей, инфекционных, аллергических и аутоиммунных заболеваний.[1]

При хронической недостаточности питания, особенно, белковом дефиците отмечается снижение активности фагоцитоза, снижается синтез белков системы комплемента и пропердиновой системы, подавляется синтез антител, снижается содержание Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций в периферической крови. Дефицит белка возникает при массивных кровопотерях, ожогах и обморожениях, а также при гельминтозах, хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта.[2]

В последние годы все большее распространение получают продукты, содержащие генетически модифицированные организмы. Генетически модифицированный организм (или генетически измененный организм, или трансгенный) несет в себе новую, неестественную для себя комбинацию генетического материала, перемещенного благодаря технике генетической инженерии. Цель заключается в перемещении вместе с генами желаемых признаков. В лабораторных условиях трансгены получают такими способами, как био-баллистика, перенесение плазмид у бактерий, соединение разных плазмид, соединение плазмид бактерий разного вида, перенесения генов

животных, а также использования неспециализированных стволовых клеток эмбриона.

Вместе с этим создание и последующее использование генетически измененных организмов вынуждает мировое сообщество заботиться о превентивных мероприятиях по их вероятному негативному влиянию. Это заключается в выявлении и оценке потенциального неблагоприятного влияния живых измененных организмов на сохранение и постоянное использование биологического многообразия с учетом также рисков для здоровья человека. [3] При использовании генетически измененных организмов главными вопросами биобезопасности являются вопросы возможной передачи генов, встроенных в ГМО, организмам окружающей естественной среды, влияния генетически измененных растений, стойких к вредителям, на нецелевые организмы и нарушения трофических цепей, также учитываются социальные и экономические риски. В настоящее время имеется более 180 видов генетически измененного продовольственного сырья: соя, кукуруза, рис, тыква, огурец, перец, дыня, помидоры, картофель, крахмал, говядина; и пищевых продуктов: молоко, гамбургеры, салаты, картофель-фри. Продукты, выработанные с использованием трансгенов, должны иметь специальную маркировку: "Продукция вмещает компоненты из генетическое модифицированных источников" или "Contain GM Ingredients," "Genetically modified" или буквы GM и GE.

На формирование вторичных ИДС большое влияние оказывают и такие вредные привычки как курение, алкоголизм и употребление наркотиков. У курящих существенно повышена частота развития злокачественных новообразований (миелоидной лейкемии, рака губ и ротовой полости, рака шейки матки). Курильщики больше подвержены и вирусным инфекциям, в том числе ВИЧ-инфекции. Курение повышает также риск развития других инфекционных заболеваний, таких как менингококковая инфекция (в 2,4 раза), пневмококковая пневмония (в 2,5 раза), туберкулеза (в 2,6 раза). При курении повышена вероятность возникновения послеоперационных инфекций. Повышенную вероятность развития инфекций у курильщиков можно объяснить большей выраженностью бактериального обсеменения слизистых, снижением функциональных возможностей дыхательных путей и подавлением иммунного ответа. К тому же у курильщиков отмечается повышение уровня IgE в сыворотке крови и, следовательно, увеличивается вероятность развития аллергических заболеваний.

Злоупотребление алкоголем приводит к хронической интоксикации организма продуктами расщепления этанола спирта. Наиболее частый исход алкогольного гепатита – цирроз печени с резким нарушением его детоксикационной и белковообразующей функций, угнетением синтеза альбуминов, компонентов комплемента, оксидазных транспортных белков, ингибиторов сывороточных протеаз, что значительно усиливает вторичный иммунодефицит, нарушает своевременное и адекватное восполнение неспецифических резервов иммунного гомеостаза.[4]

Наряду с этим, состояние посталкогольной астении, развивающееся после употребления большого количества алкоголя, способствует обострению хронических заболеваний, хронизации острых патологических состояний как через непосредственное влияние на иммунокомпетентные клетки, так

и через систему нейроиммуномедиаторов, отягощая клиническое течение вторичного иммунодефицита.

Употребление наркотиков приводит к формированию выраженного иммунодефицита с высоким риском развития бактериальных и вирусных инфекций. Причинами возникновения иммунодефицитов у наркоманов могут быть как прямое токсическое действие опиоидных наркотоксикантов, их способность усиливать апоптоз лимфоцитов и макрофагов, так и сопутствующие факторы риска, имеющие место в образе жизни наркомана при длительном употреблении наркотиков – нарушение питания, сна, несоблюдение норм личной гигиены, психическая деградация.

Таким образом, в формировании вторичных иммунодефицитов важную роль играют факторы образа жизни человека. Ведение здорового образа жизни, включающего в себя правильное сбалансированное питание, адекватные физические нагрузки, соблюдение элементарных норм и правил гигиены, отказ от вредных привычек и правильное медицинское поведение являются действенными мерами профилактики вторичных иммунодефицитов.

Литература:

1. Хаитов Р.М., Взаимодействие клеток иммунной системы: физиологические и медицинские аспекты иммунитета. // Аллергия и клиническая иммунология –2001.- №1.- С6-20
2. Хаитов Р.М. Иммунная система желудочно-кишечного тракта: особенности строения и функционирования // Иммунология-2003.-№5.-С.4-7
3. Хаитов Р.М. Экологическая иммунология. М, 2001.-219с
4. Фоке Р.А. Инфекционные болезни и иммунитет в пожилом возрасте М., 2006.-430с

Инфекционные болезни

Infectious diseases

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИКЛОФЕРОНА И АМИКСИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

Муковозова Л.А., Кулжанова Ш.А., Смаил Е.М.

Государственный медицинский университет г. Семей,

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

БРУЦЕЛЛЕЗБЕН НАУҚАС АДАМДАРДЫ КОМПЛЕКСТІ ЕМДЕУДЕ ЦИКЛОФЕРОН МЕН АМИКСИННІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЭФФЕКТИВТІЛІГІ

Муковозова Л.А., Кулжанова Ш.А., Смаил Е.М.

Семей қ. Мемлекеттік Медицина Университеті, С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Мемлекеттік Медицина Университеті,

Алматы қ., Қазақстан

Негізгі терминдер: бруцеллез, циклоферон, амиксин.

Зерттеу мақсаты – бруцеллездің әртүрлі клиникалық формасымен ауратын науқастардың комплекстік емінде циклоферон мен амиксиннің салыстырмалы клиникалық эффективтілігін бағалау.

Бруцеллездің әртүрлі клиникалық формасымен ауратын науқастардың комплекстік емінде циклоферон мен амиксиннің салыстырмалы клиникалық эффективтілігін зерттеу нәтижесі, амиксиннің емдік әсері циклоферонға қарағанда, әсіресе бруцеллездің белсенді формаларында жақсы екенін көрсетті. Амиксинді қолдану аурудың негізі клиникалық белгілерінің тезірек кері дамуына, емдеу курсының аяғында толық клиникалық ремиссия жағдайларының көбеюіне және үрдістің созылмалыға айналу санының азаюына әсер етті.

COMPARATIVE CLINICAL EFFECTIVENESS OF CYCLOPHERON AND AMIXINE IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BRUCELLOSIS

L.A. Mukovozova, Sh.A. Kulzhanova, E.M. Smail

State Medical University, Semei

Kazakh National Medical University after S.D. Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

Introduction.

Brucellosis in Kazakhstan remains a regional pathology, an important socio-economic importance. The imperfection of the existing methods of treatment of brucellosis, do not rule out chronic process (40-60%), and subsequent disability (13%), define new approaches to treatment of this infection, in particular the use of modern immunomodulatory drugs which include Cyclopheron and Amixine.

Purpose of study – evaluate comparative clinical effectiveness of Cyclopheron and Amixine in complex treatment of patients with different clinical forms of brucellosis.

Materials and methods of study.

The studies were conducted in 205 patients with acute (50), subacute (53) and chronic (102) brucellosis at the age from 16 to 49 years. The diagnosis of brucellosis in all patients was confirmed on the base of clinical, epidemiological and laboratory data (blood culture isolation, PCR, Wright Heddleson reaction).

Results of study and discussion.

The comparative study showed that there are some differences in clinical efficacy and Cyclopheron and Amixine, regardless of clinical form.

The results of a comparative study of clinical efficacy and Cyclopheron and Amixine in the complex treatment of patients with different clinical forms of brucellosis have shown the prevalence of therapeutic effect of Amixine over than Cyclopheron and, with the most pronounced in the active forms of brucellosis. Application of

Amixine promoted a more rapid regression of the main clinical signs of disease, increase the number of cases with complete clinical remission by the end of treatment and reduce the number of cases with chronization process.

Conclusions.

1. Treatment effect of Amixine is more significant than effect of Cyclopheron.
2. Clinical effect of Amixine is more demonstrable in patients with active forms of brucellosis.

Ключевые слова: бруцеллез, циклоферон, амиксин.

Введение. Бруцеллез для Казахстана по-прежнему остается краевой патологией, имеющей важнейшее социально-экономическое значение. Несовершенство существующих методов лечения бруцеллеза, не исключая хронизацию процесса (40-60%) и последующую инвалидизацию (до 13%), определяют поиск новых подходов к лечению этой инфекции [1, 2], в частности использование современных иммуномодулирующих средств, к числу которых относятся циклоферон и амиксин [3].

Цель исследования – оценить сравнительную клиническую эффективность циклоферона и амиксина в комплексном лечении больных различными клиническими формами бруцеллеза.

Результаты сравнительного изучения клинической эффективности циклоферона и амиксина в комплексном лечении больных различными клиническими формами бруцеллеза показали преобладание лечебного эффекта амиксина над циклофероном, причем наиболее выраженное при активных формах бруцеллеза. Применение амиксина способствовало более быстрому регрессу основных клинических признаков болезни, увеличению числа случаев с полной клинической ремиссией к концу курса лечения и уменьшению числа случаев с хронизацией процесса.

Материалы и методы исследования. Исследования проведены у 205 больных острым (50), подострым (53) и хроническим (102) бруцеллезом в возрасте от 16 до 49 лет. Диагноз бруцеллеза у всех больных был поставлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных (выделение гемокультуры, ПЦР, реакции Райта и Хеддльсона). На фоне комплексного этиопатогенетического лечения 26 больных острым, 28 больных подострым и 54 пациента хроническим бруцеллезом получали циклоферон и соответственно у 24, 25 и 48 больных был применен амиксин. Циклоферон (12,5%) назначали внутримышечно на ночь по схеме: 2 мл на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23 день лечения, всего 10 доз. Амиксин (125 мг) больные получали внутрь по 2 таблетки 1 раз в день после еды первые 2 дня, затем по 1 таблетке 1 раз в течение 11 дней. Эффективность изучаемых методов лечения оценивали на основании клинических критериев (продолжительности, основных симптомов на фоне лечения), непосредственного лечебного эффекта и изучения отдаленных результатов. Непосредственный клинический эффект оценивали по степени компенсации процесса. При изучении отдаленных результатов учитывали исходы активных форм бруцеллеза (процент хронизации и выздоровления), а при хроническом бруцеллезе частоту полной клинической ремиссии после выписки из стационара. Длительность наблюдения за реконвалесцентами составляла от 1 до 12 месяцев.

Результаты исследования и обсуждение. Проведенное сравнительное исследование показало наличие определенных различий в клинической эффективности циклоферона и амиксина, причем независимо от клинической формы. Сравнительная оценка клинической эффективности циклоферона и амиксина у больных острым бруцеллезом представлена на рисунке 1, из которого следует, что существенных различий в продолжительности основных клинических симптомов у больных двух сравниваемых групп не

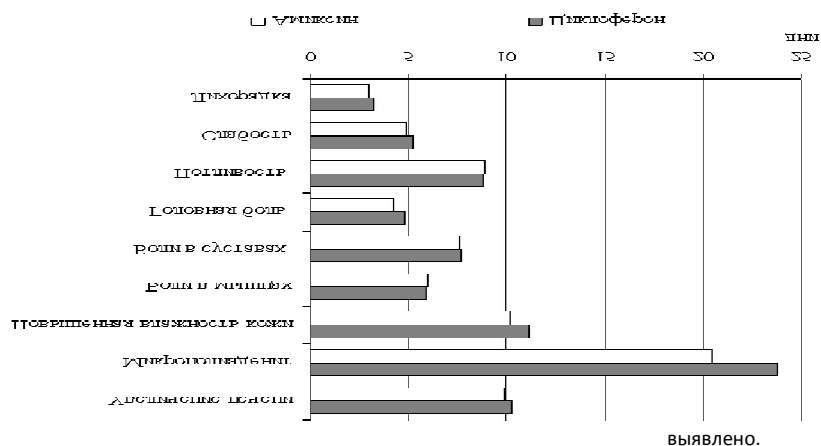


Рисунок 1 - Продолжительность (в днях) основных клинических симптомов у больных острым бруцеллезом в зависимости от метода лечения

Непосредственный клинический эффект в виде полной клинической ремиссии наблюдался у всех больных независимо от метода лечения (таблица 1).

Таблица 1 - Непосредственный клинический эффект у больных острым бруцеллезом, получавших циклоферон и амиксин

Метод лечения	Клиническая ремиссия			
	полная		неполная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Циклоферон (n=26)	26	100	0	0
Амиксин (n=24)	24	100	0	0

Однако последующее диспансерное наблюдение за переболевшими острым бруцеллезом показало, что как полная клиническая ремиссия во все сроки наблюдения (таблица 2), так

и благоприятный исход в виде выздоровления (таблица 3) значительно чаще наблюдались у больных, получавших амиксин, чем у больных, принимавших циклоферон.

Таблица 2 – Частота полной клинической ремиссии у больных острым бруцеллезом в различные сроки периода реконвалесценции в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Сроки наблюдения, мес					
	3-4		6-7		8-12	
	абс.ч.	%	Абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=25)	20	84,0	18	72,0	17	68,0
Амиксин (n=22)	22	100,0	21	95,5	20	90,9

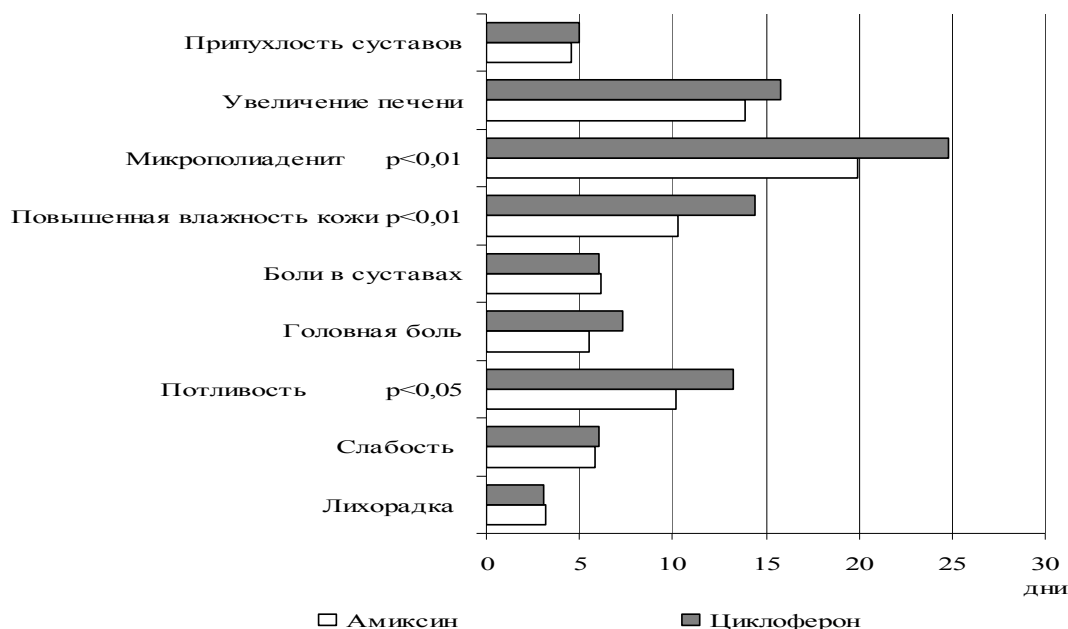
Таблица 3 – Исходы острого бруцеллеза в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Исход			
	выздоровление		хронизация	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=21)	18	85,7	3	14,3
Амиксин (n=19)	17	89,5	2	10,5

Рисунок 2 - Продолжительность (в днях) основных клинических симптомов у больных подострым бруцеллезом в зависимости от метода лечения

Результаты анализа клинической эффективности при подостром бруцеллезе у больных двух сравниваемых групп показали, что у

такие симптомы, как потливость, повышенная влажность кожи и микрополиаденит,



больных, принимавших амиксин, достоверно раньше исчезали чем у больных, получавших циклоферон (рисунок 2).

Кроме того, у больных, принимавших амиксин, полная клиническая ремиссия к концу курса лечения отмечалась чаще, чем у больных, получавших циклоферон (таблица 4). При обследовании реконвалесцентов установлено, что полная клиническая ремиссия в разные сроки реконвалесценции с

последующим благоприятным исходом заболевания чаще наблюдалась у больных, получавших амиксин, чем у пациентов после лечения циклофероном (таблица 5, 6).

Таблица 4 – Непосредственный клинический эффект у больных подострым бруцеллезом, получавших циклоферон и амиксин

Метод лечения	Клиническая ремиссия			
	полная		неполная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Циклоферон (n=28)	26	92,9	2	7,1
Амиксин (n=25)	25	100	0	0

Таблица 5 – Частота полной клинической ремиссии у больных подострым бруцеллезом в различные сроки периода реконвалесценции в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Сроки наблюдения, мес					
	3-4		6-7		8-12	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=21)	16	76,2	15	71,4	13	61,9
Амиксин (n=19)	18	94,7	17	89,5	17	89,5

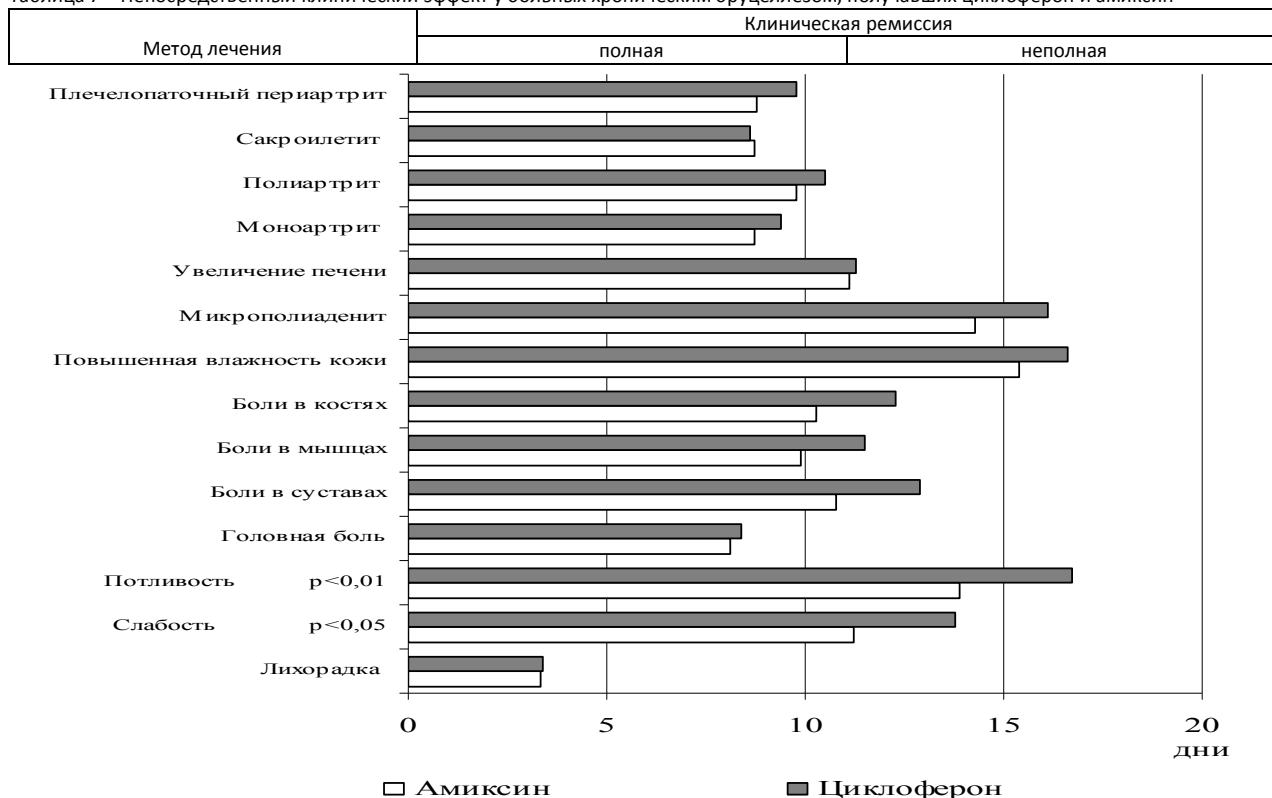
Таблица 6 – Исходы подострого бруцеллеза в зависимости от метода лечения

Метод лечения	Исход			
	выздоровление		хронизация	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=22)	18	81,8	4	18,2
Амиксин (n=22)	20	90,9	2	9,1

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения хронического бруцеллеза установлено, что у больных, принимавших амиксин, достоверно уменьшалась продолжительность таких симптомов, как слабость и потливость в сравнении с больными, получавших циклоферон (рисунок 3). Рисунок 3 – Продолжительность основных клинических симптомов у больных хроническим бруцеллезом (декомпенсация) в зависимости от метода лечения

Однако, к концу курса лечения частота полной клинической ремиссии существенно не отличалась у больных двух сравниваемых групп (таблица 7). В то же время при последующем диспансерном наблюдении выявлено преобладание частоты полной клинической ремиссии во все сроки обследования у больных, получавших амиксин, в сравнении с группой больных, принимавших циклоферон (таблица 8).

Таблица 7 – Непосредственный клинический эффект у больных хроническим бруцеллезом, получавших циклоферон и амиксин



Метод лечения	Амиксин		Циклоферон	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=54)	46	85,2	8	14,8
Амиксин (n=48)	41	85,4	7	14,6

Таблица 8 – Частота полной клинической ремиссии у больных хроническим бруцеллезом в различные сроки наблюдения

Метод лечения	Сроки наблюдения, мес					
	3-4		6-7		8-12	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Циклоферон (n=46)	37	80,4	32	69,6	27	58,7
Амиксин (n=38)	32	84,2	28	73,7	23	60,5

Таким образом, результаты сравнительного изучения клинической эффективности циклоферона и амиксина в комплексном лечении больных различными клиническими формами бруцеллеза показали преобладание лечебного эффекта амиксина над циклофероном, причем наиболее выраженное при активных формах бруцеллеза. Применение амиксина способствовало более быстрому регрессу основных клинических признаков болезни, увеличению числа случаев с полной клинической ремиссией к концу курса лечения и уменьшению числа случаев с хронизацией процесса.

Выводы.

1. Лечебный эффект амиксина преобладает над циклофероном.
2. Клинический эффект амиксина более выражен при активных формах бруцеллеза.

Литература.

1. Курманова К.Б., Дуйсенова К. А. Бруцеллез: клинические аспекты. -Алматы, 2002. -351с.
2. Ляпина Е.П. Хронический бруцеллез: системное воспаление и эндотоксикоз, совершенствование терапии и эпидемиологического надзора: автореф. ...докт.мед.наук. - Москва, 2007.- 31с.
3. Молоткина О.Н. Клинико-иммунологические параллели эффективности лечения хронического бруцеллеза циклофероном: автореф. ... канд. мед. наук. - Саратов, 2006. – 19с.

Контактная информация.

Кулжанова Шолпан Адлгазыевна, доцент кафедры медицины катастроф и инфекционных болезней ГМУ г. Семей, доктор медицинских наук. Телефоны: 87771517799, 87057551330, дом. 8(7222)525385.

Муковозова Лидия Алексеевна, профессор кафедры медицины катастроф и инфекционных болезней ГМУ г. Семей, доктор медицинских наук. Телефоны: 87056034516, дом. 8(7222)565613.

Смаил Ербол Муслимович, ассистент кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кандидат медицинских наук. Телефон.87055288409.

Кардиология

Cardiology

ЗАВИСЯТ ЛИ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАКТОМИИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Коспанов Н.А., Айдашова Б.Б.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

Изучены результаты 118 каротидной эндартерэктомии у 106 пациентов. Частота послеоперационного ишемического инсульта в группе мультифокального атеросклероза не превышает европейский показатель.

Ключевые слова: мультифокальный атеросклероз, каротидная эндартерэктомия.

КАРОТИДТІ ЭНДАРТЕРАКТОМИЯНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ АТЕРОСКЛЕРОЗДЫҢ ТАРАЛҒАНДЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ МА

Қоспанов Н.А., Айдашова Б.Б.

А.Н. Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық.

106 науқастарға жасалған 118 операциясының нәтижелері анықталды. Мультифокалды атеросклерозы бар науқастар арасында операциядан кейінгі ишемикалық инсульттің жиілігі еуропаның көрсеткіштерінен көп емес.

Негізгі сөздер: мультифокалды атеросклероз, каротидті эндартерэктомия.

PERIOPERATIVE RISKS OF CAROTID ENDARTERECTOMY IN MULTIVASCULAR PATIENT

Kospanov N.A., Aidashova B.B.

National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov

Abstract The results of 118 of operations in 106 patients (84 multivascular patients) had been analyzed. Postoperative ischemic stroke rate after operations in multivascular patients did not exceed European indicators.

Keywords multifocal atherosclerosis, carotid endarterectomy.

Ишемический инсульт (ИИ) является одной из самых актуальных медико-социальных проблем современной медицины, среди всех ОНМК занимает особое место [1]. По данным ВОЗ, инсульт находится на 3 месте, среди заболеваний, приводящих к летальному исходу (после сердечных заболеваний и совокупности всех онкологических заболеваний). По данным первого регистра мозгового инсульта в городе Алматы в течение года (с 05.01.05 г. по 05.01.06 г) среди постоянных жителей зарегистрировано 3844 случаев мозгового инсульта (45,6% - у мужчин, 54,4% - у женщин). Среди них на долю ИИ приходится 72,11%. Частота случаев мозгового инсульта составила 256,3 на 100 тыс. населения, ежемесячно инсульт развивается у 300-320 человек, половина которых погибает в первый месяц. Полученные данные свидетельствуют о высоком уровне заболеваемости инсультом в городе Алматы [2].

Основной этиологией ИИ является атеросклероз ветвей дуги аорты. Атеросклероз, как системное заболевание, редко поражает один сосудистый бассейн, и по данным многих авторов сочетанное поражение нескольких артериальных бассейнов составляет до 50-60%. К тому же, часть больных, страдающих атеросклерозом сонных артерий, могут не предвзвешивать каких-либо специфических жалоб. Часто больные с асимптомными стенозами ветвей дуги аорты обращаются за медицинской помощью по поводу поражения других сосудистых бассейнов: коронарного (ИБС), почечного (вазореальная гипертензия), артерий нижних конечностей (синдром Лериша), аневризм аорты [3].

В настоящий момент, консервативная терапия не привела ни к значительному сокращению частоты новых ишемических атак, ни к значительному улучшению качества жизни пациентов, перенесших ИИ [4]. Более того, результаты крупных многоцентровых исследований (NASCET, ECST, ACAS) показали преимущество каротидной эндартерэктомии (КЭ) у

асимптомных и симптомных пациентов с высокой (70–99%) степенью стеноза внутренней сонной артерии (ВСА) по сравнению с консервативным лечением [4–8]. Каротидная эндартерэктомия (КЭ) – одна из самых часто выполняемых сосудистых операций во всем мире. В США согласно данным Дартмутского института выполняется 2,5 КЭ на 1000 населения старше 65 лет, в абсолютных цифрах это 100 тыс. операций в год [9]. Европейским обществом сосудистых хирургов (ESVS) проанализированы данные 48025 вмешательств на сонных артериях, выполненных в 383 клиниках в 10 странах за период с 1999 по 2007 гг. Получены следующие результаты: летальность после КЭ составила 0,45%, при этом ни вид техники (классическая с/без применения заплат, эверсионная) ни вид анестезии (общая/местная) не влияли на частоту летальных исходов. Частота послеоперационных инсультов составила 1,3% [10].

Цель исследования явилось изучить результаты КЭ у пациентов с мультифокальным атеросклерозом (МА).

Объект и методы. Изучены результаты 118 КЭ у 106 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделе ангиохирургии ННЦХ им. А.Н.Сызганова за период с 2008 по 2010 гг. Возраст варьировал от 47 до 81 года с преобладанием пациентов в возрасте от 50 до 70 лет (таблица 1).

У всех пациентов имелся стеноз внутренней сонной артерии (ВСА) более 60% (по ECST-методу). У 56 (52,8%) пациентов в анамнезе имелся ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака (ТИА) за последние 6 месяцев, у 50 пациентов (47,2%) поражение сонной артерии носило асимптомный характер. 28 пациентов (26,4%) ранее уже перенесли реконструктивную операцию на артериях в сроки от 4 месяцев до 8 лет. Однако у всех пациентов КЭ выполнялась впервые.

У 84 (79,2%) пациентов (1 группа) имел место МА, то есть выявлено гемодинамически значимое поражение 2 и более сосудистых бассейнов. Во 2 группу вошли пациенты с изолированным атеросклеротическим поражением бассейна дуги аорты (таблица 2). У 59,5% пациентов 1 группы были «симптомными», то есть перенесли ишемический инсульт или ТИА (за последние 6 месяцев). Во второй группе процент таких пациентов был в 2 раза меньше – 27,3%.

Практически в половине случаев мультифокального атеросклероза наблюдалось поражение двух бассейнов – 49,1%. При этом стеноз брахиоцефальных артерий у 24 (48,0%) больных сочеталось с поражением коронарного русла, а у 26 (52,0%) – с поражением бассейна нижних конечностей (таблица 3).

У большинство пациентов (22 из 26) с трехсосудистыми поражениями наблюдалось следующее сочетание поражения: брахиоцефальные артерии + коронарные артерии + артерии нижних конечностей (таблица 4).

Выполнено 118 КЭ. Из 106 пациентов 12 перенесли каротидную эндартерэктомию с обеих сторон поэтапно, начиная наиболее тяжело пораженной стороны. Интервал между операциями составил от 8 суток до 7 месяцев.

В 14 случаях из 118 применена эверсионная КЭ, в остальных случаях операция выполнена в «классическом» стиле с/без заплат. В 4 случаях КЭ комбинирована с сонно-подключичным шунтированием. В одном случае выполнена одномоментная операция КЭ + аорто-бедренное аллошунтирование.

Все операции выполнены под общей анестезией. Контроль за состоянием мозгового кровообращения проводился на основании церебральной оксиметрии и показателях ретроградного давления в ВСА.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не наблюдалось (таблица 5).

В обеих группах наблюдалось по 1 случаю ишемического инсульта ипсилатеральной стороне операции гемисферы без летального исхода, что составило 1,1% для группы мультифокального атеросклероза и 4,2% для группы изолированного поражения БЦА.

К сожалению, в исследование вошло недостаточное количество пациентов с изолированным поражением БЦА, что не позволило провести сравнение групп.

При анализе случаев развития послеоперационного инсульта выяснилось, что у обоих пациентов был диагностирован двусторонний критический стеноз внутренней сонной артерии. У пациента из 1 группы в анамнезе имелись 2 ишемических инсульта. У того же пациента в связи с выраженным синдромом подключичного обкрадывания было выполнено одномоментное вмешательство – КЭ + сонно-подключичное аллошунтирование. У пациента из 2 группы в анамнезе имелись ТИА.

Предположительно, на исход операции в большой степени повлияли такие факторы, как состояние контрлатеральной ВСА, распространенность атеросклеротического процесса в пределах брахиоцефального русла, неврологический анамнез. Указанные аспекты являются предметом дальнейших исследований.

Изучая другие осложнения, выяснилось, что во всех 3 случаях послеоперационных кровотечений, потребовавших повторной операции, причиной кровотечения явился недостаточно тщательный гемостаз.

В 4 случаях в послеоперационном периоде возникали признаки повреждения черепно-мозговых нервов, во всех случаях проведено соответствующее лечение с положительным эффектом у 3 пациентов. У 1 пациента через 6 месяцев имелись остаточные явления в виде осиплости голоса.

Заключение. Таким образом, частота ишемического инсульта после каротидной эндартерэктомии в группе мультифокального атеросклероза не превышает европейский показатель.

Литература

1. Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Моргунов В.А. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М.1997. 288с.
2. Каменова С.У., Кужибаева К.К., Нетесова О.Г. Предварительные результаты первого регистра мозгового инсульта//Вестник Южно-казахстанской медицинской академии. Шымкент, №5, 2006 г.
3. Чернявский А.М., Караськов А.М., Мироненко С.П. //Хирургическое лечение мультифокального атеросклероза Бюллетень СО РАМН, №2 (120), 2006 г. 126-131
4. Gary G. Ferguson et al. The North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial: Surgical Results in 1415 Patients. Stroke 1999;30:1751-1758
5. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST). The Lancet, Volume 351, Issue 9113, Pages 1379 - 1387, 9 May 1998.
6. Young B, Moore WS, Robertson JT et al. An analysis of perioperative surgical mortality and morbidity in the asymptomatic carotid athero sclerosis study. ACAS investigators. Asymptomatic carotid artherosclerosis study. Stroke 1996; 27 (12): 2216–24.
7. NASCET Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with highgrade carotid stenosis. N. Engl. J. Med. 1991; 325: 445-453.
8. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group: Result for symptomatic patients with severe (70-90%) or for mild (0-29%) carotid stenosis. Lancet. 1991; 337: 1235-1243
9. Trends and regional variation in carotid revascularization// The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, 2010.
10. VASCUNET (on behalf of the ESVS). Second Vascular Surgery Database Report, 2008

Авторы: Коспанов Нурсултан Айдарханович, Контактный телефон: +7 701 989 88 68, +7 701 323 66 42, электронный адрес kospanov.nursultan@gmail.com
Айдашова Балжан Бахытовна, Контактный телефон: +7 701 989 85 09, электронный адрес ai.balzhan@gmail.com

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСМОЛЯРНЫМ ОТЕКОМ МОЗГА

Абдильманова Б.Р., Тулеуов Ж.М., Исакова Ф.Е., Байдрахманова Г.М.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, отделения неврологии и экстракорпоральной гемокоррекции

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСМОЛЯРНЫМ ОТЕКОМ МОЗГА

Абдильманова Б.Р., Тулеуов Ж.М., Исакова Ф.Е., Байдрахманова Г.М.

Резюме В статье описан усовершенствованный способ лечения отеков головного мозга различного генеза, разработанный и апробированный в ЦКБ МЦ УДП РК, при котором для удаления избытка воды использовался диализатор аппарата «искусственная почка».

Ключевые слова осмолярный отек мозга, гемофильтрация, аппарат «искусственная почка»

ОСМОЛЯРЛЫ МИ ІСІГІ БАР НАУҚАСТАРҒА ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Б.Р. Әбділманова, Ж.М. Төлеуов, Ф.Е.Исакова, Г.М. Байдрахманова

Түйін Мақалада Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы Медициналық орталығы Орталық клиникалық

ауруханасында әзірленіп, мақұлданған судың артық мөлшерін жою үшін «жасанды бүйрек» диализатор аппараты қолданылған әртүрлі генезді бас ми ісіктерін емдеудің жетілдірілген тәсілі сипатталған.

Түйінді сөздер: осмолярлы ми ісігі, гемофильтрация, «жасанды бүйрек» аппараты.

HEMOFILTRATION IN PATIENTS WITH CEREBRAL OSMOLAR EDEMA

Abdilmanova B.R., Tuleuov J.M., Iskakova F.E., Baydrahmanova G.M.

Abstract This paper describes an improved method for the treatment of brain edema of various origins, developed and tested in the CDB MC UDP RK, in which to remove the excess water used dialyzer apparatus "artificial kidney".

Keywords osmolar cerebral edema, hemofiltration, the apparatus "artificial kidney"

Отек мозга - это увеличение объема мозга вследствие накопления жидкости в межклеточном пространстве и клетках. Различают четыре типа отека мозга: вазогенный,

цитотоксический, осмотический, гидростатический (А. Н. Коновалов, Б. А. Кодашев, 1995). Экспериментально и клинически доказано, что несмотря на разность этиологических факторов и патогенетических типов, механизмы развития и клинические проявления отека мозга идентичны [1].

Для отека мозга характерно: нарушение сознания до развития комы различной степени, психомоторное возбуждение, генерализованные судороги, тяжелые неврологические нарушения, расстройства дыхания и сердечно – сосудистой деятельности и нарушение многих других жизненно важных функций организма центрального генеза. Смертность от отека мозга при критических состояниях составляет 30 – 70 % [2].

Известен способ лечения отека головного мозга с нарушением кровообращения, включающий проведение: искусственной вентиляции легких, обезболевания и седации наркотическими анальгетиками, беанзедиазепинами, ГОМК, миоплегии миорелаксантами, внутривенной инфузии стандартных кристаллоидных инфузионных сред, нутриальной поддержки. Основой инфузатов является изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка или 5% раствор глюкозы. Постоянными компонентами являются новокаин и гепарин. Из других препаратов вводят зуфиллин. При высоком внутричерепном давлении, стойком застое на глазном дне, после исключения гематомы, вводят манитол в дозе до 0,5 г на 1 кг массы тела. Для улучшения микроциркуляции отдельно вводят реополиглюкин (400,0). Средняя продолжительность инфузии 7 суток [3].

Однако этот способ не лишен недостатков, так как данная терапия является больше симптоматической. Вследствие применения зуфиллина развивается синдром обкрадывания кровотока в зоне повреждения мозговой ткани, из-за больших объемов инфузионных сред может усугубиться имеющийся отек головного мозга, использование гепарина может привести к рецидивированию внутричерепных гематом, внутримозговых кровоизлияний с ухудшением состояния пациентов.

Наиболее близким к заявляемому нами является способ комплексной интенсивной терапии прогрессирующего отека головного мозга, включающий: продленную искусственную вентиляцию легких, в том числе с умеренной гипервентиляцией, обезболевание и седацию, направленные на создание глубокого медикаментозного сна пациента, применение спазмолитиков, удаление избыточной воды из клеток и межклеточного пространства головного мозга введением диуретиков (фуросемид), манитола, гормонов [3].

Способ позволяет проводить лечебные мероприятия за счет уменьшения цитогенного и вазогенного звена отека. Однако и этот способ имеет недостатки: применение осмодиуретиков сопряжено с риском развития тяжелых нарушений водно-электролитного баланса; быстрое увеличение ОЦК опасно декомпенсацией сердечной недостаточности у больных с патологией сердечно-сосудистой системы и развитием отека легких; по мере нарастания осмотического диуреза и при неадекватном контроле водного баланса развивается гиповолемия, вплоть до тяжелой дегидратации; внутривенное введение мочевины сопровождается интенсивной болезненностью по ходу вены и высокой частотой венозных тромбозов и т.д.

Целью нашей работы явилась разработка и оценка эффективности усовершенствованного способа лечения отека головного мозга различного генеза.

Материалы и методы. Способ разработан и апробирован в Центральной клинической больнице МЦ УДП РК в отделении реанимации и интенсивной терапии. Больные с отеком мозга различного генеза (всего 15 человек) были разделены на 2 группы, идентичные по тяжести состояния. В 1-ю группу вошло 8 больных, терапия отека мозга у которых включала комплекс мероприятий - продленную искусственную вентиляцию легких, в том числе с умеренной гипервентиляцией, седацию, направленную на создание глубокого медикаментозного сна

пациента, обезболевание, применение спазмолитиков, диуретиков (фуросемид), манитола, гормонов (лечение по прототипу). Во 2-ю группу вошли 7 больных, у которых лечение осуществляли по предлагаемому нами способу.

Отличительной особенностью разработанного нами способа лечения отека головного мозга, включающего проведение искусственной вентиляции легких, обезболевание и седацию, является то, что для удаления избытка воды из клеток и межклеточного пространства головного мозга мы использовали полупроницаемую мембрану (диализатор) аппарата «искусственная почка», на котором осуществляли ультрафильтрацию воды из крови за счет разницы между давлением крови и гидростатическим давлением диализирующего раствора аппарата. Ультрафильтрацию избыточной жидкости проводили в течении 2-4 часов со скоростью 20 мл/мин в зависимости от объема избыточной жидкости.

Влияние предлагаемого способа на эффективность лечения оценивали по количеству удаленной из организма жидкости, уменьшению периферических отеков, обратному развитию симптомов отека головного мозга, гидродинамическим показателям – частота пульса, артериальное давление, снижение центрального венозного давления, по частоте дыхательных движений в 1 минуту, аускультативным данным, уменьшению размеров печени.

Результаты. При сравнительной оценке клинического эффекта установлено, что у 4 больных первой группы (50%) возникла резистентность к проводимой терапии, и продолжался прогресс клинических проявлений отека мозга.

Ни у одного больного во 2 группе не произошло развитие осложнений. Кроме того, во 2 группе наблюдалось более раннее, по сравнению с пациентами 1 группы, восстановление метаболических функций головного мозга и как следствие ранний регресс неврологического дефицита.

При использовании предлагаемого способа лечения, в отличие от других способов, удаление избыточной жидкости из организма ультрафильтрацией крови позволяет достичь дозированной дегидратации при неизменном электролитном и кислотно-щелочном состоянии крови.

Таким образом, предлагаемый способ позволяет снизить летальность у больных с отеком головного мозга путем удаления избыточной воды из клеток и межклеточного пространства головного мозга без риска развития осложнений терапии: синдрома обкрадывания кровотока в зоне повреждения мозговой ткани, рецидивирования внутричерепных гематом, внутримозговых кровоизлияний, нарушения электролитного и кислотно-щелочного состояния крови. Кроме того, предлагаемый способ позволяет снизить вероятность прогрессирования отека головного мозга, обеспечивает более раннее восстановление метаболических функций головного мозга, ранний регресс неврологического дефицита.

Список литературы:

1. Белкин А.А. Патогенетическое понимание системы церебральной защиты при внутричерепной гипертензии и пути ее клинической реализации у больных с острой церебральной недостаточностью // Журн. интенсивная терапия.- 2005.- № 1. – С.25-26.
2. Трошин В.Д. Неотложная неврология: Руководство для врачей и студентов медицинских вузов. // 2-е изд., испр. и доп. — М. - 2006.- 117с.
3. Павленко А.Ю. Отек мозга: концептуальные подходы к диагностике и лечению// Медицина неотложных состояний. - 2007. - № 2(9).- С.41-42.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ РАССТРОЙСТВ

Абылаева М.Т.

ГКП на ПХВ «Городская Поликлиника №8»,
г.Алматы, Республика Казахстан

Инсульттен кейінгі бұзуларды кешенді емдеуде «Мексидол» препаратын қолдану

Абылаева М.Т.

Алматы қаласы денсаулық сақтау басқармасының №8 қалалық емханасы шаруашылық жүргізу құқығындағы мемлекеттік коммуналдық кәсіпорны

Мақалада ми сыңарларында ишемиялық және гемморагиялық инсульт алған науқастардың қозғалу қызметтерін қалпына келтіру мақсатында «Мексидол» препаратын амбулаторлық емдеуде қолдану тәжірибесі мазмұндалған. Кешенді емдеуде «Мексидолды» тағайындау ишемиялық және гемморагиялық инсульттің қалпына келтіру кезеңіндегі сауықтыру іс-шараларының тиімділігін ұлғайтуға көмектесті және ошақтық симптоматиканың регрессін жылдамдатты. «Мексидол» препараты, инсульттен кейінгі қозғалыстық, вегетативті-трофикалық, сезімтал, когнитивті бұзылуларды емдеу кезінде өзінің емдік тиімділігін көрсетті және инсульттен кейінгі науқастарды кешенді дәрі-дәрмектік сауықтыруға ұсынылуы мүмкін.

APPLICATION OF «MEXIDOL» IN COMBINATION THERAPY OF POSTINSULT DISORDERS

M.T. Abylaeva

State Municipal Government Enterprise in the Semi-economic Management City Polyclinic № 8

Abstract The article represents experience in clinical use of «Mexidol», for purpose of locomotor functions recovery in patients with ischemic and haemorrhagic stroke of hemispheric localization. Application of «Mexidol» combination therapy enabled improvement in efficacy of rehabilitation actions during the ischemic and haemorrhagic stroke recovery period and accelerated the focal symptoms regression. «Mexidol», demonstrated its therapeutic efficacy in treatment of postinsult motor vegetative and tropic, sensory disturbances and cognitive impairment, and it may be recommended for complex medication rehabilitation in postinsult patients.

Инсульт в большинстве развитых стран занимает первое место среди причин утраты трудоспособности. Около 80% больных перенесших инсульт становятся инвалидами, из них 10%-тяжелыми и нуждаются в постоянной посторонней помощи. Только 10% инсультов заканчиваются полным восстановлением нарушенных функций первые недели заболевания. Инвалидизация столь характерная для инсульта, усугубляется когнитивными нарушениями. Наиболее частым симптомом полушарного инсульта является гемипарез, который выявляется в 80-90% случаев ОНМК. Восстановление движений в паретичных конечностях может начаться уже первые дни после инсульта, чаще через 1-2 нед. Восстановление силы и объема движений происходит в основном в первые 3-6 мес. Сложные двигательные навыки могут восстанавливаться в течение нескольких лет. Структурной составляющей восстановления после инсульта является пластичность головного мозга, приводящая к компенсации структурных и функциональных расстройств. Пластичность представляет собой совокупность ряда механизмов:

- функционирование ранее неактивных путей, спруттинг волокон сохранившихся клеток с формированием новых синапсов, реорганизация нейрональных цепей.

К концу 1-го года только 25,4%, больных перенесших ишемический инсульт, не нуждаются в посторонней помощи, лица трудоспособного возраста составляют около 30%. Проблема нейрореабилитации является очень важной и

сложной. При восстановительном лечении данной категории больных применяются вазоактивные, ноотропные, нейропротекторные препараты. Ишемический инсульт развивается чаще у лиц старших возрастных групп, обычно имеющих комплекс соматической патологии, поэтому подход к лечению должен быть комплексным.

Высокоэффективным препаратом комбинированного действия оказался Мексидол (2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина сукцинат). Мексидол относится к группе антигипоксантов с ноотропными и ангиолитическими, антигипоксантными свойствами. Препарат улучшает мозговой метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию, реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов, обладает гиполлипидемическим действием, снижает уровень содержания общего холестерина и ЛПНП. Мексидол улучшает энергетический обмен клетки, синаптическую передачу, активизирует энергосинтезирующие функции митохондрии, влияет на содержание биогенных аминов, ингибирует свободнорадикальное окисление липидов и синтез простаглицина, повышает активность антиоксидантных ферментов СОД. Гиполлипидемическое действие данного препарата заключается в уменьшении количества общего холестерина и ЛПНП, снижении соотношения холестерин-фосфолипиды. Также мексидол модулирует рецепторные бензодиазепиновый, ГАМКергический, ацетилхолиновый комплексы мембран мозга, усиливает их способность к связыванию, стабилизирует биологические мембраны эритроцитов и тромбоцитов. Ноотропное действие препарата осуществляется благодаря стимуляции передачи возбуждения в центральных нейронаметаболических процессов, улучшению передачи информации между полушариями и церебрального кровотока, что способствует улучшению памяти, обучения, сохранению памятного следа и противодействует процессу угасания привитых навыков и рефлексов. Мексидол ускоряет восстановление двигательных функций больных, перенесших инсульт. Препарат повышает контроль коры большого мозга над субкортикальными структурами, имеет психоанальгетический, ангиолитический эффект, уменьшает экстрапирамидные дисфункции. Выраженное антигипоксическое и противоишемическое действие обусловлено прямым влиянием на эндогенное дыхание митохондрий с активацией их энергосинтезирующей функции. Антигипоксическое действие обусловлено наличием в его формуле сукцината, который в условиях гипоксии, поступая во внутриклеточное пространство способен окисляться дыхательной цепью. Мексидол обладает выраженным геропротекторным действием, способствует восстановлению эмоционального и вегетативного статуса, сглаживает проявления неврологического дефицита, снижает в мозге и крови уровень содержания маркеров старения (МДА, холестерин) вызывает регрессию атеросклеротических изменений в магистральных артериях и восстанавливает липидный гомеостаз.

Мексидол был использован для лечения больных, перенесших инсульт находящихся на амбулаторном лечении у врача невропатолога в городской поликлинике №8 г.Алматы.

Методика исследования

Обследованы 30 больных 48-75 лет с последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (давность заболевания до 1-го года) на фоне дисциркуляторной атеросклеротической и гипертонической энцефалопатии.

У 24 пациентов был диагностирован ишемический инсульт, у 6-инсультная гематома. У 17 больных очаг поражения находился в

правом полушарии, у 13 в левом. У 3 в анамнезе имел место инфаркт миокарда. У 7 пациентов сопутствующим заболеванием был сахарный диабет 2-го типа (принимали манинил, диабетон) Артериальной гипертонией (АД от 160/90 до 190/110) страдали 27 больных (принимали гипотензивные препараты).

Всем участникам исследования был назначен мексидол по 4 мл (200 мг) внутривенно капельно в 100 мл изотонического раствора NaCl в течение 10 дней в утренние часы и по 2 мл (100 мг) внутримышечно во второй половине дня в течение 10-ти дней. Далее препарат назначался в таблетированной форме по 125 мг 3 раза в сутки в течение 1 мес.

Для оценки клинической эффективности мексидола проводили комплексное клиническое обследование с использованием лабораторных и инструментальных методов диагностики. Определяли неврологический статус участников исследования, проводили субъективную и объективную оценку их состояния до и после лечения, оценку моторных функций и бытовой адаптации.

Проведены лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, гематокрит, протромбиновый индекс, протромбиновое время, фибриноген, общий холестерин, В-липопротеиды).

Результаты исследования

До начала лечения больные предъявляли жалобы на головные боли (70%), периодическое или постоянное головокружение (76%), шум в ушах (83%), снижение памяти на текущие события (95%). Отмечены улучшения субъективного состояния больных: головные боли уменьшились у 50%, а у 30% полностью прекратились, у 20% сократились жалобы на головокружение, у 35% - шум в ушах. Практически у 80-82% больных нормализовался сон, улучшилось настроение. Улучшение памяти на текущие события отмечали 30% больных. Также наблюдались изменения в двигательной сфере. В целом неврологический статус улучшился у 50% больных. Отмечалось снижение уровня холестерина в В-липопротеидов. Во время лечения мексидолом были выявлены некоторые нежелательные реакции больных, перенесших инсульт. В первые 2-3 дня приема мексидола 30% участников исследования отмечали сонливость, общую слабость. Одна пациентка предъявляла жалобы на сильную тошноту, сухость во рту, из-за которых препарат был отменено. У одного больного усилилось головокружение, которое прекратилось через 3 дня без отмены препарата. Аллергических реакций ни у одного пациента зарегистрировано не было.

Выводы Таким образом, выявлено выраженное терапевтическое влияние препарата Мексидол на когнитивные нарушения у больных, перенесших инсульт. Препарат способствовал улучшению социально- бытовой адаптации пациентов и их психоэмоционального состояния. Данный препарат способствовал улучшению памяти двигательной активности, церебральной гемодинамики, снижению уровня содержания общего холестерина и В-липопротеидов низкой плотности у больных данной категории.

Литература:

1. Гехт А.Б., Гусев Е.И., Боголепова А.Н., Алферова В.В.// Материалы 8 Всероссийского съезда неврологов. Казань, 2001.
2. Гусев Е.И., Шимригк Т., Хаас А.И. др.// Неврологич. журн. 2002. Т. №5. С.10.
3. Скворцова В.И., Гудкова В.В., Иванова Г.Е.// Инсульт. 2002. №7. С.28-34.

УДК: 616.379.-008.9-056.7

**ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Аубакирова Б.К.

Городской кардиологический центр г. Алматы

В статье представлена эффективность длительной терапии препаратом ловастатин (в течение 6 месяцев) на показатели липидного обмена и клиническое течение сопутствующей ишемической болезни сердца у пациентов с метаболическим синдромом. Под наблюдением находились 47 больных ишемической болезни сердца со стабильной стенокардией напряжения, функциональный класс II-III и метаболическим синдромом. Проведенное исследование показало, что ловастатин улучшил коронарный кровоток у больных ишемической болезни сердца с метаболическим синдромом. Антиишемический эффект препарата определен гиполипидемическим и эндотелийпротекторным эффектами. Ловастатин не вызывает побочные эффекты.

Ключевые слова: метаболический синдром, ишемическая болезнь сердца, ловастатин.

THERAPY OF THE METABOLIC SYNDROME AT ISCHAEMIC HEART DISEASE

Aubakirova B. K.

Abstract The paper presents the effects of long-term (during 6 month) treatment with lovastatin on plasma lipids composition clinical course of ischaemic heart disease (IHD) in patients with chronic heart failure and metabolic syndrome (MS). Forty seven IHD patients with stable angina pectoris, functional class II-III, and MS, were investigated. The results obtained show that lovastatin improved the coronary flow in people with IHD and MS. The anti-ischaemic effect of drug was determined hypolipidemic effect and protective influence of lovastatin on state of endothelium. Lovastatin has not harmful supplementary effects.

Key words metabolic syndrome, ischaemic heart disease, lovastatin.

**ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯ АУРУЫН БАР МЕТАБОЛИЯЛЫҚ
СИНДРОМЫ ТИІМДІ ТЕРАПИЯ**

Аубакирова Б.К.

Бапта липид айырбасының көрсеткіштері және метаболиялық синдромы бар емделушілердің жүрегі тас төбесіне шығының бірге болатын ишемия ауруын клиникалық ағымға (6 ай ішінде) ловастатин препаратты ұзақ терапияның тиімділігі елестеткен. Кернеуді тұрақты стенокардиясы бар жүректің ишемия ауруының 47 аурулары, функционалдық сыныптарда бақылап болды - және метаболиялық синдроммен. Өткізілген зерттеу ловастатин күре тамыр қан ағу метаболиялық синдромы бар жүректің ишемия ауруының ауруларында жақсартқанын көрсетті. Препараттың ишемияға қарсы эффекті гиполипидемия және эффекттермен эндотелийпротекторным анықталған. Ловастатин қосымша эффекттер шақырмайды.

Негізгі сөздер жүректің ишемия ауруы, метаболиялық синдромы, ловастатин.

Метаболический синдром (МС) как отдельное понятие впервые описал J.P. Samus в 1966г. в статье «Подагра, диабет, гиперлипемия: метаболический трисиндром» [1]. В 1967г. исследователи из Падуи заметили частую ассоциацию сахарного диабета (СД) с гиперлипидемией и умеренным ожирением. Reaven G.M. в 1988г. ввел термин “синдром X”, включив в это понятие тканевую инсулинорезистентность с последующей компенсаторной гиперинсулинемией, нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и СД II типа; дислиппротеинемию, артериальную гипертензию (АГ) и абдоминальное ожирение [2]. Такой компонент МС, как дислиппротеинемия, служит фактором риска ишемической болезни сердца (ИБС) и других заболеваний, обусловленных

атеросклерозом [3], поэтому медикаментозная коррекция этого состояния имеет значение для практической кардиологии.

Согласно современным представлениям необходимым звеном терапии пациентов ИБС являются ингибиторы ГОМК-редуктазы (статины). Результаты значительного числа многоцентровых исследований в течение последних 15 лет свидетельствуют, что регулярное применение статинов приводит к снижению частоты развития инфарктов миокарда (ИМ) и смерти от патологии коронарных сосудов до 40% [4].

По данным пятилетнего наблюдения за более чем 6000 мужчин с гиперхолестеринемией (исследование WOSCOPS), длительная терапия правастатином способствовала снижению риска развития острых коронарных событий на 31%, а общей смертности – на 22% по сравнению с группой плацебо. Результаты Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study свидетельствуют о снижении частоты развития фатальных и нефатальных ИМ после 4,8 года приема ловастатина у 6605 человек без клинических проявлений ИБС, имеющих повышенный уровень общего холестерина (ХС).

Центральным механизмом действия и основой клинической эффективности статинов является влияние препаратов на состояние липидного обмена. Установлено, что под их влиянием снижение уровня холестерина, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ) на 25-35% ассоциируется со снижением частоты развития ИМ и смерти от патологии коронарных сосудов на 24-37% (National Cholesterol Education Program, 1994). Наряду с влиянием на уровень липидов важным результатом терапии статинами является стабилизация атеросклеротической бляшки, что подтверждается данными ангиографии [5]. По результатам многоцентрового исследования MAAS, проведенного с участием 381 пациента, регулярный прием симвастатина в течение двух лет способствовал регрессу атеросклеротических бляшек у 19% обследованных (против 12% в группе плацебо). Результаты исследования MARS (мониторированное исследование атеросклероза) доказали, что ловастатин способен предупреждать и даже вызывать обратную связь, то есть регрессию, атеросклероза коронарных артерий и уменьшать их стенозирование. Установлено также, что ловастатин замедляет прогрессирование каротидного атеросклероза.

В 1997 году впервые были представлены уникальные данные об эффективности ловастатина (мевакор) при первичной профилактике ИБС, исследование AFCAPS, которое является первым большим клиническим исследованием у пациентов без признаков ИБС с мягкой гиперхолестеринемией и пониженным уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Исследование AFCAPS включало 6605 мужчин (в возрасте 45-73 лет) и женщин (в возрасте 55-73 лет) с уровнем общего ХС от 4,65 ммоль/л до 6,83 ммоль/л (180-264 мг/дл) и уровнем ХС ЛПВП <1,16 ммоль/л (<45 мг/дл) для мужчин и <1,22 ммоль/л (<47 мг/дл) для женщин. Продолжительность исследования - 5 лет. В результате было установлено, что у пациентов с мягкой гиперхолестеринемией без признаков ИБС прием мевакора позволяет предупредить развитие первого коронарного приступа – снижение риска на 36%, первого инфаркта миокарда - снижение риска на 35%, необходимости реваскуляризации – снижение риска на 33%. Мевакор – единственный препарат класса статинов, который предупреждает развитие нестабильной стенокардии – снижение риска на 34% [6].

При МС следует проводить коррекцию гиперхолестеринемии в том случае, когда она сохраняется, несмотря на коррекцию уровня глюкозы в крови, строгое соблюдение диеты, снижение

массы тела. В Скандинавском исследовании 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study) анализ результатов терапии статинами у 202 больных СД II типа показал снижение на 55% ($p=0,002$) возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [7].

Таким образом, на сегодняшний день с позиций доказательной медицины статины являются одной из наиболее эффективных групп препаратов для лечения сосудистой патологии атеросклеротического генеза, а также показаны для коррекции нарушений липидного обмена при МС.

Цель исследования: изучение влияния длительной терапии препаратом ловастатин (в течение 6 месяцев) на показатели липидного обмена и клиническое течение сопутствующей ИБС у пациентов с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 47 больных с МС и ИБС, в том числе 27 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 56 до 82 лет. Длительность заболевания ИБС в среднем составила $13,7 \pm 1,3$ года.

У всех обследуемых был поставлен диагноз «стабильная стенокардия напряжения», причем согласно Канадской классификации 12 пациентов были отнесены к третьему функциональному классу, 35 больных – ко второму.

Для определения функционального класса хронической сердечной недостаточности (ХСН) и изучения уровня толерантности к физической нагрузке применили тест 6-минутной ходьбы. До начала ходьбы по коридору определяли частоту артериального пульса и артериальное давление (АД). Темп ходьбы был средний. Оценивали пройденное расстояние и объективный статус.

Ловастатин назначали вместе с проводимой базовой терапией внутрь по 20 мг один раз в сутки вечером во время еды. Курс лечения составил 3 недели. При выписке всем пациентам рекомендовали продолжать курс лечения ловастатином в течение года. Каждого больного обследовали до лечения и после 3 недель приема препарата. 38 пациентов (из 47) были приглашены и повторно обследованы через 6 месяцев после выписки, причем каждый подтвердил, что регулярно принимал ловастатин.

При обследовании пациентов каждый раз оценивали объективный статус, проводили антропометрическое обследование, определение АД, электрокардиографию (ЭКГ), клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, креатинин, мочевины), определение уровня глюкозы крови натощак, изучали липидный спектр плазмы крови (общий ХС, ТГ).

МС диагностировали согласно следующим критериям: нарушение толерантности к глюкозе (обнаружено у 27) или СД II типа (у 20); абдоминальное ожирение (АО), если индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м²; дислиппротеинемия (гипертриглицеридемия и/или гиперхолестеринемия).

Определяли следующие антропометрические показатели: массу тела (М, кг), рост (Р, м), ИМТ (кг/м²), окружность талии (ОТ, см), окружность бедер (ОБ, см). ИМТ вычисляли по формуле M/P^2 . При ИМТ > 30 кг/м² отмечали ожирение; АО устанавливали, когда отношение ОТ/ОБ было больше 0,9.

Результаты проведенных исследований обрабатывались методами вариационной статистики. Для оценки достоверности разности использовали критерий t Стьюдента и показатель достоверности p. Различия считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследований и обсуждение. Согласно данным объективного исследования клинические признаки ХСН I степени согласно классификации NYHA [1] имели место у 35 (74,47%) пациентов, II степени – у 12 (25,53%). По данным исследований, на протяжении 6 месяцев терапии все 38 пациентов отмечали улучшение самочувствия: повышение физической активности, субъективное уменьшение неприятных ощущений в области сердца, снижение необходимости в приеме нитратов короткого действия. При анализе клинических показателей выявлено, что лечение препаратом ловастатин

сопровождалось тенденцией к снижению количества приступов стенокардии за неделю. По данным ЭКГ, нарушений сердечного ритма, проводимости и автоматизма, изменений комплекса QRS, сегмента ST и зубца Т не было выявлено, причем после 6 месяцев терапии ловастатином уменьшилась частота выявления очагов ишемии.

Обнаружена тенденция к увеличению переносимости (толерантности) физической нагрузки, что подтверждают результаты теста 6-минутной ходьбы. Ходьбу больные переносили хорошо. В то же время у 2 больных после прохождения 150 м и у 1 – после прохождения 100 м появились умеренная одышка, дискомфорт, неприятные ощущения в груди, после чего ходьбу сразу же прекратили. За 6 минут больные проходили разное расстояние, причем после лечения 8 пациентов прошли на 50 м больше, чем до лечения, а остальные – то же самое расстояние в течение 6 минут. Артериальный пульс при проведении теста учащался до лечения у 20 человек, после лечения – у 42, становился реже до лечения – у 11, а после – ни у кого, был без изменений до лечения – у 16, после – у 5. Систолическое АД увеличилось до лечения у 27 больных, после – у 46, уменьшилось до лечения – у 3, после – ни у кого, осталось без изменений до лечения – у 17, после – у 1. Диастолическое АД увеличилось до лечения у 12 больных, после – у 5, уменьшилось до лечения и после – у 2, осталось без изменений до лечения – у 37, после – у 40. То есть после курса лечения у большинства пациентов определилась умеренно выраженная нормотоническая реакция на физическую нагрузку, что характеризуется отчетливым повышением систолического АД при небольшом снижении или неизменном диастолическом АД с учащением артериального пульса.

Изложенное выше свидетельствует об улучшении состояния коронарного кровотока, вследствие чего достигнута положительная динамика клинической симптоматики под влиянием ловастатина.

Установлено несколько механизмов действия статинов на состояние коронарного кровотока. Одним из них является влияние на размеры и состояние атеросклеротической бляшки [3]. Кроме того, антиишемическое действие ловастатина определяется, прежде всего, его влиянием на липидный состав плазмы крови. Согласно полученным данным, его влияние на уровень липидов проявилось уже к концу 3-й недели терапии и достигло стабильных показателей у 6-му месяцу лечения. Судя по результатам исследования, терапия ловастатином привела к снижению уровня ОХ и триглицеридов.

Как свидетельствуют полученные данные, отмечена достоверная динамика показателей липидного обмена во время лечения препаратом ловастатин: уровень ОХ снизился с $6,347 \pm 0,128$ ммоль/л до $5,712 \pm 0,126$ ммоль/л через 3 недели терапии ($p < 0,001$), а через 6 месяцев – до $5,352 \pm 0,126$ ммоль/л ($p < 0,001$), что составляет уменьшение на 15,74% по сравнению с исходным значением; уровень триглицеридов с $2,117 \pm 0,050$ ммоль/л $1,951 \pm 0,056$ ммоль/л через 3 недели лечения ($p < 0,05$), а через 6 месяцев – до $1,744 \pm 0,059$ ммоль/л ($p < 0,001$), то есть уменьшился на 17,92%, что подтверждает правильный выбор ловастатина для лечения больных ИБС в сочетании с МС, коррекции дислипидемии и предупреждения прогрессирования ХСН.

Наряду с непосредственным влиянием на липидный состав крови и состояние атеросклеротических бляшек, важный вклад в развитие антиишемического эффекта статинов вносит влияние на функциональное состояние эндотелия. При этом основным механизмом эндотелийпротекторного эффекта статинов является нормализация уровня липидов плазмы крови [1]. Поскольку избыток ЛПНП оказывает повреждающее влияние на эндотелий сосудов путем взаимодействия ЛП с рецепторным аппаратом эндотелиоцитов, угнетения активности конститутивной эндотелиальной NO-синтазы, активации свободнорадикального окисления, нормализация липидного обмена нивелирует указанные токсические эффекты и

способствует нормализации функционального состояния эндотелия.

При лечении ловастатином оценивали развитие побочных эффектов, влияние препарата на биохимические показатели и форменные элементы крови. У 4 пациентов отмечены побочные явления: сухость во рту и появление болей в животе. При анализе лабораторных показателей крови не выявлено изменений содержания билирубина, креатинина, мочевины, гемоглобина, СОЭ, эритроцитов, лейкоцитов. Клиническая переносимость ловастатина была удовлетворительной. Побочных эффектов и осложнений при длительном приеме препарата практически не отмечалось.

Таким образом, проведенное исследование показало, что длительный курс лечения ловастатином в течение 6 месяцев у больных ИБС в сочетании с ХСН и МС сопровождается достоверным снижением уровня общего холестерина (на 15,74%) и триглицеридов крови (на 17,92%). Ловастатин оказывает антишемический эффект, который обусловлен непосредственным влиянием на состояние липидного обмена, а также эндотелийпротекторным эффектом. После терапии ловастатином в дозе 20 мг один раз в сутки даже в течение 3 недель отмечена тенденция к снижению количества приступов стенокардии и к повышению толерантности к физической нагрузке у больных ИБС в сочетании с ХСН и МС; при проведении теста 6-минутной ходьбы отмечено преобладание нормотонической реакции после лечения по сравнению с результатами до лечения. Ловастатин хорошо переносят больные ИБС в сочетании с МС и сопутствующей ХСН, он практически не вызывает побочных явлений и осложнений.

Полученные данные доказывают необходимость включения статинов в терапию хронической сердечной недостаточности у больных ИБС и метаболическим синдромом, а также дальнейшего изучения механизмов действия статинов, а именно подробного объяснения их эндотелийпротекторного действия.

Список использованной литературы:

1. Мамедов М.Н., Перова Н.В., Косматова О.В. и др. Перспективы коррекции проявлений метаболического синдрома: влияние сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии на уровень суммарного коронарного риска и тканевую инсулинорезистентность // Кардиология.-2003.-№3.-С.13-19.
2. Solfrizzi V., Panza F., Colacicco A.M. Relation of lipoprotein(a) as coronary risk factor to type 2 diabetes mellitus and low-density lipoprotein cholesterol in patients >65 years of age // Amer. J. Cardiol. -2002.-Vol. 89, № 1.-P.825-829.
3. Bertoli A., Daniele N., Ceccobelli M. et al. Lipid profile, BMI, body fat distribution, and aerobic fitness in men with metabolic syndrome // Acta Diabetol.-2001.-№ 38.-P.130-133.
4. Потеряева О.Н., Панин Л.Е., Шевкоплас О.П. и др. Липопротеины сыворотки крови при сахарном диабете II типа // Проблемы эндокринологии.-2003.-Т.49, №4.-С.4-8.
5. Koh K. Effects of statins on vascular wall: vasomotor function, inflammation and plaque stability // Cardiovasc. Res.-2000.-№ 47.-P.648-657.
6. Crespin S.R. What does the future hold for diabetic dyslipidaemia? // Acta Diabetol.-2001.-№ 38.-P.21-26.
7. Bella J.N., Palmieri V., Kitzman D.W., Liu J.E. et al. Gender difference in diastolic function in hypertension // Amer. J. Cardiol.-2002.-Vol. 89, № 1.-P.1052-1056.

УДК: 616.1:316.334

ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Аубакирова Б.К., Бегайдарова Л.С., Квак Е.В., Алимкожа А.Б., Садыкова С.К.

Городской кардиологический центр г. Алматы

В исследовании изучалось прогностическое значение острой сердечной недостаточности у мужчин и женщин инфарктом миокарда. Показано, что у женщин риск развития острой сердечной недостаточности в 1,63 раза ($p=0,02$) выше, чем у мужчин. С развитием острой сердечной недостаточности связаны такие показатели, как возраст, число сердечных сокращений и уровень глюкозы плазмы крови при поступлении. У мужчин независимыми факторами риска развития острой сердечной недостаточности были хроническое обструктивное заболевание легких и инфаркт миокарда в анамнезе, низкое систолическое артериальное давление при поступлении, у женщин – блокада ножек пучка Гиса и депрессия ST, зарегистрированной при поступлении. Острая сердечная недостаточность при поступлении увеличивает вероятность летального исхода в 5,9 раза у женщин и в 5,0 раз – у мужчин, а возникшая в стационаре - риск смерти для мужчин почти втрое превосходит таковой у женщин.

Ключевые слова: женщины, острая сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, прогноз.

ACUTE HEART FAILURE AT THE MYOCARDIAL INFARCTION

Aubakirova B.K., Begaydarova L.S., E. Kwak, Alimkozha A.B., S.K.

Sadykov

City Cardiological Centre in Almaty

Abstract The occurrence of acute heart failure in men and women with myocardial infarction and its prognostic role were investigated in this study. The risk of acute heart failure in women was higher than in men – 1.63 ($p=0.02$). Age, heart rate, glucose plasma level was associated with development of acute heart failure in men and women. Independent risk factors of acute heart failure only in men were: chronic obstructive pulmonary disease and myocardial infarction in past history, low systolic blood pressure at admission. In women independent risk factors were bundle-branch block and ST depression at admission. Acute heart failure at the time of admission is independent risk factor of lethal outcome of myocardial infarction in men, and women. At the same time, acute heart failure, occurring in hospital, determines worse prognosis in men. Risk of death in this case in men is almost three times higher than in women.

Keywords women, acute heart failure, acute myocardial infarction, prognosis.

ӨТКІР ЖҮРЕК МҮКІСІ МИОКАРД ИНФАРКТИНДЕ

Зерттеуде өткір жүрек мүкісінің прогностиалық мәні миокард инфарктінің ер-әйелдерінде зерттелді. ($p=0,02$) 1,63 реттегі өткір жүрек мүкісінің дамытуын тәуекелдің әйелдерінде еркекке қарағандасы жоғары көрсетілген. Өткір жүрек мүкісінің дамытуымен мұндай шын көңілімен қысқартуларды жас шамасы, сан және қанның плазмасының глюкозасының деңгейі түсу көрсеткіштер байланған. Өткір жүрек мүкісінің дамытуының белгінің тәуелсіз факторларының еркектерінде жеңіл және анамнездегі миокард инфаркті, аласа систола артерия қысымы созылмалы обструктивтісі ауру түсуде болды, әйелдерде - гисті шоқтың аяқтарының қоршауы және ST-тың жабығуы түсу тіркеулі. Өткір жүрек мүкісі еркектер үшін өлімнің тәуекелі әйелдерде және еркектердің стационар пайда болған 5,0 рет-шісіне 5,9 реттегі өліммен аяқталуын ықтималдықты түсуде үлкейтеді осындай әйелдерде үш есе асып түсейін деп қалды.

Негізгі сөздер әйелдер, өткір жүрек мүкісі, миокард инфаркті, болжам.

Результаты многочисленных эпидемиологических исследований позволяют уверенно говорить о значимом и быстром росте числа больных с сердечной недостаточностью (СН) [1]. В соответствии с современными международными рекомендациями по СН (ЕОК, 2008), объединившими понятия острой и хронической СН, выделяют впервые возникшую СН, хроническую (ХСН) и декомпенсацию ХСН. Термин острая СН (ОСН) с точки зрения экспертов является спорным, так как может интерпретироваться как с временных позиций (сроки развития), так и с точки зрения тяжести проявлений, требующих экстренных вмешательств. Тем не менее, в настоящих рекомендациях ЕОК термин ОСН сохранен, обозначены ее различные варианты, включая впервые возникшую (ОСН de novo) и острую декомпенсацию СН (ОДСН).

В последнем пересмотре национальных рекомендаций по ХСН (ВНОК, 2009) под острой СН принято подразумевать возникновение острой (кардиогенной) одышки, связанной с быстрым развитием легочного застоя вплоть до отека легких или кардиогенного шока, которые, как правило, являются следствием острого повреждения миокарда, прежде всего острого ИМ

ОСН является одним из наиболее частых и грозных осложнений инфаркта миокарда (ИМ), оказывающих неблагоприятное влияние на течение острого периода и отдаленные исходы заболевания [1]. Частота развития СН при ИМ на госпитальном этапе варьирует от 5% до 30% случаев [2]. Летальность пациентов ИМ с СН достигает 20% в течение месяца [3], возрастает до 50% в течение года [4] и пропорциональна тяжести проявлений СН. Появление ОСН у больных ИМ является независимым предиктором неблагоприятного исхода заболевания [1]. В настоящее время активно обсуждаются вопросы патогенеза развития ОСН у этой категории пациентов представления, о котором углубились и вышли за рамки упрощенной зависимости от снижения сократимости миокарда. Известно, что вероятность ОСН и неблагоприятных исходов при ИМ существенно возрастает у больных пожилого возраста, при наличии низкой фракции выброса (ФВ), передней локализации трансмурального ИМ, сахарного диабета (СД) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) в анамнезе [4]. Кроме того, как свидетельствуют результаты отдельных исследований, на течение ИМ могут влиять такие факторы, как снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) анемия, нарушение диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) и нарушения углеводного обмена на преддиабетической стадии [5]. У пациентов ИМ умеренное снижение расчетной СКФ сопровождается 3-х кратным ростом смертности больных [6], а при наличии терминальной стадии снижения почечной функции риск смерти возрастает в 15 раз [7]. По данным международного регистра [8] наличие анемии, особенно в сочетании со снижением ФВ ЛЖ, ассоциируется со значительным ухудшением прогноза. Важную роль в развитии и прогрессировании СН у больных ИМ наряду с нейрогормонами играют провоспалительные цитокины, степень активации которых коррелирует с размером очага некроза, тяжестью дисфункции ЛЖ [9]. Однако многие положения о прогностическом значении «новых» факторов риска экстраполированы из исследований по ИМ вообще или другим формам ХСН и ОСН (ОСН de novo, острая декомпенсация ХСН), что ограничивает возможности эффективной риск-стратификации, т.к. закономерности ОСН при остром коронарном синдроме (ОКС) имеют свои особенности. Помимо этого недостаточно данных о связи между типом нарушения функции миокарда ЛЖ, вероятностью развития и тяжестью ОСН, а также о роли транзиторной гипергликемии в оценке риска

ОСН у данной категории больных, эффективности и безопасности коррекции уровня глюкозы инсулином и сахароснижающими препаратами. Определенные ограничения использования доступных сведений связаны еще и с тем, что они получены в исследованиях, предполагающих селекцию пациентов по различным критериям, что затрудняет их применение у «реального» пациента, имеющего, как правило, несколько факторов риска.

Ориентировочно степень сердечной недостаточности при инфаркте миокарда оценивают по классификации Т. Killip: I — признаков сердечной недостаточности нет; II — умеренная сердечная недостаточность (влажные хрипы не более чем над 50 % легких); III — отек легких; IV — шок (систолическое давление снижено < 90 мм рт. ст., признаки гипоперфузии периферических участков тела, включая снижение температуры и повышенную влажность кожи, уменьшение мочеотделения и спутанное сознание).

В связи с этим имеется необходимость в оценке клинико-прогностической значимости этих факторов при ИМ с учетом их взаимозависимости в реальной клинической практике для своевременного выявления пациентов высокого риска развития ОСН и выбора оптимальной тактики лечения.

Вместе с тем, из известных на сегодня шкал для оценки риска у больных ОКС только шкала GRACE разработана на основании крупного регистра больных ОКС. Однако в этом регистре наличие ОСН является одним из критериев оценки риска и не изучаются факторы, связанные с ее развитием. В литературе опубликованы данные немногочисленных российских регистров, включавших больных СН (ШАНС, ЭПОХА) и ОКС, в которых проблемы ОСН практически не затрагивались.

Цель исследования - изучение прогностической значимости признаков острой СН у мужчин и женщин инфарктом миокарда, а также факторов, ассоциированных с развитием СН в ранний (госпитальный) период наблюдения.

Материалы и методы исследования. В рамках публикации анализируются данные сплошного проспективного исследования 96 случаев подтвержденного (клинически, электрокардиографически и ферментативно) инфаркта миокарда. При поступлении в стационар учитывались клинико-демографические характеристики текущего заболевания (пол, возраст больного, сроки поступления, уровень артериального давления — АД, частота сердечных сокращений и др.), клеточный и биохимический составы периферической крови, изменения конечной части желудочкового комплекса электрокардиограммы (подъем сегмента ST - 0,5 мм, депрессия ST - 1 мм и др.). На основании полученных данных для каждого пациента рассчитывался индекс суммарного госпитального риска смерти с использованием алгоритма (таблица 1) [6].

Таблица 1 - Модель госпитального риска для расчета вероятности летального исхода у больных, госпитализируемых ОКС [6]

Показатель	Балл	Показатель	Балл
Возраст, годы	-	САД, мм рт. ст.: 80–99	18
Killip \geq 2 класса	12	САД, мм рт. ст.: < 80	25
ЧСС <50/>110 уд/мин	14	Мочевина, ммоль/л: < 6,0	0
КФК/КФК_МВ > 348/24 Ед/л	17	6,0–9,9	12
Элевация ST (I,aVL)	23	10,0–16,9	17
Элевация ST (V4–6)	9	\geq 17,0	41
Элевация ST (II, III, aVF)	10	Глюкоза, ммоль/л: < 6,0	0
Депрессия ST	12	6,0–9,9	13

САД, мм рт. ст.: \geq 120	0	10,0–16,9	16
САД, мм рт. ст.: 100–119	7	\geq 17,0	19
Сумма баллов	<105	105–120	121–143
Вероятность летального исхода	<1%	1–5%	6–30%
			>30%

Фракция выброса (ФВ) в стационаре была определена с помощью двухмерной ЭХО-кардиографии у 88% больных на (медиана) 8 (3; 12) сутки наблюдения.

В ходе исследования анализировали исходы инфаркта миокарда, в частности, случаи смерти от сердечнососудистых причин, зарегистрированные в стационаре. Кроме того, регистрировали случаи острой СН (2 и более класс по классификации Т. Killip), возникшей при поступлении в стационар или в ходе госпитального наблюдения. Длительность наблюдения составила (медиана) 20 (17; 22) дней.

Статистический анализ результатов исследования проводили с помощью программы SPSS 12.0 (SPSS Inc., США). Полученные результаты рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$, как имеющие тенденцию при $p < 0,10$. Влияние переменной на вероятность клинического события определялось отношением шансов (ОШ) и соответствующим 95% доверительным интервалом (95% ДИ), которые рассчитывали методом бинарной логистической регрессии как в однофакторном, так и в многофакторном анализе. При многофакторном анализе выделение независимых переменных проводили методом пошаговой элиминации с остановкой при уровне значимости $p < 0,05$. Атрибутивное значение независимых переменных оценивалось по величине χ^2 , рассчитанной в рамках многофакторной модели.

Результаты исследования и их обсуждение. Хроническая СН, предшествовавшая развитию инфаркта миокарда, отмечена у 7,1% мужчин и 12,7% женщин ($p = 0,021$). В этой группе больных признаки острой СН (2 класса по Killip) при поступлении были обнаружены у 76% мужчин и 69,0% женщин ($p = 0,741$), в ходе госпитального наблюдения — еще в 8,0% и 16,7% случаях, соответственно. В целом признаки острой СН в этой группе больных отмечены у 76,0% мужчин и 76,2% женщин ($p = 0,998$). Острая СН (2 класса по Killip) в группе больных без признаков хронической СН в анамнезе была установлена при поступлении или развилась в стационаре у 17,1% мужчин и 36,6% женщин. Соответственно, наличие острой СН только при поступлении отмечено у 12,2% мужчин и 24,5% женщины ($p < 0,001$). В ходе госпитального наблюдения острая СН возникла в 3,4% и 6,9% случаев, соответственно ($p = 0,045$). Еще у 1,5% мужчин и 5,2% женщин ($p = 0,011$) признаки острой СН наблюдались как при поступлении, так и возникли повторно в стационаре.

Риск возникновения острой СН (вне зависимости от сроков возникновения) у женщин превосходил таковой у мужчин в 2,79 (1,92; 4,05) раза ($p < 0,001$). При коррекции с учетом возраста ОШ составило 1,63 (1,08; 2,47) ($p = 0,02$), при коррекции с учетом факторов, включенных в модель госпитального риска — 1,65 (1,04; 2,62) ($p = 0,033$). Для сравнения: по данным R.Malacrida и соавт. (исследование ISIS-3), риск развития СН (Killip 2–3 класса) как осложнения инфаркта миокарда (учитывались, в том числе, и больные хронической СН в анамнезе) после коррекции с учетом возраста был выше у женщин в 1,12 (1,05; 1,19) раза, риск кардиогенного шока — в 1,33 (1,22; 1,45) раза [8].

И мужчины, и женщины с острой СН, зарегистрированной при поступлении или в ходе госпитального наблюдения, были старше, чаще страдали от повторного инфаркта миокарда. При поступлении у них реже отмечались изменения зубца Т электрокардиограммы и, напротив, чаще — блокада ножек пучка Гиса. Кроме того, независимо от пола для пациентов острой СН

были характерны более низкие значения систолического АД, высокая частота сердечных сокращений, высокий уровень мочевины и глюкозы, индекс суммарной оценки госпитального риска смерти, низкая ФВ.

У мужчин с острой СН, в сравнении с таковыми без признаков нарушения кровообращения, установлена более высокая частота нарушений ритма сердца в анамнезе (без уточнения типа), хронической почечной недостаточности и хронической аневризмы левого желудочка. У женщин с острой СН чаще выявлялись изменения (подъем или депрессия) сегмента ST электрокардиограммы, определялся более высокий максимальный уровень активности креатинфосфокиназы, высокий уровень креатинина и число лейкоцитов периферической крови. Необходимо отметить, что женщины, в целом, были старше мужчин. Кроме того, у женщин при поступлении был отмечен более высокий уровень глюкозы плазмы крови и низкий уровень гемоглобина. Госпитальный риск смерти, рассчитанный с помощью соответствующей модели риска, у женщин был также значимо выше, чем у мужчин.

Многофакторный регрессионный анализ показал, что независимо от пола с острой СН были связаны такие характеристики, как возраст, а также частота сердечных сокращений и уровень глюкозы в плазме крови на момент поступления в стационар (таблица 2).

Таблица 2 - Факторы, ассоциированные с развитием острой СН у мужчин и женщин инфарктом миокарда

Фактор (диапазон значений)	ОШ (95% ДИ)	χ^2	p
Мужчины			
ЧСС, +10 уд/мин (40–170)	1,02 (1,01; 1,03)	10,92	0,001
ХОБЛ (0 – нет, 1 – да)	2,89 (1,33; 6,28)	7,20	0,007
ИМ в анамнезе (0 – нет, 1 – да)	2,51 (1,25; 5,05)	6,67	0,01
Глюкоза, +1 ммоль/л (4–20)	1,17 (1,02; 1,34)	5,13	0,024
Систолическое АД, +10 мм рт. ст. (70–240)	0,987 (0,975; 0,999)	4,76	0,029
Возраст, +5 лет (45–85)	1,19 (1,01; 1,39)	4,43	0,035
Женщины			
Возраст, +5 лет (45–85)	1,47 (1,22; 1,76)	16,91	0,001
ЧСС, +10 уд/мин (40–170)	1,03 (1,01; 1,04)	15,91	0,001
Депрессия ST, ≥ 1 мм (0 – нет, 1 – да)	2,20 (1,20; 4,03)	6,48	0,011
БНПГ (0 – нет, 1 – да)	2,99 (1,19; 7,50)	5,43	0,02
Глюкоза, +1 ммоль/л (4–20)	1,09 (1,01; 1,18)	4,95	0,026

Как видно из таблицы 2, возраст был более мощным предиктором развития острой СН у женщин, чем у мужчин (оценивалось по величине «объясненной» данным фактором дисперсии регрессионного уравнения). Кроме того, у мужчин независимыми предикторами острой СН были ХОБЛ и инфаркт миокарда в анамнезе, а также низкий уровень систолического АД при поступлении; у женщин – блокада ножек пучка Гиса и депрессия сегмента ST электрокардиограммы.

Летальный исход в стационаре был зафиксирован у 2,2% мужчин без признаков острой СН и у 3,9% с СН ($p < 0,001$). Регрессионный анализ показал, что риск смерти при наличии признаков острой СН при поступлении у мужчин более чем в 10

раз (в 5,5 раза при коррекции с учетом факторов, зарегистрированных при поступлении), чем у пациентов, поступивших без признаков острого нарушения кровообращения. Возникновение СН в стационаре увеличивало риск смерти более чем в 20 раз (в 19 раз при многофакторной коррекции).

В группе женщин смерть наступила у 7,1% пациенток, не имевших признаков острой СН и у 32,1% - с клиническими проявлениями острой СН ($p < 0,001$). Риск смерти у женщин с признаками острой СН при поступлении был выше почти в 5 раз по сравнению с женщинами без СН и практически не менялся при многофакторной коррекции. Острая СН, возникшая в стационаре, увеличивала риск смерти женщин в 6 раз (во столько же раз и при многофакторной коррекции).

В целом вероятность летального исхода инфаркта миокарда у женщин была выше, чем у мужчин, но только в группе пациентов без признаков острой СН (зарегистрированной при поступлении или возникшей в стационаре) – ОШ составило 3,36 (1,25; 9,00). Однако при коррекции с учетом возраста указанные различия нивелировались – ОШ 1,12 (0,38; 3,29), т.е. высокий риск смерти женщин в этой группе больных определялся их старшим возрастом.

Таким образом, в результате проведенного исследования было показано, что риск развития острой сердечной недостаточности (2 класса по Killip) у женщин инфарктом миокарда и без хронической сердечной недостаточности в анамнезе существенно выше, чем у мужчин. С развитием острой сердечной недостаточности и у мужчин, и у женщин связаны такие показатели, как возраст, высокая частота сердечных сокращений и высокий уровень глюкозы плазмы крови при поступлении. Вместе с тем у мужчин независимыми факторами риска развития острой сердечной недостаточности были ХОБЛ и инфаркт миокарда в анамнезе, а также низкое систолическое АД при поступлении, а у женщин – блокада ножек пучка Гиса и депрессия ST электрокардиограммы, зарегистрированной при поступлении. Острая сердечная недостаточность при поступлении или вновь возникшая в стационаре является независимым фактором риска летального исхода инфаркта миокарда в стационаре и у мужчин, и у женщин. Однако острая сердечная недостаточность, возникшая в стационаре, определяет худший прогноз для мужчин, риск смерти у которых в этом случае почти втрое превосходит таковой у женщин.

Список использованной литературы:

- Rosamond W., Flegal K., Furie K., et al. Heart disease and stroke statistics 2008 update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee // *Circulation* 2008; 117: 25–145.
- Steg P.G., Dabbous O.H., Feldman L.J., et al. Determinants and prognostic impact of heart failure complicating acute coronary syndromes: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) // *Circulation* 2004; 109(4): 494–9.
- Spencer F.A., Meyer T.E., Gore J.M., Goldberg R.J. Heterogeneity in the management and outcomes of patients with acute myocardial infarction complicated by heart failure: the National Registry of Myocardial Infarction // *Circulation* 2002; 105(22): 2605–10.
- Hellermann J.P., Goraya T.Y., Jacobsen S.J., et al. Incidence of heart failure after myocardial infarction: is it changing over time? // *Am J Epidemiol* 2003; 157(12): 1101–7.
- Аверков О.В., Лысов А.Ю., Эрлих А.Д., Грацианский А.Н. Возможности применения современных рекомендаций по лечению острых коронарных синдромов в инфарктном отделении городской больницы // *Кардиология* 2002; 4: 4–13.
- Сайгитов Р.Т. Острый коронарный синдром: клинико-генетические аспекты прогнозирования и профилактики. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. М., 2007; 15.
- Solomon S.D., Zelenkofske S., McMurray J.J., et al. Sudden death in patients with myocardial infarction and left ventricular dysfunction, heart failure, or both // *N Engl J Med* 2005; 352(25): 2581–8.

8. Malacrida R., Genoni M., Maggioni A.P., et al. A comparison of the early outcome of acute myocardial infarction in women and men. The Third International Study of Infarct Survival Collaborative Group // *N Engl J Med* 1998; 338(1): 8–14.
9. Hochman J.S., Tamis J.E., Thompson T.D., et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes. Global Use of Strategies to Open Occluded Coronary Arteries in Acute Coronary Syndromes IIb Investigators // *N Engl J Med* 1999; 341(4): 226–32.
10. Vaccarino V., Krumholz H.M., Yarzebski J., et al. Sex differences in 2-year mortality after hospital discharge for myocardial infarction // *Ann Intern Med* 2001; 134(3): 173–81.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА

*Есетова К.У., Насырова С.Р., Имашова Ш.О., Мухамеджанова Г.С., Айтжанова Г.Б., Амиркулова М.К.
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова*

Резюме В данной работе изучена противоритмическая активность 4-х вновь синтезированных производных пиперидина при хлоридкальциевой и аконитиновой аритмии. Среди исследуемых соединений МАВ-100 при хлоридкальциевой и аконитиновой модели аритмии оказывал стопроцентный антиаритмический эффект. При аконитиновой аритмии соединение МАВ-83 обеспечивало противоритмическую активность в 83,3% случаев при стопроцентной выживаемости животных. Умеренная противоритмическая активность выявлена у соединении МАВ-97, наименьшая активность отмечена у МАВ-101. Все исследуемые соединения оказались малотоксичными.

Ключевые слова: МАВ, аконитин, пиперидин, соединение.

Жаңадан синтезделген пиперидин туындыларының аритмияға қарсы белсенділігі мен уыттылығын зерттеу

Есетова Қ.Ө., Насырова С.Р., Имашова Ш.О., Мухамеджанова Г.С., Айтжанова Г.Б., Амиркулова М.К.

Түйін Осы жұмыста жаңадан синтезделген 4 пиперидин туындысының аритмияға қарсы белсенділігі хлоридкальцилік және аконитиндік аритмия бойынша зерделенді. Зерттелген қосылыстардың ішінде МАВ-100 хлоридкальцилік және аконитиндік аритмия моделі кезінде 100% жағдайда аритмияға қарсы әсер көрсетті. Аконитиндік аритмия кезінде МАВ-83 қосылысы 83,3% жағдайда аритмияға қарсы әсер қамтамасыз етті, жүз пайыз жағдайда жануарлар тірі қалды. МАВ-97 қосылысында аритмияға қарсы белсенділігі аз жағдайда анықталды, МАВ-101 өте аз белсенділік байқалды. Барлық зерттелген қосылыстардың уыттылығы төмен болды.

Түйінді сөздер: МАВ, аконитин, пиперидин, қосылыс.

STUDY OF ANTIARRHYTHMIC ACTIVITY AND TOXICITY OF NEWLY SYNTHESIZED PIPERIDINE DERIVATIVES

Abstract In this work was presented antiarrhythmic activity of 4 new synthesized piperidines derivatives at calcium chloride and akonitinoic arrhythmia. MAB-100 among researched compounds at calcium chloride and akonitinoic model of arrhythmia showed 100% of antiarrhythmic activity. At akonitinoic arrhythmia MAB-83 compound showed antiarrhythmic activity in 83% cases at 100% survivor of animals. Moderate antiarrhythmic activity revealed at compound MAB-97, moderate active compound was MAB-101. All researched compounds was low toxic.

Key words: MAB, akonitinin, piperidine, compound.

Различные заболевания сердечно-сосудистой системы являются наиболее часто встречающимися патологиями в современной медицине. Вместе с тем известно, что более чем у 90% пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда, возникают опасные для жизни нарушения ритма, могущие привести к фибрилляции и внезапной остановке сердца. Профилактика внезапной остановки сердца – сложная проблема, поскольку медикаментозное лечение зачастую не дает ожидаемого эффекта.[1,2]. В настоящее время клиника располагает значительным количеством антиаритмических средств. Однако, большинство из них имеет серьезные недостатки, главным из которых является малая терапевтическая широта, а также наличие кардиальных и экстракардиальных побочных явлений (1,3,4). Более того, как было показано в исследованиях CAST I и CAST II, применение высокоэффективных антиаритмических препаратов IC группы у больных ИБС сопровождается увеличением числа случаев внезапной сердечной смерти [5,6]. Все сказанное свидетельствует о том, что поиск новых антиаритмических средств, эффективных при различных нарушениях сердечного ритма является весьма актуальной задачей[7].

Целью данной работы, в продолжении ведущихся совместных исследований ИХН МОН РК и кафедры фармакологии КазНМУ, было изыскание малотоксичных соединений, проявляющих высокую противоритмическую активность и обладающих определенными преимуществами перед имеющимися препаратами.

Методы исследования. Скрининговые исследования противоритмической активности 4-х новых производных пиперидина проведены на двух моделях экспериментальных аритмий желудочкового (хлоридкальциевой) и смешанного (аконитиновой) типов в соответствии с рекомендациями по доклиническому изучению противоритмических препаратов [8,9].

10% раствор хлорида кальция вводили в бедренную вену крыс в дозе 250 мг/кг, что вызывало аритмию и гибель контрольных животных в 100% случаев. В опытной группе исследуемые соединения вводили внутривенно за 2 минуты до введения кальция хлорида. С таким же методом вводили аконитин в дозах 30-40 мкг/кг, при этом в контрольной группе развивалась аритмия смешанного типа, а выживаемость составляла 14,2%. Исследуемые соединения вводили профилактический за 1-2

минуты до введения аконитина. Регистрация электрокардиограммы проводилась во втором стандартном отведении каждые 2-3 минуты.

Анализ противоаритмической активности по показателю ЭД₅₀, выживаемости, продолжительности латентного периода, частоте антифибрилляторного эффекта, наличием предупреждающего действия в сравнении с эталонными противоаритмическими препаратами - липокаином и этмозин.

Острая токсичность исследуемых соединений изучалась на белых мышах по общепринятой методике при подкожном ведении и анализировалась по показателю ЛД₅₀. Средние эффективные (ЭД₅₀ и ЛД₅₀) дозы рассчитывали по Литчфилду и Вилкоксону; полученные результаты статически обработаны [8,9].

Результаты и обсуждение. Результаты проведенных исследований при аритмии, вызванной хлористым кальцием показали, что только соединение МАВ-100 оказывало стопроцентный антиаритмический эффект. По антиаритмическому эффекту это соединение в 1,5 раза превосходило лидокаин и в 3 раза второй препарат сравнения – этмозин (таблица №1). ЭД₅₀ указанного соединения (0,19 мг/кг) более чем в 3 и 4 раза ниже лидокаина и этмозина соответственно.

При хлоридкальциевой аритмии МАВ-97 обеспечивало антиаритмический эффект в 66,6 % случаев, что соответствует показателю лидокаина (Таблица №1) и превышает возможности этмозина (33,3%) при равном показателе выживаемости животных-66,6% (Таблица №1).

При аконитиновой экспериментальной аритмии достаточно высокая активность по всем учитываемым показателям

установлена у соединений МАВ-83 и МАВ-100. Несколько хуже показатели у соединения МАВ-97, хотя и оно имеет преимущества перед препаратами сравнения (Таблица №1). Соединение МАВ-100 и при этом виде аритмии обеспечивало максимальный предупреждающий эффект и выживаемость животных, а по показателю ЭД₅₀, оно в 65 раз активнее лидокаина и 8 раз сильнее этмозина. Вещество МАВ-83 в дозе 1 мг/кг массы тела оказывало предупреждающее действие в 83,3 % при максимальной выживаемости животных. В такой дозе этмозин оказывает предупреждающее действие лишь в 16,6 % при выживаемости 33,5 %; еще ниже результат при этом виде аритмии у лидокаина. ЭД₅₀ соединения МАВ-83 равна 0,32 мг/кг, что в 35 и 4,6 раз лучше лидокаина и этмозина, соответственно.

Показатели острой токсичности соединений и препаратов сравнения при подкожном ведении представлены в таблице № 2 и дают основание заключить, что все активнее исследуемые соединения значительно менее токсичны, чем лидокаин и этмозин. Так, ЛД₅₀ соединения МАВ-100 равна 935+35,5 мг/кг, а у лидокаина и этмозина этот показатель равен 248+18,0 и 276+19,0 мг/кг соответственно, т.е. относительная токсичность этого соединения составляет всего 0,25 и 0,29 от токсичности лидокаина и этмозина.

Заключение. Все выше изложенное свидетельствует о преимуществах соединений под шифром МАВ-83 и МАВ-100 над препаратами сравнения лидокаином и этмозин в способности предупреждать экспериментальные хлоридкальциевую и аконитиновые аритмии и перспективности их углубленного изучения в качестве противоаритмических средств

Таблица 1
Показатели противоаритмической активности исследованных соединений и эталонных препаратов

Шифр соединения	Хлоридкальциевая аритмия					Аконитиновая аритмия			
	Доза препарата (мг/кг)	Продолж. Латентно-го периода (мин)	Частота анти-фибрилляторного эффекта (%)	Выживаемость (%)	Эд50 (мг/кг)	Доза препарата (мг/кг)	Предупреждающее действие	Выживаемость (%)	Эд50 (мг/кг)
МАВ-83	1,0	0,2	16,6	66,6	0,8	1,0	83,3	100	0,32
МАВ-97	1,0	0,2	66,6	66,6	2,5	1,0	50,0	66,6	2,0
МАВ-100	1,0	-	100	100,0	0,19	1,0	100	100	0,17
МАВ-101	1,0	0,3	16,6	83,3	4,0	1,0	33,3	100	2,5
Лидокаин	1,0	0,05	66,6	66,6	0,61	1,0	37,5	37,5	11,2
Этмозин	1,0	0,01	33,3	66,6	0,85	1,0	16,6	33,5	1,5

Таблица 2
Острая токсичность соединений и эталонных препаратов для белых мышей

№	Шифр соединения и название препарата	Подкожное введение	Относительная токсичность соединений	
		ЛД мг/кг	1	2
1.	Лидокаин	276,0+19,0	1	
2.	Этмозин	248,6+18,4		1
3.	МАВ-83	1650+35,9	0,17	0,16
4.	МАВ-97	1660+35,9	0,16	0,18
5.	МАВ-100	935,4+35,5	0,25	0,29
6.	МАВ-101	1250+35,9	0,19	0,22

Литература

1. Каверина Н.В. Современные аспекты поиска и доклинического изучения антиаритмических средств.// Кардиология-1986г. –Т.26-№8-С.59-63.

2. Нифонтов Е.М., Шихалиев Д.Р., Богачев М.И. Антиаритмическая эффективность омега-3 ПНЖК у больных стабильной ИБС с желудочковыми нарушениями ритма. Кардиология, 12, 2010. С. 4-9.

3. Голицын С.П., Свириденко Н.Ю., Бакалов С.А. и др. Кардиальные и эндокринные аспекты применения амиодарона в современной практике лечения нарушений ритма сердца. // Министерство Здравоохранения РФ, РАМН, пособие для врачей. М., 2006, -60с.
4. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М., Рыжова Т.В. Роль амиодарона в лечении аритмий. // Медицинский научно-практический журнал. -2006. №3, специальный выпуск: -11 с.
5. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. N. Engl. J. Med/ 1989. -321. – PP. 406-127.
6. The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial II (CAST) Investigators. N. Engl. J. Med/ 1992. – 327. – 227-33.
7. Бранд Я.Б., Василев А.В., Валетова В.В. и др. Факторы риска фибрилляции предсердия после операции аортокоронарного шунтирования искусственным кровообращением. // Анестезиология и реаниматология. 2004, - №2. – С.46-52.
8. Каверина Н.В, Бердияев С.Ю., Кищук Е.Н. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. В книге: Научно-методические аспекты биологических исследований новых лекарственных препаратов.- М, 2000, С.209-216.
9. Беленский М.Д. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта, - Ленинград, 1963-151с.

УДК 616.155.193.5

ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

МАКЕЕВА З.И.

Городская поликлиника ВОВ, ГККП №7, г. Алматы

В статье отражена роль артериальной гипертензии в развитии острого инфаркта миокарда. Дан анализ структуры летальности и представлены критерии неблагоприятного прогноза острого инфаркта миокарда.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, острый инфаркт миокарда, летальность, креатинфосфокиназа, СОЭ, С-реактивный белок, неблагоприятный прогноз

Миокард инфаркті патогенезінде артериялық гипертензияның маңызы

Макеева З.И.

Жедел миокард инфаркті мен оның асқинуының дамуына артериялық гипертензия маңызды қауіп-қатер факторы болып табылады. ЖМИ қайтыс болған барлық науқастар, соңғы 3-5 жылда гипертензиялық синдроммен бақылған. Лабораториялық критерий бойынша ЖМИ болжамы сәтті емес, атап айтсақ биохимиялық маркерлері мен ЭТЖ төмендеуі тән.

The role hypertension in pathogenesis myocardial infarction

Makeeva Z.I.

Hypertension is a major risk factor for acute myocardial infarction and its complications. Found that all patients who died of AMI during the last three to five years there has been hypertensive syndrome. Laboratory criteria for poor prognosis of myocardial infarction was a significant increase in biochemical markers of myocardial infarction and no reduction of ESR.

Несмотря на успехи, достигнутые за последние десять лет, лечение АГ и ИМ остается одной из актуальных проблем современной медицины. Артериальная гипертензия (АГ) остается важнейшим фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ). Во многих странах сохраняется высокая летальность от инфаркта миокарда [1].

Современные принципы лечения и реабилитации больных ИМ предусматривают лабораторный мониторинг пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи [2].

Целью настоящего исследования являлась оценка роли артериальной гипертензии в развитии острого инфаркта миокарда и его осложнений.

Анализ роли АГ в структуре летальности от острого инфаркта миокарда проведен на основании изучения историй болезни умерших больных в ГКЦ и годового отчета ГККП №7 за 2009 год.

Проанализированы следующие параметры: пол и возраст больного, плановое лечение артериальной гипертензии на амбулаторном этапе, длительность госпитализации, место АГ в структуре диагноза (длительность АГ по данным анамнеза, либо второй основной диагноз или как сопутствующее заболевание). Статистическая обработка материала проведена с использованием программы Excel 2000. Полученные результаты описаны абсолютными (n) и относительными (%) величинами; средними значениями и их стандартными отклонениями. Для сравнения относительных показателей применяли односторонний критерий Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Все больные, умершие от ОИМ, поступили на госпитализацию по экстренным показаниям.

Установлено, что АГ являлась фоновым заболеванием у большинства больных, госпитализированных и умерших от инфаркта миокарда. На основании сопоставления данных статистических отчетов и результатов анализа историй болезни пациентов было выявлено существенное занижение реальной распространенности АГ в госпитальной практике. Это связано с особенностями статистического учета (у 56,8% больных АГ является вторым основным, неучитываемым диагнозом). Данные патологоанатомического вскрытия умерших больных свидетельствуют о длительном наличии артериальной гипертензии у больных, умерших от ОИМ. Между тем, по данным анамнеза только 5,2% больных наблюдались в поликлинике и получали регулярную плановую гипотензивную терапию. Это свидетельствует об отсутствии преемственности между ГКЦ и поликлиниками в оказании больным кардиологической помощи.

Нами проведено обследование 45 (25 мужчин и 20 женщин) больных ИМ в возрасте от 28 до 52 лет, находившихся на лечении в отделениях интенсивной терапии Городского Кардиологического Центра. Расширенный общеклинический анализ крови приводили на гематологическом анализаторе Sysmex, а биохимические показатели исследовали на биохимическом анализаторе Cobas Interga Plus.

Нами были составлены технологические карты лабораторного обследования больных с ИМ с учетом терапии и наличия осложнений.

Проведенные исследования показали, что повышенный лейкоцитоз (выше $15,0 \cdot 10^9/л$); отсутствие снижения СОЭ после шести дней лечения; нейтрофилез с выраженным сдвигом влево; устойчиво повышенный уровень СРБ и фибриногена;

повышение активности КФК – МВ более, чем в 10 раз более – 5 суток; повышение активности КФК – МВ более, чем в 5-7 раз на вторые сутки заболевания; повторное повышение уровня тропонинов на вторые сутки заболевания являются объективными лабораторными критериями неблагоприятного прогноза инфаркта миокарда.

Выраженный метаболический ацидоз также является прогностически неблагоприятным признаком. Больные с концентрацией лактата в артериальной крови выше 4 ммоль/л умирали в течение суток.

Таким образом, эти критерии должны найти отражение в технологической карте (протоколе мониторинга пациентов). Они нацеливают внимание врачей на показатели, имеющие приоритетное значение для ранней диагностики осложнений и определения прогноза инфаркта миокарда.

Литература:

1. Чазов Е.И. Болезни сердца и сосудов. Руководство для врачей. - Москва: Медицина, 1992. – 508с.
2. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Лабораторные методы диагностики неотложных состояний. – Москва: Медицина, 2002. – 568с.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Каймулдина Ж.Б., Бакирова К.Б., Мырзалы Н.Ж., Садуақасова А.К., Кусумжанова Д.К.

Центральная клиническая больница МЦ УДП РК, отделение скорой неотложной медицинской помощи

В статье приведены результаты применения препарата эбрантил для купирования гипертонических кризов у 205 больных в отделении скорой неотложной медицинской помощи больницы.

Ключевые слова: артериальная гипертония, гипертонический криз, антигипертензивный препарат.

APPLICATION FOR EBRANTIL RELIEF OF HYPERTENSIVE CRISIS ON PREHOSPITAL STAGE

Kaymul'dina Zh.B., Bakirova K.B., Myrzaly N.Zh., Saduakasova A.K., Kusumzhanova D.K.

Abstract The results of the drug for relief of ebrantil hypertensive crises in 205 patients in the emergency ward emergency care hospital.

Keywords: hypertension, hypertensive crisis, an antihypertensive drug.

АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУ КЕЗЕҢІНЕ ДЕЙІНГІ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ КРИЗДІ ТОҚТАТУ ҮШІН ЭБРАНТИЛДЫ ҚОЛДАНУ

Ж.Б.Қаймулдина, К.Б.Бакирова, Н.Ж.Мырзалы, А.К.Садуақасова, Д.К.Кусумжанова

Түйін Мақалада аурухананың шұғыл және жедел медициналық көмек көрсету бөлімшесіндегі 205 науқастың гипертониялық кризін тоқтату үшін эбрантил препаратын қолдану нәтижелері келтірілген.

Түйінді сөздері: артериалды гипертония, гипертониялық криз, антигипертензиялық препарат.

Артериальная гипертония (АГ) - одна из наиболее острых медико-социальных проблем, как в Казахстане, так и в мире. Несмотря на очевидные успехи в лечении АГ, общее число больных АГ в мире, превысило 1 млрд. человек и неуклонно увеличивается, к 2015 г. по приблизительным расчетам может составить 1,5 млрд. случаев. При этом АГ является ведущей причиной смерти населения (12,8%), что составляет 7,5 млн. человек в год [1,2].

В свою очередь, гипертонический криз (ГК) – это остро возникшее, выраженное повышение артериального давления (АД), сопровождающееся клиническими симптомами и требующее немедленного контролируемого его снижения с

целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней. Основываясь на данном определении, еще раз важно подчеркнуть неприемлемость отнесения к ГК эпизодов остро возникшего выраженного повышения АД, не сопровождающихся клинической симптоматикой. Кроме того, важно не относить к ГК случаи острого инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, сопровождающиеся вторичным выраженным повышением АД (обусловленным болевым синдромом, острой ишемией головного мозга и т.д.).

Таким образом, к ГК следует относить те случаи, когда остро возникшее выраженное повышение АД предшествует и является причиной острого поражения органов-мишеней [3,4]. Вопрос лечения артериальной гипертонии и гипертонических кризов не теряет своей актуальности и сейчас. Возможности быстрого и эффективного купирования кризов на догоспитальном этапе возросли в несколько раз с появлением препарата эбрантил.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности применения антигипертензивного препарата эбрантил (урапидил) для купирования гипертонических кризов на догоспитальном этапе в отделении скорой неотложной медицинской помощи больницы.

Материалы и методы. Наблюдение проводилось за 205 больными, обратившимися в отделение скорой неотложной медицинской помощи с АД более 220/120 мм.рт.ст., сопровождающееся клиническими симптомами, из них 148 мужчин (72,2 %) и 57 женщин (27,8 %). При ранжировании по возрастной категории пациенты распределились следующим образом: в возрасте от 39 до 60 лет - 23 больных (11,2%), от 60 до 70 лет - 42 больных (20,5%), старше 70 лет - 140 больных (68,3%), то есть самой большой по количественному составу оказалась группа лиц геронтологического возраста.

При отборе больных для исследования руководствовались следующими критериями включения: неосложненные гипертензивные кризы с повышением систолического артериального давления (САД) выше 180 мм рт.ст. и диастолического (ДАД) - выше 110 мм рт.ст.

Для купирования криза использовали препарат эбрантил (урапидил). Препарат вводили внутривенно струйно в дозе 25 мг

в 20 мл 0,9% р-ра NaCl, дробно по 5 мг с поэтапной регистрацией ЧСС (ЭКГ) и АД. Затем продолжалась в/в капельная инфузия эбрантила в дозе 100 мг на 200 мл р-ра NaCl 0,9%. Регистрировались ЧСС (ЭКГ) и АД с интервалом в 10 минут в течение 1-го часа, затем - при окончании инфузии.

Результаты. Исследование в нашей группе пациентов показало, что гипотензивный эффект препарата проявлялся уже после введения его первой дозы, особенно значимо он прослеживался по диастолическому давлению. Так, у 93 (45,4%) из 205 больных отмечалась нормализация диастолического давления после первой дозы, у 110 (53,6%) - после третьей, а у 2 (1,0%) больных и через 30 минут ДАД оставалось повышенным.

Что касается систолического АД, то его нормализация была менее быстрой и после введения первой дозы уровень САД 140 мм рт.ст. отмечен только у 42 больных. Через 30 минут инфузии препарата САД у всех пациентов существенно снизилось, но у 5 пациентов не достигло границы нормального давления.

В конце инфузии препарата отмечалось не только снижение АД, но и были достигнуты целевые уровни у 198 (96,6%) пациентов.

Как известно, одним из факторов, ограничивающих прием альфа-блокаторов, является развитие тахикардии. Наличие двойного механизма действия у препарата эбрантил (урапидила) способствует уменьшению влияния на частоту сердечных сокращений. В нашем исследовании мы подтвердили отсутствие достоверного влияния препарата на ЧСС за весь период введения в целом по группе. Более того, у некоторых больных отмечалось некоторое снижение ЧСС в конце введения, что, вероятно, связано с нормализацией АД.

Следует отметить, что больные переносили введение препарата удовлетворительно, и мы не наблюдали каких-либо значимых побочных эффектов. Однако у трех пациентов отмечали ортостатическую реакцию в виде легкого головокружения, что может быть связано не только с действием препарата, но и с реакцией на изменения артериального давления.

Таким образом, использование препарата эбрантил (урапидил) для купирования неосложненного гипертонического криза обеспечил достоверное снижение как систолического, так и диастолического артериального давления, причем более быстрое нормализующее влияние препарат оказывает на ДАД. В конце инфузии эбрантила удалось достичь целевого уровня АД у большинства больных с неосложненным гипертоническим кризом. При этом препарат не оказывал выраженных побочных эффектов.

В заключение хочется отметить, что препарат эбрантил, является наиболее эффективным и оптимальным препаратом выбора при купировании гипертонических кризов на догоспитальном этапе, и может использоваться бригадами скорой неотложной медицинской помощи.

Список литературы:

1. Руксин В.В. Неотложная помощь при повышении артериального давления //Краткое руководство для врачей - СПб.- 2009.- 48с.
2. Лукьянов М.М, Голиков А.П. Гипертонические кризы: основные положения диагностики, лечения и профилактики // Ж. Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. - 2010. - №3. - С.15-16
3. Голиков А.П., Рябинин ВА, Лукьянов М.М. Кризы при гипертонической болезни // Врач.- 2002.- №1.- С.34-35.
4. Hirschl MM, Binder M, Bur A et al. Safety and efficacy of urapidil and sodium nitroprusside in the treatment of hypertensive emergencies. Intensive Care Med 1997; 23:885-8.

УДК: 616.12

ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

САГЕЕВ С.С., КРАВЧЕНКО Н.П.

ГККП "Сельская больница" с.Каргалы, Жамбылский район,

ГКП на ПХВ «Районная поликлиника» с.Узынагаш, Жамбылский район, Алматинская область

В работе представлены принципы, методы и основные положения профилактики хронической сердечной недостаточности при патологии органов кровообращения. На основании результатов собственных наблюдений за больными с заболеваниями сердечнососудистой системы и современных положений о профилактике хронической сердечной недостаточности в рамках профилактических мероприятий в отношении предупреждения развития патологии кровообращения можно отметить, что своевременная коррекция факторов риска названных заболеваний может давать положительные результаты. Залогом успеха в этом аспекте могут служить раннее выявление факторов риска развития заболеваний сердечнососудистой системы и адекватная их диагностика.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, профилактика, сердечнососудистые заболевания, факторы риска

QUESTIONS OF SECONDARY PREVENTION AT THE CHRONIC HEART FAILURE

SAGEEV S. S.

Abstract In work principles, methods and basic provisions of prevention of chronic heart failure are presented at pathology of bodies of blood circulation. On the basis of results of own supervision over patients with diseases of cardiovascular system and modern regulations on prevention of chronic heart failure within preventive actions concerning the prevention of development of pathology of blood circulation it is possible to note that timely correction of risk factors of the called diseases can yield positive results. As the key to success detection of risk factors of development of diseases of cardiovascular system can serve in this aspect and their adequate diagnostics early.

Keywords: chronic heart failure, preventive, cardiovascular diseases, risk factors

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК МҮКІСІНІҢ ЕКІНШІ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ СҰРАҚТАРЫ

САГЕЕВ С.С.

Жұмыста қағидалар елестеткен, әдіс және қан айналу мүшелерінің патологиясының жанында созылмалы жүрек мүкісінің профилактиканың басты ережесі. Жүрек қолқа жүйесі және созылмалы жүрек мүкісінің қазіргі профилактика туралы ережелерінің аурулары бар ауруларына нәтижелер негізінде меншікті бақылауларының профилактикалық шаралардың қан айналуы патологияның дамытуын ескертуді қатынасында шеңберіндесі аталған аурулардың белгінің факторларының дер кезінде коррекциясы оң нәтиже бере алатынын атап өтуге болады. Тұрғы бұл жетістіктің кепілдігімен жүрек қолқа жүйесінің ауруларын дамытуды белгінің факторларының ерте анықталулары және бірдей олардың диагностикасы қызмет көрсете алады.

Негізгі сөздер: созылмалы жүрек мүкісі, фактор, жүрек қолқа аурулары, профилактика

Идея профилактики, то есть предупреждения заболеваний и отдельных патологических состояний, ясна сама по себе. Однако отделение этой простой истины в практику оказывается далеко не легким делом [1]. Вопросы профилактики интенсивно изучают на протяжении многих лет. «Будущее принадлежит медицине профилактической», - так великий Н.И. Пирогов в прошлом веке определял путь дальнейшего развития клинической медицины. Считают также, что болезнь предупредить легче, чем лечить. При этом финансово-экономические затраты на профилактическую медицину меньше, чем на лечебную. В связи с удовлетворительными результатами лечения больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и неблагоприятным прогнозом важное значение имеет профилактика развития этого синдрома у больных с различными заболеваниями и поражениями сердечнососудистой системы.

Профилактика развития ХСН у больных с сердечнососудистой патологией неотделима от профилактики самих заболеваний и их осложнений: инфаркта миокарда, мозгового инсульта, нарушений сердечного ритма. В этом плане профилактику ХСН следует рассматривать как одно из звеньев предупреждения развития хронически протекающих неинфекционных заболеваний, которые доминируют в формировании показателей смертности населения в Украине [2].

Профилактика ХСН должна быть комплексной, многогранной, многоэтапной и включать следующие мероприятия: соблюдение здорового образа жизни, искоренение вредных привычек; борьба с заболеваниями сердечнососудистой системы с помощью немедикаментозных и фармакологических средств; раннее выявление систолической и диастолической дисфункции миокарда и их коррекцию; своевременную и адекватную коррекцию нарушений активности систем нейрогуморальной регуляции; своевременное лечение нарушений ритма сердца, сопутствующих заболеваний, обменных нарушений, в том числе ожирения.

Учитывая характер наиболее частых этиологических факторов ХСН, следует иметь в виду, что профилактика должна быть направлена в первую очередь на предотвращение развития и прогрессирующего течения ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), раннюю диагностику и хирургическую коррекцию приобретенных и врожденных пороков сердца, диагностику кардиомиопатий и др.

Цель исследования - изучение принципов, методов и основных положений профилактики ХСН при патологии органов кровообращения.

Материалы и методы исследования. Наблюдения проводились (результаты клинических и параклинических исследований) за 120 больными с патологией сердечнососудистой системы (ИБС, АГ, приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии и др.) на разных этапах их течения в отношении вторичной профилактики

ХСН позволили определить важность не только лечебных, но и профилактических мероприятий. При этом важно определить профилактические мероприятия у конкретных больных, их характер, время проведения, целенаправленность.

Результаты исследования и их обсуждение. Говоря о профилактике заболеваний сердечнососудистой системы как основе профилактики ХСН, неизбежно приходим к обобщающей широкой и многогранной проблеме борьбы за укрепление здоровья людей. При этом известно, что наиболее эффективным направлением в укреплении здоровья населения является первичная профилактика: система социальных, медицинских, гигиенических и воспитательных мер по предотвращению заболеваний, устранению условий их возникновения и развития. В этом же плане придается значение методам воздействия на факторы риска заболеваний.

Обычно первичную профилактику называют гигиенической, имея в виду использование тех или иных гигиенических мероприятий в популяции населения. Вторичную профилактику называют клинической [3]. В связи с этим профилактику ХСН чаще приходится обозначать как вторичную, связанную с лечением первичного патологического процесса – заболеваний сердечнососудистой системы. Вместе с тем для профилактики ХСН важна также борьба с факторами ее риска, особенно такими, как физическое или психоэмоциональное перенапряжение, ожирение. Вторичная профилактика основывается на раннем выявлении и раннем начале лечения больных с ХСН с использованием наиболее эффективных фармакологических препаратов, способствующих улучшению выживаемости больных с заболеваниями сердечнососудистой системы.

Основные направления профилактики сердечнососудистых заболеваний и ХСН при них включают устранение наиболее распространенных причин этих заболеваний, распознавание их ранних стадий, вторичную профилактику. В связи с этим представляется актуальным выявление модифицирующих факторов, влияющих на риск сердечнососудистых заболеваний и осложнений, а также летальность. Без этих мероприятий невозможна профилактика ХСН. В этом плане считают целесообразным борьбу с такими факторами риска, как АГ, курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, преждевременное старение.

Одним из основных направлений стратегии массовой первичной и вторичной профилактики заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений, в том числе ХСН, становится интегрированный подход не только к их предупреждению, но и снижению инвалидности и смертности от них. Именно интегральная программа профилактики предусматривает обеспечение комплексного воздействия на ведущие факторы риска заболеваний аппарата кровообращения и их осложнений. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по предупреждению сердечнососудистых заболеваний [4] сформулированы основные задачи профилактики у больных с заболеваниями сердечнососудистой системы и лиц высокого риска: отказ от курения и злоупотребления алкоголем, соблюдение рационального питания, адекватная физическая активность, снижение индекса массы тела менее 25 кг/м^2 , снижение уровня артериального давления (АД) менее 140/90 мм рт.ст., а в отдельных группах с высоким риском – менее 130/80 мм рт.ст., строгий контроль гликемии у больных сахарным диабетом. Последнее связано с тем, что сахарный диабет с его тяжелыми последствиями не только часто осложняет течение ИБС, АГ и другие заболевания сердечнососудистой системы, но и является фактором риска развития ХСН и составной частью «смертельного квартета» - метаболического синдрома. В этом плане раннее выявление сахарного диабета II типа, адекватная оценка телосложения, наличие ожирения на фоне АГ могут служить мерами профилактики ХСН при метаболическом синдроме.

Приоритетными для профилактики заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений в клинической практике являются:

1) больные с установленными заболеваниями сердечнососудистой системы, заболеваниями периферических артерий или церебральным атеросклерозом;

2) бессимптомные больные, имеющие высокий риск развития атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания с учетом того, что:

— множественные факторы риска составляют 10-летний риск > 5% и соответствуют развитию фатального сердечнососудистого события,

— уровни отдельных факторов риска (общий холестерин выше 8 ммоль/л (320 мг/дл), холестерин липопротеинов низкой плотности > 6 ммоль/л (240 мг/дл), АД > 180/110 мм рт.ст.) требуют обязательной медицинской коррекции,

— значимым является наличие сахарного диабета II или I типа с микроальбуминурией;

3) ближайшие родственники больных с ранним началом атеросклеротических заболеваний сердечнососудистой системы, среди них – бессимптомные лица с высоким риском.

Высокий риск заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений имеют также лица с метаболическим синдромом.

Основными методами воздействия на метаболический синдром являются изменение стиля жизни, снижение массы тела, повышение физической активности. Специальная медикаментозная терапия требуется при АГ, дислипидемии и гипергликемии. Профилактика ожирения важна и для предупреждения развития метаболического синдрома, при котором часто развивается ХСН. Важно учитывать, что профилактику ожирения надо начинать с раннего детства, особенно при искусственном вскармливании ребенка [5].

Особое внимание необходимо уделять лицам, относящимся к группам риска по ожирению и сахарному диабету, включая «неблагоприятные» по ожирению семьи, у людей сидячих профессий, работников общественного питания [6].

В группу риска по сахарному диабету входят, кроме лиц, страдающих ожирением, родственники больных сахарным диабетом в связи с большей степенью родства и большим числом родственников по линии отца и матери, страдающих сахарным диабетом, а также женщины, родившие крупный плод и с различной патологией беременности, лица с разнообразной патологией эндокринной системы. Эти сведения важны не только для первичной профилактики ожирения и сахарного диабета у здоровых лиц, но и для людей, страдающих АГ и ИБС. Вероятно, в эти группы необходимо включать и лиц-носителей антигена гистосовместимости HLA (B₈, B_{W15}, B_{W18}, D_{W3}), которые чаще встречаются при сахарном диабете.

Безусловно, и для первичной, и для вторичной профилактики ожирения и сахарного диабета необходимо соблюдение режима питания, качества и количества потребляемых пищевых ингредиентов, их калоража.

Профилактика метаболического синдрома как важнейшей причины ХСН также имеет важное клиническое значение. При этом она направлена на ликвидацию инсулинорезистентности как важного проявления этого синдрома, нормализацию обмена веществ. Этого можно достичь благодаря соблюдению здорового образа жизни, рационального питания, использования лечебных мероприятий. Проведенные в этом плане на 13 167 людях, которые не болели сахарным диабетом, исследования показали, что уровень инсулина натощак коррелирует с калорийностью пищи и зависит от состава пищевых компонентов. Субкалорийная диета и нагрузки способствуют повышению толерантности к глюкозе, снижению уровней инсулина, холестерина и триглицеридов в плазме крови, существенному снижению систолического и диастолического АД. У людей с абдоминальным ожирением увеличивается степень инсулинорезистентности. При

значительном употреблении клетчатки улучшается чувствительность тканей к инсулину, снижается риск гипертриглицеридемии [7].

Высокая распространенность среди населения факторов риска заболеваний сердечнососудистой системы и их осложнений (курение, ожирение, гиподинамия, нарушение липидного обмена и др.) требует активного профилактического вмешательства (в целом предупреждения ИБС, АГ, кардиомиопатий, дистрофии миокарда и других заболеваний сердечно-сосудистой системы). Именно в этом плане залогом успеха может быть раннее выявление факторов риска и раннее профилактическое воздействие на них.

Важное значение для профилактики ХСН имеет лечение и предупреждение фибрилляции (мерцания) предсердий и других нарушений сердечного ритма. Известно, что как только у больных возникает предсердная фибрилляция (пароксизмы мерцания), она быстро приводит к нарастанию тяжести сердечной недостаточности, особенно в связи с неконтролируемым возрастанием частоты сердечных сокращений. Это связано с тем, что тахикардия приводит к укорочению времени диастолического наполнения желудочков и периоду питания миокарда. Существенное значение при этом в развитии сердечной недостаточности придается отсутствию вклада сокращения предсердий в наполнение желудочков и высокой степени нерегулярности ритма желудочков. В связи с этим восстановление синусового ритма может служить важным профилактическим мероприятием в отношении развития сердечной недостаточности. Поскольку она часто затрудняет сохранение синусового ритма, поэтому должно предшествовать проведению кардиоверсии. Кроме того, важно учитывать, что длительность нарушений сердечного ритма существенно усиливает те изменения в тканях миокарда, которые при них возникают и которые в то же время могут усугублять дисфункцию миокарда. В связи с этим считают, что любая задержка в коррекции сердечного ритма является нежелательной [8].

Результаты отдельных исследований свидетельствуют о том, что использование ингибиторов АПФ, начатое перед проведением кардиоверсии у больных хронической фибрилляцией предсердий, может заметно способствовать поддержанию синусового ритма. Кроме того, адренергическая инактивация снижает частоту аритмогенных преждевременных возбуждений предсердий и может приводить к удлинению рефрактерного периода. В этом аспекте блокаторы бета-адренергических рецепторов и кордарон оказывают аналогичное положительное действие на больных с патологией сердечнососудистой системы. Особое значение имеет использование блокаторов бета-адренергических рецепторов для больных с ИБС, у которых эти препараты могут служить одновременно и для воздействия на ишемию миокарда, и для профилактики нарушений сердечного ритма. Эти же обе стороны действия блокаторов бета-адренергических рецепторов могут служить важным профилактическим мероприятием в отношении развития сердечной недостаточности у этих больных.

Поддержанию синусового ритма может способствовать хирургическое вмешательство на предсердии (особенно левом), проведенное одновременно, например, с замещением митрального клапана у больных с митральным пороком сердца (клапанной болезнью сердца).

Если не удается добиться восстановления синусового ритма, то для предупреждения дальнейшего ухудшения функционального состояния сердца и развития кардиомиопатии вследствие тахикардии обязательным является контроль за адекватной частотой сокращений сердца.

В профилактике нарушений сердечного ритма придают значение лекарственным травам: горицвету, цветам боярышника, материнке, мелиссе, корню валерианы, вербене [9].

Важное значение в предупреждении развития ХСН у больных с сердечнососудистыми заболеваниями имеют раннее выявление и адекватное лечение присоединившихся инфекционных заболеваний (катар верхних дыхательных путей, грипп, обострение хронического тонзиллита). В этом плане важно учитывать, что при хроническом тонзиллите возникают поражения сердца в виде функциональных нарушений и дистрофии миокарда. В свою очередь, будучи субстратом многих некронарогенных поражений сердца, а также сами по себе, они могут приводить в будущем к сердечной недостаточности. При этом важную роль приобретают активация симпатико-адреналовой системы, патогенные стафилококки, стрептококки [10]. В связи с этим умелое лечение больных с хроническим тонзиллитом может служить мерой профилактики ХСН у кардиологических больных.

Профилактику ХСН следует проводить не только с точки зрения ее этиологии, но и с точки зрения ее патогенеза («патогенетическая профилактика»). В этом плане мы хотим подчеркнуть значение активации ряда систем нейрогуморальной регуляции. Не следует забывать, что первоначальное включение нейрогуморальных регуляторных систем, особенно вазоконстрикторных, антидиуретических и антинатрийуретических, имеет адаптационно-компенсаторное значение и направлено на поддержание гемодинамики и сосудистого тонуса, объема циркулирующей крови. При этом поддержание активности названных регуляторных систем может способствовать сохранению адекватного состояния процессов гемодинамики и метаболизма на должном уровне [1]. Вопросы дальнейших изменений активности регуляторных систем и их коррекции освещены достаточно подробно. Мы хотим лишь заметить, что своевременное и адекватное назначение ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина II, блокаторов бета-адренергических рецепторов, антагонистов кальция (амлодипина) может способствовать лечению не только ИБС и АГ, но и оказывать воздействие на развивающуюся дисфункцию миокарда, скрытую или маловыраженную ХСН.

Кроме коррекции состояния нейрогуморальных механизмов развития ХСН, в целях ее профилактики мы хотим обратить внимание на коррекцию состояния эндотелия у больных с патологией сердечнососудистой системы [3]. Здесь мы имеем в виду наличие эндотелиальной дисфункции у больных с АГ или ИБС, другой патологии без ХСН.

Одним из действенных направлений профилактики, способным привести к изменению поведения здоровых и больных людей с патологией сердечнососудистой системы, является санитарное просвещение населения. Работа по повышению знаний о факторах риска, их влияния на состояние здоровья, в том числе и на возникновение и развитие ХСН, входит необходимым компонентом в программу интегральной профилактики названной патологии.

Таким образом, на основании результатов собственных наблюдений за больными с заболеваниями сердечнососудистой системы и современных положений о профилактике ХСН в рамках профилактических мероприятий в отношении предупреждения развития патологии кровообращения можно отметить, что своевременная коррекция факторов риска названных заболеваний может давать положительные результаты. Залогом успеха в этом аспекте могут служить раннее выявление факторов риска развития заболеваний сердечнососудистой системы и адекватная их диагностика.

Список литературы:

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН // Журнал Сердечная Недостаточность. - 2010. - №4 (6). - С.276—297.
2. Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В. Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // Журнал Сердечная недостаточность. - 2004. - №5 (1). - С.4—7.
3. Арутюнов Г. П., Костюкевич О.И., Рылова Н.В. Питание больных с ХСН: проблемы нутритивной поддержки (решенные и нерешенные аспекты) // Тер. Архив. - 2003. - №75 (8). - С.88-92.
5. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. Избранные лекции по кардиологии.- М.: ГЭОТАР -Медиа. 2006. - 432 с.
6. Winkelmann BR. American Heart Association scientific sessions // Expert Opin Investig Drugs. 2004 Apr;13(4):435-45.
7. Yao QH, Cui CC, Sun S. Recent progress on cardiac contractility modulation strategy in the treatment of chronic heart failure// Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi. 2011 Dec;39(12):1157-9.
8. Savarese G, Losco T, Parente A, Musella F, Pirozzi E, Mosca S, Casaretti L, Formisano R, Conte S, Bologna A, Mattiello G, Perrone-Filardi P. Clinical applications of MIBG SPECT in chronic heart failure // G Ital Cardiol (Rome). 2012 Feb;13(2):91-7.
9. Weinbrenner S, Langer T, Scherer M, Störk S, Ertl G, Muth Ch, Hoppe UC, Kopp I, Ollenschläger G The German National Disease Management Guideline "Chronic Heart Failure". // Dtsch Med Wochenschr. 2012 Feb;137(5):219-27.
10. Simel DL. NICE guideline for management of chronic heart failure in adults // Ann Intern Med. 2012 Jan 3;156(1 Pt 1):69-70

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПЕРЕСТРОЕК НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ССЗ) У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Канимкулова Ф.А.

«Western clinic», Атырау, Казахстан

ӘЙЕЛДЕРДЕГІ МЕНОПАУЗАДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ГОРМОНАЛДЫ ҚАЙТА ӨЗГЕРІСТЕРДІҢ ЖҮРЕК ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНА ӨСЕРІ

Канимкулова Ф.А.

«Western clinic», Атырау, Казахстан

Менопаузаға байланысты әйелдердегі жыныс гормондарының деңгейінің өзгерісі артериальды гипертония мен жүректің ишемия ауруының ағымына өсері зерттелді. 20 әйел зерттеуде болды. Зерттеуде болған менопаузадан кейінгі кезеңдегі әйелдерде прогестерон деңгейі 0,4 және одан да төмендеген кезде төменгі тығыздықтағы липопротеидтің көбеюі мен дене салмағы индексінің артуы артериялық қан қысымының тұрақсыздануына және стенокардия ұстамасының жиілеуіне алып келді.

Резюме Изучалось влияние уровня половых гормонов на течение артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца у женщин в постменопаузальном периоде. Обследовано 20 женщин. В постменопаузальном периоде у обследованных при снижении уровня прогестерона – 0,4 и менее наблюдались увеличение липопротеида низкой плотности и индекса массы тела, которые приводили к нестабильному повышению АД и учащению приступов стенокардии.

The influence of hormonal shifts on the course of cardiovascular disease in postmenopausal women

Kanimkulova Fatima

“Western clinic”, Atyrau city, Kazakhstan

Abstract The paper studied the influence of estrogen and progesterone levels in 20 postmenopausal women with primary hypertension and ischemic heart disease we have found that postmenopausal women with progesterone levels of 0.4 ng/ml or less had elevated levels of low density lipoprotein (LDL), body mass index (BMI), worsening of blood pressure control and increased incidence of unstable angina.

Актуальность проблемы менопаузы обусловлена стремительным ростом числа людей старших возрастных групп и преобладанием среди них женщин. Поэтому большое внимание в последние годы уделяется вопросам здоровья женщины в менопаузе. Приблизительно треть жизни они проводят в этом периоде. Следует отметить, что менопаузальный период сопровождается значительным снижением качества жизни за счет развития сердечно-сосудистых и других заболеваний [1,2].

В периоде менопаузы снижается уровень эстрогенов. Наибольшей биологической активностью в организме женщины обладает 17-β-эстрадиол. Снижение его секреции в яичниках начинается приблизительно за 5 лет до прекращения менструаций и вскоре после менопаузы достигает нулевых значений. Основным эстрогенным гормоном, циркулирующим в организме женщины в постменопаузе, является эстрон [3].

Цель: изучение влияния уровня половых гормонов на развитие и течение сердечно-сосудистой патологии у женщин в постменопаузальном периоде.

Материалы и методы: Наблюдалось 20 женщин в возрасте от 44 до 60 лет с наличием сопутствующей патологией: артериальная гипертония - у 14 пациенток, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 6.

У всех определялись следующие показатели: длительность постменопаузального периода, уровень половых гормонов в крови (эстроген, прогестерон, тестостерон), уровень гликемии, показатели липидов (общий холестерин, ХС ЛПНП, триглицериды), индекс массы тела.

Результаты: При анализе гормонального статуса уровень эстрогена у пациенток в возрасте от 44 до 60 лет остается в пределах нормы. При этом самые низкие уровни: прогестерона наблюдается при 9-15лет длительности постменопаузы – 0,33нг/мл, тестостерона при длительности постменопаузы более 15лет – до 0,21нг/мл.

Таблица 1- Возраст исследуемых пациенток

Длительность постменопаузы(лет)	Количество пациенток(абсолютное число)	Средний возраст наступления менопаузы
1-3	6	51,5 лет (44-57 лет)
3-6	5	55,4 года(51 – 60лет)
6-9	3	58лет
9-15	3	52г
15 – 20	3	62 года (59-68лет)

Таблица 2- Уровень эстрогена, прогестерона, тестостерона и индекс массы тела у исследуемых пациентов

Длительность постменопаузы, лет	Средний уровень эстрогена, нг/мл	Средний уровень прогестерона, нг/мл	Средний уровень тестостерона, нг/мл	Индекс массы тела
1- 3	44,15	1,22	1,87	30,8
3-6	55,3	0,43	0,53	31,9
6-9	78,7	0,67	0,5	32,0
9-15	78,4	0,33	0,58	33,1
15 – 20	78,2	0,54	0,21	31,6

У 20 исследуемых пациенток наблюдается наличие избыточной массы тела, причем самый высокий показатель индекса массы тела – 33,1 при длительности менопаузы-9-15лет. Чем длительнее менопаузальный период, тем выше индекс массы

тела и ниже уровень прогестерона и тестостерона. При уровне прогестерона – 0,4 и менее наблюдается ухудшение самочувствия в виде нестабильности АД, учащение приступов стенокардии, нарастание явлений сердечной недостаточности.

Таблица 3- Уровень липидов крови

Длительность постменопаузы, лет	Средний общий холестерин, моль/л	Средний ХС ЛПНП, моль/л	Средний ХС ЛПВП, моль/л	Средний уровень триглицеридов, моль/л
1- 3	9,4	7,6	0,6	2,4
3-6	6,9	6,2	1,3	2,92
6-9	9,0	5,6	1,0	3,15
9-15	6,2	4,0	0,5	1,0
15 – 20	6,2	4,2	0,8	2,16

Самый высокий уровень общего холестерина – 9,4ммоль/л и холестерин липопротеидов низкой плотности – 7.6 ммоль/л наблюдаются при длительности постменопаузы 1-3года. В этом же сроке наблюдается самый низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности – 0,6ммоль/л. Самый высокий уровень триглицеридов – 3,15ммоль/л при сроке длительности постменопаузы- 6-9лет.

Выводы: анализ данных 20 исследуемых пациенток показывает, что при наличии постменопаузы снижается уровень прогестерона, который ведет к росту атерогенных липидов. При сочетании данных факторов с увеличением индекса массы тела приводит к усугублению проявлений сердечной патологии.

Литература:

1. Загородная П.С. Состояние липидного обмена и сердечно-сосудистой системы у женщин на дисметаболической кардиопатией с ожирением. Материалы научно-практической конференции, посвященных науки в Украине и 205-й годовщине Харьковского медицинского университета «Вклад молодых специалистов в развитии науки и практики». Харьков -2010, - С.29.
2. Быстрова М.М., Бритов А.И., Горбунов М.В.и др. //Терапевтический архив – 2001, -№10, С.33-38.
3. О. Н. Барна. Диагностика и лечение менопаузальных расстройств в терапевтической практике. //Здоровья Украины - 2003- № 81, №10, -С7.

Неврология

Neurology

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Жармухамбетова Л.Т., Нуржанова Р.Б., Раимкулова К.Б., Фадеева А.В., Раимкулова Х.Б., Бхат Н.А., Раимкулов Б.Н.
(Обзор литературы)*

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ГКБ №7, Алматы, Республика Казахстан

В статье представлены данные о сосудистой патологии головного мозга на фоне артериальной гипертензии, атеросклероза и сахарного диабета.

Тұжырым Мақалада артериалды гипертензия, атеросклероз, қант диабет кезіндегі ми қан тамырларының патология туралы келтірілген.

Chronic cerebral ischemia and arterial hypertension, Atherosclerosis and diabetes

*Zharmuhambetova LT, Nurzhanov RB, CB Raimkulova, Fadeeva, AV, Raimkulova HB, NA Bhat, BN Raimkulov
(Literature Review)*

KazNMU them. SD Asfendiyarov, Clinical Hospital № 7, Almaty, Kazakhstan

The article presents data on vascular disease of the brain against the background of hypertension, atherosclerosis, and diabetes.

Сосудистая патология головного мозга имеет значительную распространенность, летальность и инвалидизацией лиц

наиболее трудоспособного возраста (Е.В. Шмидт с соавт., 1979, 1980) [1].Чаще всего встречается поражение головного мозга сосудистой этиологии, к которым относятся инсульт и хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга (В.В. Захаров, 2003, 2005; Дамулин И.В., 1997.) [2,3]. Поэтому одной из актуальных проблем в современной неврологии является профилактика, ранняя диагностика и лечение сосудистых заболеваний головного мозга. (Камчатнов П.Р., 2004; Манвелов Л. С., Кадыков А.С., 2000; Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С., 1993, 2001; Robertson C.S. et all, 2002, Sheinberg M, et all, 2002; Калашникова Л.А. с соавт., 1998)[4-7]. В то время как в экономически развитых стран Европы и Японии смертность имеет тенденцию к снижению, а продолжительность активной жизни, населения увеличивается из года в год, в странах СНГ показатель смертности от цереброваскулярной патологии – остается одним из самых высоких в мире (247,2 на 100 тыс. населения на 2001 год), сохраняется тенденция инвалидности населения от инсультов (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., 2001; Шляхто

Е.В., 2001г) [8-10]. В России по данным Н.Н. Яхно с сотрудниками (2005, 2006) в течение первого года после инсульта умирают более 50% больных, а около 20% становятся инвалидами первой группы и полностью зависят от окружающих [11]. Распространенность различных форм цереброваскулярных поражений составляет 13,3% среди всех заболеваний; среди них начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения - 45,3% от всей обнаруженной патологии, дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) — 27,7%, преходящих нарушений мозгового кровообращения - 5,4%, мозгового инсульта и его последствий — 21,6% [24-26]. Заболеваемость во всех возрастных группах среди мужчин выше, чем среди женщин и с каждым последующим десятилетием жизни увеличивается примерно в 1,5 раза (Исмагилов М. Ф., Шаловал Н. С., Дамулин И.В., 1997) [12]. Среди сосудистых заболеваний головного мозга особое место по своей значимости занимает прогрессивная 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 (Яхно Н.Н., 1995; Cumings J.L., Benson D.F., 1984); [13-17]. Термин «дисциркуляторная» энцефалопатия, больше подходит для ХИГМ, 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 [1-3, 8]. 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; Israel L., Dell'Accio E., Martin G., 1987) [19-20]. Между развитием ДЭ с артериальной гипертензией и сахарным диабетом имеется тесная связь (Мартынов Ю.С., Гирич Т.И., 1998; Бокебаев Т.Т., 2001) [21,22]. С каждым годом отмечается выраженная тенденция к широкому распространению, роста заболеваемости сахарным диабетом (СД) во всех странах мира. По результатам исследования инициативной группы ВОЗ, в мире насчитывается более 150 млн. больных диабетом [21]. По данным М.Е.Зельцера [22] в Республике Казахстан сахарным диабетом страдают более 100000 человек. В экономически развитых странах Американского и Европейского континента распространенность сахарного диабета составляет 5-6% и имеет тенденцию к дальнейшему повышению с приростом 1-1,5% в год (Балаболкин М.И., 1998; Прихожан В.М., 1981; Мехтиева Э.Х., 1973; Арзуметова Д.С., 1984; Ефимов А.С., Скробонская Н.А. 1985; Хусаинов К.Д., Рахмонов, 1996) [22-25]. Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых в области диабетологии, вопросы этиологии и патогенеза СД, ранних и поздних осложнений до конца не изучены (Дедов И.И., 1998; Oliveria T.V., Gorz A.M., 1988) [26,27]. Под сахарным диабетом (СД) подразумевается клинический синдром хронической гипергликемии и глюкозурии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводящий к нарушению обмена веществ, поражению сосудов, многочисленным нейропатиям, патологическим изменениям в различных органах и тканях чаще на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии или их сочетания (Doucet J., Schrub J., 1987; Fellicetta I.V., Sowers I.R., 1988; Щербак А.В., 1989; Балаболкин М.И., Исламбеков Р.Р., 1989; Бален С.А., Боровик Л.Н., 1976; Жиц М.З., Кондакова О.А., 1981; Кремкова Е.В., Ильина Т.Г., 1996; Brown M.K., Dusk P.J., 1982) [28,29]. Несомненно, наряду с широкой распространенностью, СД является одним из ведущих факторов риска развития хронической ишемии головного мозга и атеросклероза с присоединением артериальной гипертензии с развитием в дальнейшем сосудистых мозговых катастроф (Yu Y.L., 1988) [30].

Вопрос о первичности СД или хронической ишемической болезни головного мозга и артериальной гипертензии остается открытым. До сих пор в научной литературе дискутируются проблемы наличия специфического поражения структур головного мозга при СД. Отдельные авторы (Меликсетян М.М., Мятчин М.Ю., 1984; Мартынов Ю.С., Сучкова И.А. 1978) выдвигают гипотезу не являются ли эти поражения осложнением либо проявлением основного заболевания. [31]. Наличие высокой инвалидизации и смертности от острых и хронических нарушений мозгового кровообращения при СД [32] предполагает рассматривать органические изменения в структурах головного мозга в рамках определенных стадий развития церебральных проявлений и осложнений диабета. Наиболее частой причиной особенно ишемического инсульта является хроническая недостаточность мозгового кровообращения в результате атеросклероза сосудов головного мозга [33]. С целью выявления заболевания широко используются современные методы диагностики [34], и нейровизуализации (компьютерная и ядерно-магнитно-резонансная томография), высокочувствительные, нейropsихологические и вегетативные тесты, для более глубокого изучения гемодинамических нарушений центральной и регионарной уровня (УЗДГ). До сих пор еще не разработаны эффективные методы лечения сочетания СД с хронической ишемией головного мозга в совокупности с артериальной гипертензией. К тому же в доступной научной литературе недостаточно сведений о нейropsихологических, вегетативных нарушениях у больных с хронической ишемией головного мозга на фоне сахарного диабета и артериальной гипертензии, что и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Шмидт Е.В., Макинский Т.А. Мозговой инсульт: Заболеваемость и смертность. // Ж. невропат. и психиатр.-1979.-№4.-с.427-432.
2. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. М.: ГеотарМед, 2003. С. 150.
3. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте / Автореферат дисс... д. м. н. М., 1997. 32 с.
4. Камчатнов П.Р. Дисциркуляторная энцефалопатия – некоторые вопросы киники и терапии. Русский медицинский журнал–2004.–Т.12.–№24.–С.1414–1417.
5. Манвелов Л. С., Кадыков А.С. Дисциркуляторная энцефалопатия. Клиническая геронтология.–2000.–Т.6.–№9–10.–С.21–27.
6. Верещагин Н.В., Борисенко В. В., Власенко А.Г. Мозговое кровообращение. - М., 1993. 208 с.
7. Robertson CS, Contant CF, Gokaslan ZL, et al: Cerebral blood flow, arteriovenous oxygen difference, and outcome in head injured patients. J Neurol Neurosurg Psychiatry 55: 594-603, 2002, 26.
8. Алмазов В.А., Шляхто Е.В. «Кардиология для практического врача. Гипертоническая болезнь.», Санкт–Петербург, 2001г.
9. Гогин Е. Е. Гипертоническая болезнь. М.М.,–1997. с.224
10. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. М.,–2005.
11. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Яхно Н.Н., Парфенов В.А. «Артериальная гипертония и церебральный инсульт», Москва 2001г.
12. 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.
13. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М: Медицина 2001;с.19-24.
14. Bennett D.A., Gilley D.W., Lee S., Cochran E.J. White matter changes: Neurobehavioral manifestations of Binswanger's disease and clinical correlates in Alzheimer's disease. /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.20-24.

15. Chawluk J.B., Alavi A. Neuroimaging of normal brain aging and dementia. /In: Neuroimaging: A companion to Adams and Victor's Principles of neurology. Ed. J.O.Greenberg. -New York: McGraw-Hill, Inc. -1995. -P. 253-282

16. Chimowitz M.I., Thompson D.W., Furlan A.J. Common vascular problems in office practice. /In: Office Practice of Neurology. Ed. by M.A.Samuels, S.Feske. -New York etc.: 3-2001. -P. 125-128

17. Cummings J.L., Benson D.F. Subcortical dementia. Review of an emerging concept. //Arch Neurol. -1984. -V.41. -P.874-879.

18. Fisher C.M. Lacunar strokes and infarcts.//Neurology. -1982. -V.32. -P.871-876.

19. Карлов В. В., Куликов Ю.А., Ильина Н.Л., Грабовская Н.В. Дисциркуляторная энцефалопатия у больных артериальной гипертензией //Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. 1997, Т. 97, N5. С. 15-18.

20. 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.

21. Мартынов Ю.С., Гирич Т.И., Кунцевич Г.И. и др. Диагностика, лечение и профилактика ранних стадий недостаточности мозгового кровообращения //Журн. неврол. и псих. им. С.С. Корсакова. 1998, Т. 98, N8. С. 14-18.

22. Бокебаев Т.Т. Церебральные проявления сахарного диабета. Диабетическая энцефалопатия патогенетические аспекты, клиника, диагностика, принципы лечения: автореф. д-ра мед.наук.-Алматы.2001.-с.23.

23. Зельцер М.Е. Сахарный диабет в Казахстане как медико-социальная проблема //Здравоохранение Казахстана.-1994.-N9.-с.44-45.

24. Балаболкин М.И.Эндокринология. -Москва:"Универсум паблишинг", 1998.-с.367-492.

25. Хусаинов К.Д.,Рахмонов Ш.Р.,Мансурова Н. и др. Этиопатогенетическая гетерогенность сахарного диабета // II

Международный конгресс диабетологов Центральной Азии, Ташкент, 1996.-Тезисы докладов.-с.23

26. Дедов И.И. Основные достижения по научным исследованиям направления "Сахарный диабет" //Вестник Российской АМН. Москва: Медицина.-1998.-N7.-с.24-29.

27.Oliveria T.V., Gorz A.M., Bittencourt P.R. Diabetec mellitus como fator prognostico em doenca cerebrovascular isguemica //Arg.Neuropsiquatr.,-1988.-46.-N.3.-p.287-291.

28.Doucet J., Schrub J. Pathogenic de la neuropathic diabetigne. Hypotheses actualles //Sem.Hop.,1987.-v.63.-N 1-2.-p.83-87.

29. Brown M.K., Dyck P.J., MacClearn G.E.et.al. Central and peripheral nervous system complications //Diabetes.-1982.-v.31.-Suppl.I.-p.65-70.

30. Woo E., Ma J.T.C., Robinson J.D., Yu Y.L. Hyperglycemia is a stress response in acute stroke//Stroke.-1988.-v.153.-N.11.-p.1359-1364.

31. Меликсетян М.М.,Мятчин М.Ю. Особенности церебровас- 5 кулярных нарушений при сахарном диабете // Соматогенные нарушения мозгового кровообращения.-М.,1984.-с.115-117.

32. Мартынов Ю.С., Сучкова И.А. Особенности течения нарушений мозгового кровообращения при сахарном диабете //Журн.невропатол.и психиатр.-1978.-N7.-с.972-978.

33.Shapiro L. A prospective study of heart disease in diabetes mellitus.-quart.J.Med.,-1984.-v.53.-N209.-p.55-58.

34. Хоштария Н.К.,Бурдиладзе Л.П. К клинимо-морфологической характеристике нарушений мозгового кровообращения у больных сахарным диабетом //Некоторые актуальные вопросы ангионеврологии.-Тбилиси,1984.-с.65-71.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (Обзор литературы)

*Бхат Н.А., Жармухамбетова Л.Т., Нуржанова Р.Б., Раимкулова Х.Б., Раимкулова К.Б., Фадеева А.В., Раимкулов Б.Н.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, ГКБ №7, Алматы, Республика Казахстан*

В статье представлен материал о патогенетических аспектах дисциркуляторной энцефалопатии на фоне артериальной гипертензии.

Рассматриваются методологические вопросы рубрикации дисциркуляторной энцефалопатии, этиопатогенетические факторы дисциркуляторной энцефалопатии и сосудистой деменции, клинические особенности дисциркуляторной энцефалопатии, диагностика, лечение.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, деменция, клиника, диагностика и лечение дисциркуляторной энцефалопатии.

Тұжырым

Мақалада Артериалды гипертензия кезіндегі дисциркуляторлы энцефалопатияның патогенетикалық аспектілері туралы жазылған.

Pathogenetic aspects of chronic cerebral ischemia, in combination with arterial hypertension

(Literature Review)

*Bhat N.A., Zharmukhambetova L.T., Nurzhanov R.B., H.B. Raimkulova, Raimkulova K.B., Fadeeva A.V., B.N.Raimkulov
KazNMU them. SD Asfendiyarov, Clinical Hospital № 7, Almaty, Kazakhstan*

Abstract The article presents materials on the pathogenetic aspects of dyscirculatory encephalopathy (DEP) on the background of hypertension. Methodological issues of rubrication of dyscirculatory encephalopathy, etiopathogenetical factors dyscirculatory encephalopathy and vascular dementia, the clinical features of dyscirculatory encephalopathy, diagnosis, treatment are considered.

Keywords dyscirculatory encephalopathy, dementia, clinical picture, diagnosis and treatment, dyscirculatory encephalopathy.

Клинические особенности ДЭП, в отличие от острых нарушений мозгового кровообращения прежде всего связаны с поражением мелких мозговых артерий (церебральная микроангиопатия) [1,2]. Церебральная микроангиопатия проявляется на фоне артериальной гипертензии, которая в свою очередь вызывает артериосклероз (липогиалиноз) мелких пенетрирующих артерий и артериол (гипертоническая артериопатия). В основе патогенеза заболевания лежат: изменение физико-химических свойств крови, морфологические изменения стенок сосудов, нарушение макро- и микроциркуляции, недостаточность мозгового кровообращения, гипоксия мозговой ткани, многоочаговое поражение мозга. По данным исследователей (Виберс Д.О., Фейгин В.Л., Браун Р.Д., 1999; Яхно Н.Н., Штульмана Д.Р., 2001) [1-4] в настоящее время под дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) принято понимать клинический синдром поражения головного мозга сосудистой этиологии, в основе которого могут лежать как повторные инсульты, так и хроническая недостаточность кровоснабжения головного мозга или их сочетание [1-6]. При цереброваскулярной патологии, наряду с последствиями перенесенных инсультов, присутствуют также неврологические, эмоциональные и когнитивные симптомы дисфункции лобных долей головного мозга, которые развиваются в результате нарушения связей между лобной корой и подкорковыми базальными ганглиями (феномен «разобщения»). По данным Шмырева В.И., Остроумовой О.Д., 2003; Forrete F., Seux M., 2006., причиной «разобщения» являются диффузные изменения белого вещества головного мозга, которые, как говорилось выше, являются следствием артериальной гипертензии [1,2,6-8]. Существуют две стадии ДЭП, которые объединены общими признаками, четко свидетельствующими о расстройстве кровообращения в головном мозге. Многочисленные анатомо-морфологические сосудистые изменения, такие как стенозирование, облитерация, надрыв и разрыв стенки, пассивное расширение, изменения микроциркуляторного русла, преобладание процессов загустевания и фиброзов микрососудов и т.д. - все это приводит к снижению дебита мозгового кровотока (с нормы 55 до 45-30 мл/100 г/мин) [1-9]. Распространенное поражение мелких артерий вызывает несколько основных типов изменений. Наиболее хорошо известны два из них: диффузное двустороннее поражение белого вещества (лейкоэнцефалопатия), множественные лакунарные инфаркты. Соответственно можно выделить лейкоэнцефалопатический (бинсвангеровский) вариант ДЭП, при котором выявляется диффузное поражение белого вещества (иногда в комбинации с лакунами), и лакунарный вариант ДЭП, характеризующийся наличием множественных лакунарных очагов с окклюзией мелких артерий. В генезе диффузного поражения белого вещества ведущая роль принадлежит повторяющимся эпизодам гипоперфузии, из-за распространенной патологии микрососудов и системной артериальной гипотензии, которая может провоцироваться неадекватной гипотензивной терапией, ортостатической гипотензией вследствие вегетативной недостаточности, например при принятии вертикального положения или длительном стоянии, а также снижением сердечного выброса, например при пароксизмальных нарушениях сердечного ритма и т.д. Поражение мелких пенетрирующих сосудов, приводящее к диффузному поражению белого вещества, характеризуется не только их стенозом, но и, что не менее важно, их ареактивностью, в основе которой может лежать дисфункция эндотелия. Это приводит к нарушению ауторегуляции мозгового кровообращения, обеднению гемодинамического резерва и сужению "коридора" допустимых изменений перфузии. Из-за того, что в результате эндотелиальной дисфункции и последующего склероза, вызванными стойкой артериальной гипертензией или иными причинами, мелкие сосуды утрачивают способность расширяться, становится невозможным

перераспределение перфузии в пользу активно работающих отделов мозга, а это в свою очередь приводит к их функциональной инактивации, а затем - и к необратимому повреждению. Преимущественное страдание белого вещества в перивентрикулярном и глубинных отделах при церебральной гипоперфузии объясняется особым характером их кровоснабжения, обеспечиваемого сосудами терминального типа, не имеющими коллатералей. При хронической гипоперфузии или повторных преходящих эпизодах гипоперфузии в глубинных слоях белого вещества полушарий развиваются неполные инфаркты, с демиелинизацией, гибелью олигодендроцитов, утратой аксонов, глиозом, и (в отличие от ишемического инсульта) отсутствием очагов некроза. В зонах диффузного поражения белого вещества при патоморфологическом исследовании обнаруживают множественные мелкие инфаркты и кисты, расширение периваскулярных пространств с развитием *état criblé*, периваскулярный отек, валлеровская дегенерация, ангиозктазии и другие изменения [1,2,9]. Повторные эпизоды церебральных гипертензивных кризов, сопровождающиеся поражением сосудистого эндотелия, вазогенным отеком мозга, трансудацией плазменных белков и, возможно, токсических веществ, приводят к периваскулярному энцефалолизу. Гибель структурных элементов белого вещества при недостаточном замещении образовавшихся дефектов астроцитами в тяжелых случаях приводит к формированию губчатой структуры белого вещества мозга (спонгиоз) [2-4,8]. Множественные лакунарные инфаркты в глубинных отделах мозга в отсутствии диффузного поражения белого вещества (лакунарный статус), сочетается с микроатероматозом начального отдела пенетрирующих артерий, идущих в глубь мозга, или закрытием атеросклеротической бляшкой просвета крупных сосудов в месте отхождения от него пенетрирующих ветвей. Наряду с поражением глубинных отделов мозга у больных с церебральной микроангиопатией могут выявляться гранулярная атрофия корковых отделов и корковые микроинфаркты. Микроинфаркты - небольшие ишемические очаги до 5 мм в диаметре, выявляемые только при микроскопии. Они часто включают изменения, характерные для неполного инфаркта (снижение численности нейронов, аксонов, глиоз) и могут локализоваться как в коре, так и подкорковых структурах. Микроинфаркты могут быть связаны с артериосклерозом, атеросклерозом крупных мозговых артерий, микроэмболией. Поражение крупных церебральных сосудов, основной причиной которого является атеросклероз, приводит к развитию более обширных (территориальных) корковых или подкорковых инфарктов и чаще бывает причиной инсультов, чем безинсультной ДЭП. При множественном атеросклеротическом стенозе крупных артерий возможно развитие прогрессивного ишемического поражения в зонах смежного кровообращения (водораздельные зоны), находящихся на границе крупных сосудистых бассейнов. Морфологически в этих зонах определяется ламинарный корковый некроз, микроинфаркты, неполные инфаркты и другие варианты селективной гибели нейронов (без формирования очагов некроза). В патогенезе поражения мозга при патологии крупных сосудов важное значение может иметь не только снижение перфузии, но и микроэмболизация [2,10]. Иногда ДЭП бывает результатом сочетанного поражения крупных и мелких мозговых артерий, соответственно при нейровизуализационном или патоморфологическом исследовании в этих случаях выявляется комбинация различных типов поражений. Обязательным компонентом морфологической картины ДЭП является церебральная атрофия, которая может отражать наличие микроинфарктов, валлеровской дегенерации или непосредственно связана с гипоперфузией коры. У части больных церебральная атрофия отражает присоединение альцгеймеровских изменений в виде сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубочков. Важными дополнительными

факторами повреждения мозга при ДЭП, особенно при ее лейкоэнцефалопатическом варианте, являются: сердечная недостаточность, приводящая к ограничению перфузии головного мозга, изменение реологических свойств и свертываемости крови (например, вследствие распространенной эндотелиальной дисфункции, полицитемии, тромбоцитоза, гиперфибриногенемии, гиперлипидемии и т.д.); нарушение венозного оттока при стенозе или окклюзии глубоких мозговых вен или правожелудочковой недостаточности; апноэ во сне, вызывающие гипоксемию, нарушения сердечного ритма, колебания артериального давления; сахарный диабет; вторичные ликвородинамические нарушения.

Условно разделяют два основных патогенетических варианта развития сосудистой энцефалопатии.

1) Атеросклеротическая форма – преобладает поражение крупных магистральных и внутричерепных сосудов (стеноз), при этом преобладают крупноочаговые изменения.

2) Гипертоническая форма – патологический процесс локализован в более мелких ветвях сосудистой системы головного мозга. При развитии данной формы происходит снижение мозгового кровотока, нарастание глутаматной эксайтотоксичности, накопление кальция и лактатацидоз, активация внутриклеточных ферментов, активация местного и системного протеолиза, возникновение и прогрессирование антиоксидатного стресса, экспрессия генов раннего реагирования с развитием депрессии пластических белковых и снижением энергетических процессов. Отдаленные последствия ишемии проявляются в виде локальной воспалительной реакции, микроциркуляторные нарушения, повреждения ГЭБ. При этом возникают критические уровни мозгового кровотока и реакции ткани мозга:

Первый уровень (менее 50 мл/100г/мин), со снижением синтеза белков, экспрессией генов,

Второй уровень (до 35 мл/100г/мин) с активацией анаэробного гликолиза, увеличением концентрации лактата, развитием ацидоза и цитотоксического отека мозга.

Третий уровень (до 20 мл/100г/мин) с дестабилизацией клеточных мембран,

нарушением каналов ионного транспорта, избыточным выбросом возбуждающих нейротрансмиттеров. Гиперстимуляция медиаторами возбуждения NMDA - рецепторов N – метил-D- аспартата, проходит в виде реакции, которая провоцирует дилатацию кальциевых каналов, способствует массивному поступлению кальция в клетки, с последующей активацией протеаз и фосфолипаз. Каскадная реакция вызывает накопление кальция и лактат ацидо, терминальную деполяризацию и исчезновение возбудимости мембраны нейрона за счет дисфункции ионного насоса (нарастания внутриклеточных и гипернатриемии и гиперкальциемии).

Оксидатный стресс проявляется как избыточное внутриклеточное накопление свободных радикалов, с активацией процессов ПОЛ и избыточным накоплением продуктов ПОЛ, усугубляющее перевозбуждение глутаматных рецепторов и усиливающее глутаматные эксайтотоксические эффекты. Таким образом, особенности клинических проявлений хронической ишемии головного мозга на фоне сахарного диабета, артериальной гипертензии (ДЭП) определяются мультифокальным характером поражения мозга и преимущественным страданием его глубоких отделов, приводящим к разобщению корковых и подкорковых структур. В виду высокой пластичности и приспособляемости системы мозгового кровообращения клиническая картина не всегда может носить выраженный характер. В наибольшей степени страдает функция лобных долей и их связей с подкорковыми и стволовыми отделами. Это предопределяет доминирующую роль когнитивных расстройств лобного типа и сложных

нарушений двигательного контроля с эмоционально-личностными нарушениями[1,2, 10-12]. Поэтому большое значение придается рядом исследователей оценке высших психических функций для определения динамики умственной работоспособности, истощаемости, эмоционально-волевых функций [1,2,6,7, 12-16].

Литература.

1. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // Русский мед. журнал.-2002.-№ 12-13.-С. 539-542.
2. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте / Автореферат дисс... д. м. н. М., 1997. 32 с.
3. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и деменция / под ред. Н.Н. Яхно. М., 2002. С. 85.
4. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы. Руководство для врачей / под ред. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушения памяти. М.: ГеотарМед, 2003. С. 150.
5. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005. Т11. 105. 2. С. 13–39.
7. Bogousslavsky J. The global stroke initiative, setting the context with the International Stroke Society // J Neurol Sciences. 2005. V. 238. Supp I.1. IS. 166.
8. Erkinjuntti T., Roman G., Gauthier S. et al. Emerging therapies for vascular dementia and vascular cognitive impairment // Stroke. 2004. Vol. 35. P. 1010–1017.
9. Forrete F., Seux M., Staessen J. et al. Prevention of dementia in randomized double blind placebo controlled Systolic hypertension in Europe (Syst-Eur trial) // Lancet. 1998. V. 352. P. 1347–1351.
10. Hansson L., Lithell H., Scoog I. et al. Study on cognition and prognosis in the elderly (SCOPE) // Blood Pressure. 1999. V. 8. P. 177–183.
11. Lovestone S., Gauthier S. Management of dementia. London: Martin Dunitz, 2001.
12. Golomb J., Kluger A., Garrard P., Ferris S. Clinician's manual on mild cognitive impairment // London: Science Press, 2001.
13. Petersen R. S. Current concepts in mild cognitive impairment // Arch. Neurol. 2001. Vol. 58. P. 1985–1992.
14. Sahin K., Stoeffler A., Fortuna P. Et al. Dementia severity and the magnitude of cognitive benefit by memantine treatment. A subgroup analysis of two placebo-controlled clinical trials in vascular dementia // Neurobiol.Aging. 2000. Vol. 21.P. S27.
15. Tzourio C., Andersen C., Chapman N. et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease // Arch Intern Med. 2003. V. 163. N. 9. P. 1069–1075.
16. Варлоу Ч.П., Деннис М.С., Жван Гейн и др. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / пер. с англ. СПб., 1998. С. 629.

ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ И ОПЫТ РАБОТЫ С ТАКИМИ БОЛЬНЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ (ОРИТ РНЦППН)

А.А. Ашимов

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

В статье рассматривается обоснование систематизации заболеваний и клинических состояний психореаниматологического профиля, приводятся критерии этих психопатологических состояний. Приводятся методы общей и специальной интенсивной терапии, выше рассматриваемых заболеваний и клинических состояний.

Ключевые слова: заболевания и клинические состояния психореаниматологического профиля, церебральный шок, urgentные и "критические состояния" в психиатрии

Psychoreanimatological diseases and clinical conditions. Modern approaches to treatment. Experience with such patients in the Intensive Care Unit of the Republican Scientific-Practical Center Of Psychiatry, Psychotherapy And Narcology (ICU of RSPCPPN)

A.A Ashimov

Kazakh National Medical University. S.D.Asfendijarov, Almaty

Abstract The article considers the rationale systematic study of diseases and clinical conditions psychoreanimatological profile, given the criteria of psychopathological conditions. The methods of general and specialized intensive care unit are provided.

Key words: Diseases and clinical conditions psychoreanimatological profile. Cerebral shock. The methods of general and specialized intensive care. Urgent, and "critical condition" in psychiatry.

Психореаниматология профильдегі аурулар және клиникалық күйлер. Бұларды емдеудің қазіргі жолдары. Республикалық психиатрия, психотерапия және наркологияның ғылыми-практикалық орталығының (РППНФПО) қарқынды терапи және реанимация бөлімшесінде айтылған ауруларды емдеу тәжірибесі.

Мақалада психореаниматологиялық бағыттағы клиникалық жағдайлар мен аурулардың жүйеленуінің негізделуі және жоғарыда аталған психопатологиялық жағдайлардың критерилері көрсетілген. Жалпы және арнайы қарқынды терапияның әдістері негізделген.

Негізгі сөздер: психореаниматологиялық бағыттағы аурулармен клиникалық жағдайлар, церебральды шок, жалпы және арнайы қарқынды терапияның әдістері, психиатриядағы шұғыл және сын сағаттағы жағдайлар.

В настоящее время в психиатрии сохранилась общее представление о том, что некоторая часть контингента психических больных нуждается для лечения в специальных интенсивных методах и особых, близких к реаниматологии, условиях. Это в основном такие психические расстройства, которые в силу большой тяжести общего состояния больных непосредственно опасны для жизни и представляют повышенный летальный риск.

Прошедшие десятилетия накапливали знания об этих заболеваниях и приближали к пониманию сути их патогенеза. Как показали работы последних лет [1], сходная тяжесть острых заболеваний, протекающих с синдромами кататонии и нарушенного сознания, неслучайна. В их основе лежат общие патогенетические механизмы – прорыв гемато – энцефалического барьера, проникновения в кровь мозговых антигенов, противомозговая аутоиммуннизация, и развертывание иммунной аутоагрессии на территории мозга. В результате развивается критическое состояние, получившее название «цереброгенный шок» [2], в клинике которого тяжелые психические расстройства сочетаются с полиорганными и полисистемными поражениями, свойственными всем шоковым состояниям: острой

недостаточностью кровообращения и дыхания, печеночно – почечной недостаточностью, расстройствами микроциркуляции, реологии и кислотно – щелочного равновесия (КЩС), синдромом дисеменированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) [3]

Самые распространенные примеры таких заболеваний – тяжелые алкогольные психозы и энцефалопатии, фебрильная шизофрения, осложнения психофармакотерапии [4].

Современное понимание патогенеза этих состояний привело к изменению подходов к их лечению. Раньше внимание акцентировалось на лечение синдрома психических расстройств с помощью психофармакологических средств. Теперь можно считать доказанным, что в отношении urgentных психиатрических состояний следует применять принципиально новую терапевтическую стратегию: вместо попыток воздействовать первично на психоз нужно воздействовать на психоз опосредованно, через коррекцию соматических расстройств [5].

Решение этих задач оказалось наиболее перспективным в рамках нового медицинского направления – психиатрической реаниматологии (психореаниматологии) родившейся на стыке психиатрии и реаниматологии.

Специфика патологических состояний, заболеваний и клинических ситуаций психореаниматологического профиля заключается в том, что в нем сочетаются:

- 1) психическая и соматическая патология, представляющая угрозу для жизни больного;
- 2) признаки urgentности в состоянии больного, требующих применения методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации [6].

Ниже представлен обзор заболеваний и клинических ситуаций психореаниматологического профиля, описанных в литературных источниках последних лет (Тихоненко В.А., 1997) [7].

1. Фебрильная шизофрения (ФШ) большинством авторов рассматривается как тяжелое заболевание. В основе патогенеза – прорыв гематоэнцефалического барьера, полиорганные (мозг, сердце, печень), аутоиммунные поражения [5]. Заболевание рассматривается как аутоиммунный энцефалит – энцефалоз.

2. Шизофрения и другие эндогенные заболевания с выраженными нарушениями гомеостаза также относятся к urgentным психиатрическим состояниям.

Шизоаффективные приступы шизофрении с кататоническими расстройствами сопровождаются изменениями гомеостаза (вегетативно – сосудистые, водно – электролитные и метаболические расстройства).

Тяжелые адинамические депрессии в рамках шизофрении сопровождаются длительным отказом от пищи и воды, при этом нарастает безволежность, гиповолемия, расстройство микроциркуляции, истощение энергетических ресурсов, застойные изменения в легких, паретические явления со стороны желудочно – кишечного тракта – основные факторы, лежащие в основе летального патогенеза этих состояний.

Тяжелые ипохондрические депрессии в рамках различных психических заболеваний, протекающие по типу раптусов с выраженными кризовыми вегетативными расстройствами, также представляют реальную опасность для жизни больного и требуют неотложной интенсивной терапии

3. Психические заболевания с опасными поведенческими расстройствами признаются urgentными психиатрическими состояниями с повышенным летальным риском. Тяжелые аутоагрессивные действия таких больных: аутоампутация конечностей со смертельным исходом, перерезание горла, самоповреждение глаз, энуклиация глаз, ампутация ушей,

ампутация молочной железы, половых органов, самосожжение требуют немедленного активного лечения - интенсивной терапии.

Внебольничные суициды часто становятся объектом психореаниматологической помощи. Наиболее распространенным способом суицидальных попыток является отравление, часто лекарственными препаратами; самые тяжелые отравления вызывают психофармакологические средства.

4. Эпилепсия является заболеванием, которому свойственны состояния с повышенным летальным риском и которую связывают фатальной сердечной аритмией. Эпилептический статус – самое грозное из проявлений эпилепсии. От припадка к припадку усиливается дыхательная недостаточность, гипоксия, развивается респираторный ацидоз, возникает гипоксический отек мозга, возможен отек легких. Летальность в неспециализированных отделениях достигает 10 – 12 % [8].

Острые эпилептические психозы встречаются у 2% больных эпилепсией, протекают с бурным возбуждением при сумеречном расстройстве сознания и относятся к ургентным психическим заболеваниям.

5. Острые психозы при органических заболеваниях головного мозга во многих случаях угрожают жизни и требуют интенсивной терапии. К ургентным психотическим состояниям нередко приводят последствия черепно-мозговой травмы, воспалительные заболевания ЦНС (энцефалит, менингит) и бактериальные инфекции для которых характерны делириозно – аментивные состояния [9]. Среди вирусных нейроинфекций особое место занимают герпетические энцефалиты. Они имеют много сходного в клинике с фебрильной шизофренией [10]. Сосудистые заболевания ЦНС могут быть причиной острых психозов с делириозной и аментивной симптоматикой, эпилептиформным синдромом [11]. Опухоли мозга и внутричерепные образования (например, кисты) также могут быть причиной острых психозов и могут попадать в поле зрения психореаниматологии.

6. Острые психозы при соматических заболеваниях возникают из-за поражения головного мозга системными факторами – токсическими, дисметаболическими, гипоксическими и пр. Нередки острые психотические состояния при тяжелых повреждениях печени и почек, хронической сердечной недостаточности, анемии. Весьма актуальны острые психозы при заболевании желез внутренней секреции.

Гериатрическая практика знает много примеров тяжелых психотических расстройств с самогенными психозами, значительную часть которых необходимо лечить в отделениях психореанимации в связи с тяжестью состояния и высоким летальным риском [12].

7. Алкогольная болезнь с ее тяжелыми поражениями внутренних органов и систем (в первую очередь печени, сердца, поджелудочной железы, и головного мозга) является источником повышенного летального риска.

Алкогольные делирии относятся к тяжелым, угрожающим жизни состояниям. Дефицит тиамина – одно из важных звеньев патогенеза этого заболевания. В клинике присутствуют грубые нарушения микроциркуляции, синдрома ДВС, нарушение водно-электролитного баланса, газового состава крови, объема циркулирующей крови, нарушение гемодинамики. Сложная полисиндромная патология алкогольного делирия требует не только реаниматологически грамотно организованного инфузионного лечения, но и специальных методов интенсивной терапии (гемосорбция, плазмофорез, ГБО).

Острые алкогольные энцефалопатии являются еще более тяжелыми осложнениями алкоголизма, чем алкогольные делирии. В основе лежит тяжелое алкогольное поражение центральной и периферической нервной системы в сочетании с катастрофическим истощением организма и полиорганной алкогольной патологией. Тяжесть состояния заставляет

применять у таких больных весь арсенал реаниматологического лечения.

Тяжелые алкогольные абстиненции также входят в круг психореаниматологических заболеваний. В условиях отделения интенсивной терапии абстиненции купируются в 1,4 раза быстрее, надежнее удается предотвратить развитие психозов. Это объясняется тем, что ряд свойственных этому состоянию грубых нарушений водно – электролитного обмена, кислотно – щелочного состояния, объема циркулирующей крови можно целенаправленно скорректировать только в специальных условиях, в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

8. Ургентные состояния при нарко - и токсикоманиях также входят в компетенцию психореаниматологической службы. Известен повышенный летальный риск при передозировке и отравлениях наркотическими веществами, также при тяжелой наркотической абстиненции. Выше указанные состояния требуют необходимость применения специальных методов лечения. В частности при наркотических абстиненциях разных типов применяется – гемосорбция, плазмофорез. Все большую популярность приобретают методики ускоренного купирования абстиненции с использованием анестезиологического пособия (Ультра Детокс – терапия).

9. Осложнения лекарственной терапии, проявляющиеся острыми психотическими состояниями. Среди таких лекарственных осложнений выделяются по тяжести и степени опасности для жизни злокачественный нейролептический синдром (ЗНС). Летальность при неправильном и запоздалом лечении ЗНС достигает 67%, а при правильном, включающем весь комплекс мероприятий интенсивной терапии – 19% (Цыганков Б.Д., 1996) [5]. В клинике выделены: повышение мышечного тонуса, гиперкинезы, тремор, акатизия, нарушения глотания (из-за скованности мышц лица, полости рта и глотки); синдромы – гиповолемический, кардиоваскулярный, гемодинамический, метаболический, ДВС.

Другой разновидностью тяжелых нейролептических осложнений является генерализованная аллергическая реакция (ГАР). Это состояние, имеющее приблизительный аналог в соматической медицине (синдром Лайела), из всех нейролептических осложнений выделяется наибольшим летальным риском. По данным Б.Д.Цыганкова [5], даже при правильно организованной реаниматологической терапии летальность составляет 46%. В клинике присутствует кататоническое возбуждение – ступор – сопор - кома. Неврологические нарушения представлены гипертонусом, тремором, мышечной скованностью. Соматические расстройства при ГАР соответствуют клинике среднетяжелого ЗНС, далее развивается прогрессирующий буллезный дерматит с обширными глубокими некрозами кожи, подкожной клетчатки, мышц, присоединяются инфекционно – септические осложнения, острая почечная недостаточность. Заболевание рассматривается как аутоиммунный энцефалит.

10. Резистентность к психофармакотерапии также относится к клиническим ситуациям, при которой пациенты нуждаются в методах интенсивной терапии. С проблемами резистентности к психофармакотерапии в последние годы сталкиваются уже 50 – 60% психических больных [13]. Чтобы достичь эффекта при лечении этих пациентов, приходится применять альтернативные методы, большинство из которых относятся к методам интенсивной терапии и требуют для безопасного проведения специальных условий с анестезиолого – реаниматологическим обеспечением. Противорезистентных методик предложено довольно много. Наиболее часто применяемые методы купирования: электросудорожная терапия (ЭСТ), гемосорбция, плазмофорез.

Структура заболеваний и клинических состояний больных психореаниматологического профиля, пролеченных в отделении интенсивной терапии и реанимации Республиканского научно – практического центра психиатрии,

психотерапии и наркологии (ОРИТ РНЦППН) за период с 2009 по 2011 гг. представлен в таблице №1.

Структура заболеваний и клинических состояний (2009 – 2011 гг.)

Группа заболеваний и клинических состояний	Количество больных		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Шизофрения с кататоническими расстройствами, тяжелые адинолические депрессии в рамках шизофрении, тяжелые ипохондрические депрессии в рамках эндогенных психических заболеваний	11	15	17
Эпилепсия, эпилептический статус, острые эпилептические психозы	4	7	8
Острые психозы при органических заболеваниях головного мозга	18	24	23
Алкогольная болезнь с тяжелыми поражениями внутренних органов и систем, алкогольные делирии, острые алкогольные энцефалопатии, тяжелые алкогольные абстиненции	9	11	9
Ургентные состояния при наркоманиях и токсикоманиях, тяжелые наркотические абстиненции	2	3	2
Осложнение лекарственной терапии, проявляющиеся острыми психотическими состояниями, злокачественный нейрорептический синдром (ЗНС), генерализованная аллергическая реакция	1	2	1
Резистентность к психофармакотерапии и ее непереносимость (ГАР)	1	1	2
Всего	46	63	62

Как видно из таблицы, разработанная систематизация заболеваний и клинических состояний в психиатрии, угрожающих жизни больного и представляющих повышенный летальный риск был правомерным. Этот контингент больных

рассматривается как основной объект психореаниматологии и требует применять методы интенсивной терапии и реанимации, в отдельных случаях с анестезиологическим обеспечением. Лечение этих больных в нашем отделении (ОРИТ РНЦППН) проводилось по алгоритмам посиндромной интенсивной терапии принятым в анестезиологии – реаниматологии. Применялись методы коррекции водно – электролитного баланса и кислотно – щелочного состояния, гемодинамики, микроциркуляции, реологии и свертывающей системы крови; комплексное лечение отека мозга; искусственная и вспомогательная вентиляция легких (через интубационную трубку и маску) с оксигинацией. Из специальных методов интенсивной терапии применяли следующие, которые указаны в табл.№2.

Специальные методы интенсивной терапии

Таблица №2

Вид интенсивной терапии	Всего случаев применения		
	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Искусственная вентиляция легких (ИВЛ), вспомогательная вентиляция легких (ВВЛ)	4	7	6
Плазмафорез	12	18	20
Экстракорпоральная гемосорбция	4	6	6
Краниоцеребральная гипотермия	8	10	12
Ультрафиолетовое облучение крови (УФО)	12	18	18
Форсированная детоксикация (ФД)	24	28	26
Электросудорожная терапия (ЭСТ)	6	6	8
Всего	70	93	96

Анализ клинических данных, выявленных в ОРИТ РНЦППН и сопоставление их с описанными в литературе случаях подтверждают следующее

1. Правомерность систематизации в психиатрии заболеваний, синдромов и клинических состояний, которые должны классифицироваться как непосредственно угрожающие жизни больного
2. Специфика патологических состояний контингента больных заключается в том, что в клинических проявлениях тяжелые психические расстройства сочетаются с полиорганными и полисистемными поражениями.
3. Наличие угрозы для жизни больного, вызванная спецификой его состояния, требует необходимости в применении методов интенсивной терапии и реанимации, в некоторых ситуациях с анестезиологическим обеспечением. Многие авторы до сегодняшнего дня пытаются оптимально систематизировать состояния, которые могут требовать неотложной психиатрической помощи а, при «критических состояниях» интенсивной терапии и реанимации с анестезиологическим обеспечением в условиях ОРИТ. Необходимо признать, что существенным моментом была разработка теоретических представлений об общих закономерностях формирования контингента больных психореанимационного профиля. Вводятся и конкретизируются понятия «неотложных» и «критических» состояний у психических больных [14].

Однако проблема создания полного и комплексного представления о структуре и закономерностях формирования контингента психореаниматологических больных, встречающегося в современной практике психиатрии, до сих пор не разрешена.

Как показали наши наблюдения, отработанный набор общих и специальных методик интенсивной терапии представляется оптимальным для задач отделения интенсивной терапии и реанимации (ОРИТ) и могут служить базовым при лечении больных психореанимационного профиля (см. табл.№3).

Анализ результатов лечения в ОРИТ РНПЦППН за 2009 - 2011 гг.

Таблица №3

Кол-во больных по годам	Исход заболеваний
2009 г. -46	с выздоровлением – 39%, с ухудшением – 52%, без изменения – 9%
2010 г.- 68	с выздоровлением – 39%, с ухудшением – 52%, без изменения – 9%
2011 г.- 62	с выздоровлением – 39%, с ухудшением – 52%, без изменения – 9%

Заключение

К настоящему моменту в психиатрии сложилось общее представление о больных психореаниматологического профиля. Состояние этих больных требует необходимости применения методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации.

Выводы:

1. В настоящее время в психиатрической практике сложилась группа тяжелых заболеваний, синдромов и клинических состояний, относящихся к психореаниматологическому профилю.
2. Специфика этих патологических состояний соответствуют следующим критериям:
 - а) сочетание психической и соматической патологии в любых пропорциях, представляющих угрозу для жизни больного.
 - б) необходимость применения методов интенсивной терапии, анестезиологии и реанимации.
3. Патогенетически обоснованная интенсивная терапия, направленная на устранение критического состояния, снижает риск летальности от urgentных психических заболеваний и является обоснованной альтернативой по отношению к традиционной психофармакотерапии.
4. В типичных психиатрических клиниках этот контингент больных требует лечения в условиях реанимации и интенсивной терапии.

Литература

1. Чехонин В.П., Рябухин И.А., Гурина О.И., Анин А.Н., Антонова О.М.,Белопасов В.В. К вопросу о механизмах аутоагрессии антител к нейроспецифическим белкам через гематоэнцефалический барьер // Российский психиатрический журнал . -1997. - №1. – С. 43-45.
2. Кекелидзе З.Е., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. – М.; Изд- во ГНЦССП им. В.П. Сербского, 1997. С.362.
3. Зильбер А.П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 480.
4. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психология и наркология. М. – 2009. С. 759 – 787.
5. Цыганков Б.Д. Неотложные состояния в наркологии.- Москва «Медпрактикум.- М» М, 2002.
6. Нельсон А.И. Клинико – организационная модель подразделений интенсивной терапии и реанимации в структуре психиатрических больниц: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва. 1999.
7. Тихоненко В.А. Профессиональная этика в психиатрии //Российский психиатрический журнал . -1997. - №1. – С. 11-15.
8. Соколов И.М., Титов Ю.Л., Хетагуров А.В. Лечение эпилептического статуса по материалам отделения реанимации// Материалы межобластной конференции по экстремальным состояниям в неврологии и психиатрии. – Кострома, 1983 –С. 74 – 77.
9. Доброхотова Т .А., Зайцев О.С, Леонов В.Г., Ураков С.В. Психические нарушения при травматических абсцессах мозга // Социальная и киническая психиатрия. – 1998. Вып.8. - №1. – с, 44-50.
- 10.Деконенко Е.П., Лебедев А.В. Герпетические энцефалиты с психическими расстройствами //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 1997. – Т.97. - №12. – С. 87 – 90.
11. Бурцев Е.М. Дисциркуляторная (сосудистая) энцефалопатия //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т.98. - №1. – С.45 – 48.
12. Шпиленя Л.С., Ялдыгина А.С. Эфферентные методы детоксикации головного мозга // XII съезд психиатров России. – М. Российское общество психиатров. 1995 – С. 560 - 561.
13. Kane John M. Factors which can make patient difficult to treat //Brit J. Psychiatry -1996. – V. 169 – P. 10 – 14.
14. Морковкин В.М., Кекелидзе З.И. Неотложная помощь в психиатрии //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т.87. - №2. – С.271 – 274.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ

А.Н. Ховдаш

Кафедра нейрохирургии

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В статье представлен обзор современных взглядов на методику оценки уровня нарушения сознания, подробно рассмотрены нейрофизиологические аспекты этой проблемы. Описаны и разъяснены преимущества количественной оценки нарушений сознания с помощью шкалы комы Глазго.

Ключевые слова: Шкала комы Глазго, сознание, двигательная активность, речь.

Сананың бұзылысына клиникалық баға беру

Бұл мақалада сана бұзылыстарының бүгінгі күндегі бағалау тәсілдеріне шолу жасалып, бұл мәселенің нейрофизиологиялық жақтары тиянықты қарастырылған. Глазго кома шкаласы бойынша бұзылған сананың сандық бағалауының артықшылығы сипатталып, түсіндірілген.

Түйінді сөздер команың Глазго шкаласы, сана, кимыл активтілігі, сөйлеу.

Clinical estimation of impaired consciousness

Hovdash A.N.

Department of neurosurgery

Kazakh National Medical University

Abstract In clause presented the review of modern sights at methods of an estimation of the level of post-traumatic unconsciousness, there are in detail viewed neurophysiologic aspects of this problem. Advantages of a quantitative assessment of post-traumatic unconsciousness by means of a Glasgow coma Scale are described and explained.

Keywords Glasgow Coma Scale, consciousness, motional reaction, speech.

Сананың бұзылысына клиникалық баға беру

Сананың бұзылысына көптеген патологиялық жағдайлардағы бастапқы клиникалық симптом болып табылады. Сана бұзылысының ұзақтығы мен тереңдігі бас ми жаракатта және ми қан айналымының жедел бұзылысы [6] тәрізді жағдайлардың ауырлығымен айқын байланыста болатыны көрсетілген [2]. Сонымен қатар сана бұзылысын клиникалық бағалау – жедел неврологиялық және нейрохирургиялық патологиясы бар науқастарға көмек көрсету кезіндегі диагностикалық кешеннің ең маңызды құрылысы. Алайда, үрдістің айқын динамикалылығы субъективті, объективті факторлардың (интоксикация, психикалық бұзылыстар және т.б) әсерінен сана бұзылысының деңгейін дұрыс бағалау қиындауы мүмкін. Постсоветтік медицинада сана деңгейін клиникалық бағалау үшін дәстүрлі түрде бөліп қарастырған. Сана сезімнің бұзылғанын (беткей және терең) сопор және кома (беткей, терең және атониялық) [4]. Бұлай бағалау әдісі көп мағұлмат береді, бірақ бірталай кемшіліктеріде бар, оның негізгісі, қателіктер жіберуге көбіне мүмкіндік беретін түрлі

симптомдарды талқылаудың көп мағыналылығы, сандық көрсеткіштердің болмауы және жоғарғы медицинаның білімі жоқ тұлғаларға қолданудың күрделілігі (соңғысы жедел түскен науқастар транспортировкасы мен алғашқы медициналық көмек көрсету кезінде қажет).

Сонымен қатар сана бұзылысының сипаты мен деңгейін анықтау үшін шет елдерде көптеген жылдар бойы сандық бағалаудың унифицирленген шкаласы – Глазго комасының шкаласын қолданады. Дамыған елдерде ГКС жедел диагностика және нейрохирургиялық көмек кезінде жалпылама – медициналық қызметкерлер де, медициналық емес басқа да қызметкерлер қолданады.

Бұл шкаланы қолдану тәсілі қрапайым және де жедел неврологиялық нейрохирургиялық патологиялар диагностикасында сонымен қосымша диагностикалық қарап тексеру кезінде де өте ыңғайлы. Бірақ тәжірибе кезінде отандық медицинада бұл шкаланы көп қолдана бермейді. Бірнеше себептерден, оның ең бастысы шкаланың патофизиологиялық негізін толық түсінбегендіктен болар. Бұл жұмыстағы мақсатымыз ГКС-ның қолдану кезіндегі бағалау жүргізілген барлық белгілерге толық сипаттама беру. Ол практикалық дәрігерлерге сана бұзылысымен қатар жүретін патологиялық жағдайдың эффективті диагностикалау үшін көмегін тигізер деген ойдамыз. Шкала өзіндік формальды кестесі бар және үш негізгі белгіден тұрады. Көздің ашылуы, сөйлеу, қимылдау.

Сана бұзылысының деңгейін бағалау негізіндегі ең маңызды симптомдар болып табылады және бағалау өте аз уақыт алады.

Көздің ашуы. Адамның санасы екі құрам бөліктен құралған. Белсенділік және мазмұндылық [3].

Клиницистің көз қарасына сүйенсек көзді ашу науқастың «сергектік» жағдайын объективті бағалауға болатын ең қарапайым және ақпаратты белгі [16] болып табылады. Көз ашу болуы науқастың комадан шығуы және РФ бас [11,17] мы қызметінің қалпына келгені жайлы мәлімет береді. Белсенділену пайда болуы үшін РФ-ң қалыпты қызмет атқаруымен қоса бас миының екі жарты шарының да дұрыс қызмет атқаруы қажет, сондықтан да көз ашуылуын арнайы жасау, бас миы сабауының оятушы механизмдерінің белсенділігі жайлы ақпарат береді [13].

Белсенділіктің болуы (көз ашудың болуы) сананың болуын қорсетеді. Мысалы, науқас вегетативті жағдайда комадан шықты, бірақ ол өзін және қоршаған ортаны қабылдамайды. Коматозды жағдайдағы көптеген науқастарда да көзін аша береді, бірақ бас ми жаракаты бар науқастардың 4% көзін аша ашпай-ақ өліп кетеді [17].

Команың Глазго шкаласы

Балл	Көзді ашу	Сөйлеу	Қозғалыс
6	-	-	Бұйрықты орындайды
5	-	Спонтанды	Жергілікті ауру сезімді
4	Спонтанды	Шатасып	Жергілікті емес ауру сезімді
3	Сөйлегенге	Жеке сөз	Декортикация
2	Ауру сезімге	Дыбыс	Децеребрация
1	Жоқ	Жоқ	Жоқ

Команың балалардағы шкаласы (4 жасан жоғары)

Балл	Көзді ашу	Сөйлеу		Қозғалыс
6	-	-		Бұйрықты орындайды
5	-	Күледі, дыбысты ориентировкалайды, затты таниды, қатынасқа түседі.		Жергілікті ауру сезімімен
4	Спонтанды	Жылайды Тынышталдыруға болады	Қатынасқа түседі Шатастырады	Тынышсыз
3	Сөйлеуге	Тұрақсыз Сабырлы	Ыңырсыды	Декортикация
2	Ауру сезіміне	Тынышсыз	Тынышсыз	Децеребрация
1	Жоқ	Жоқ	Жоқ	Нет

Егер науқас өздігінен көзін ашпаса, белсенділікті әр түрлі стимулмен бағалауға болады. Сол жағдайда науқас көзін ашады. Егер вербальді стимул арқылы көзін ашпаса, орталық ауырсыну стимулы қолданылады.

Орталық ауырсыну стимулын үш жолмен шақуға болады.

1. Науқастың арқасының трапеция тәрізді бұлшық етінің иық бөлігінен 4 см саусақпен қысуы (бұрауы).
2. Көздің үстіңгі қабатын саусақпен басу. Ол әдісті өте сирек қолдану керек, жоғарғы жақ бет жаракатын алған науқастарға мүлдем қолдануға тиым салған. Себебі бұл науқастар көзді ашудың орнына мүлдем супраорбитальді аймағы тітіркеніп, көзін одан бетер терең жұмуы ықтимал.
3. Төс сүйекті тітіркендіруі – бүгілген саусақ арқылы жұдырықпен төс сүйегінің орталық үш нүктесінде жатқызу.

Сөйлеу. Сөз арқылы жауап беру сананы бағалауда науқастың өзін және қоршаған ортасын қабылдауы жайлы мәлімет береді. Бұл аспект сананың екінші компоненті – когнитивті қабілеті. Жағдайға сай сөйлеуі – бас миының жоғарғы бөліктерінің қалыпты қызмет атқаруына нұсқайды. Сөйлеудің бұрмалануы науқастың әңгімеге дайын екенін, бірақ қойылған сұраққа науқас жауап бере алмайтынын көрсетеді. Бөлектеп айтылған сөздер мен дыбыстар үш балдық жүйемен есептеледі және доминантты жартышардағы шеке және маңдай бөліктерінде орналасқан сөйлеу орталықтарының бұзылысына сай. Егер дәрігер вербальді немесе ауырсыну стимулына айқын жауап алмаса, ал түсініксіз дыбыстар болса, екі балл қоямыз. Сөйлеу белсенділігінің болмауы – мидың позитивті қабілетінің бұзылысына нұсқайды.

Патологиялық қозғалыс реакциясы – жүйке жүйесінің әр түрлі деңгейінде орналасқан құрылымдық түзілістердің қызметінің бұзылысы кезінде коматозды жағдайда орын алуы мүмкін. Сондықтан да қозғалыс бұзылыстарының сипаты – анық зиян шекен ми аймағының бұзылысының дәрежесінің индикаторы бола алады. Рис.1.

Қозғалыс реакциясын бағалау – науқасқа бұйрық беру және қажет жағдайда ауырсыну стимулын қолдану арқылы жүргізіледі. Науқас бұйрықтарды орындаса, өткізгіш жолдар мен ми қыртысының интегративы [15] қызметінің сау екенін көрсетеді. Бұндай жауапқа ең жоғарғы 6-балл қойылады. Реакция болмағанда (перифериялық) шеткі ауырсыну стимулы қолданылады. Саусақ ұшына қатты басу не ине енгізу, бірақ шеткі стимул тек спинальді рефлекс туғызады, церебральді емес осы стимулдың көмегімен. Қолды тартып алу яғни қозғалысқа қол жеткізуге болады, бірақ тек орталық ауырсыну стимулы арқылы ауру сезімінің бар болуын және орналасуын білуге болады.

Сондықтан да жоғарыда айтылған үш әдісті қолдану ұсынылады. Дене қалпына Сэйкес қозғалыс актілері және айқын бағытталған қозғалыс координациясы – бас ми сабауы құрылымымен іске асады, ал негізгі бағытталған қозғалыстар

жоғарғы жүйке орталықтарының қатысуымен жүреді (бас ми жарты шары, мишық) [1]. Ауру сезімі орналасуы 5 балл.

Орталық ауырсыну стимулын қолдану кезінде науқастар тек қолын бүгіп қойып, ал жалпы жауып болмауы мүмкін. Кейде патологиялық үрдістің ми сабауында үдеуі сана бұзылысын асқындыруы мүмкін және ауырсыну қоздырғыштарына қозғалыс реакциясының сипаты өзгеруі мүмкін.

Ауырсыну сезімі орналасуын сезу (дифференциацияланған реакция) дифференциацияланған емес реакциямен ауысады. Науқас ауру сезімін анықтай ажырата алмайды. Пирамидалық жолдардағы патологиялық үрдістің үдеуіне сай, ажыратылмаған үрдістер познотониялық реакциямен ауысады. Олар алдымен біреу, содан соң жазу арқылы көрінеді. Қозғалыс жолында зақымдалудың жайылуы көпір деңгейіне жетсе және қозу орналасқан аймақтан төмен болса, аздаған әлсіз қолдың және аяқтың қозғалуы мүмкін. Ауру сезімінің орналасуы болмауы – 4 балл.

Ми қыртысының жұмысын тоқтатылуы немесе сіреспелік – бұл патологиялық жұмылуы реакциясы. Мидың терең зақымы ми қыртысынан жұлынға дейінгі нерв жолдарының үзілуі. Ми қыртысының жұмысын тоқтату сіреспелік жоғарғы жақ денің бүгілуі, төменгі жақтың жазылуымен анықталады. Мидың алдыңғы бөлігінің жойылуы сіреспелік кезінде дененің төменгі және жоғарғы екі жақты бөлігінің бүгілуі кездеседі.

Мидың алдыңғы бөлігінің функциясының жойылуы, клиникада кбінесе, ауыр бас ми жаракатының орташа есеппен 12% кездеседі [5]. Ауыр бас ми жаракаты кезінде науқас коматозды жағдайда қолының бүгілуі болса 37%, ал аяғының жазылуы 10% сауығуы [10] мүмкін деген тұжырым бар. Сонымен қатар сананың бұзылуы кезінде, алкогольді опыанды ескере отырып, анықтау қажет. Сананың бұзылысы кезінде бақылауы, тырыспауы, баға беріп қадағалау керек.

Глазго шкаласы бойынша

1. Сапалы, анық, нақты бағалау.
2. Сананың қаншалықты бөлшектеріндегі бұзылыстарын анықтау.
3. Әр түрлі зерттеу әдістері мен квалификация дәрежесіне қарай.
4. Науқастың өзгерісіне қарай бір немесе бірнеше рет сана бұзылысын бағалау.
5. Шкала бойынша тез әрі жеңіл нақты танысу.
6. Бұл әдістеме бойынша науқас белсенді қимыл кезінде немесе төсектік режимде де анықтауға болады.
7. Дәрігер және медбике барысында жеңіл анықтау қолайлы.

Литература

1. Адо А.Д. и Ишимова Л.М. «Патологическая физиология» Москва «медицина» 1973
2. Арутюнова А.И. «Руководство по нейротравматологии» часть 1. Москва «Медицина» 1978
3. Адам Д. «Восприятие, сознание, память. Размышление биолога» пер. с англ. Н.Ю. Алексеенко; под ред. Е.Н. Соколова. 1983

4. Боголепов Н.К. «Коматозные состояния» 2-е изд. М. Медгиз 1962
5. Будаевский Б.Г., Балашов А.Н., Децеребрационная ригидность при ЧМТ журнал «Вопросы нейрохирургии им. Бруденко» Москва 1986
6. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бруд Г.С. «Неврология и Нейрохирургия». Москва «медицина» 2000
7. «Клиническая нейрофизиология» Под ред. И.П. Бехтеревой Л., Наука 1972
8. «Физиология человека» под ред Костюка П.Г. М. Мир 1985
9. Покровский В.М. Коротко Г.Ф. «Физиология человека» 1997
10. Плам Ф. Познер Д.Б. «Диагностика ступора и комы» 1980
11. Шаханович А.Р. Дубова С.Б. Белоусова О. Б. Разумовский А.Е. и др. Клинико-физиологическая характеристика стволовых

нарушений при коматозных состояниях Журнал «Вопросы нейрохирургии им. Бруденко» Москва, 1986

РЕФЛЕКТОРНЫЕ СДВИГИ ГЕМО- И ЛИМФОДИНАМИКИ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У НИЗШИХ ПОЗВОНОЧНЫХ*М.Н. Мырзаханова**Кафедра «Биологии и МП»**Кокшетауский государственный университет им Ш. Уалиханова*

Целью настоящего исследования является изучение механизмов нейро-гуморальной регуляции венозного кровообращения и лимфотока у низших позвоночных. Экспериментальный материал свидетельствует о том, что при раздражении центрального отрезка седалищного нерва у лягушек и черепах выявляются прессорные изменения со стороны артериального, венозного давлений. Увеличение лимфотока, которые наблюдаются в течение одного опыта на первое, иногда второе раздражение. При повторных раздражениях нерва изменения регистрируемых показателей отсутствовали.

Ключевые слова: ЛТ-лимфодинамика, ЭС- электрическая стимуляция, СН-седалищный нерв.

Reflex changes in hemo- and limfodialis during stimulation of the sciatic nerve in lower vertebrates*M.N. Myrzakhanova*

The aim of this study is to investigate the mechanisms of neuro-humoral regulation of the venous circulation and lymph flow in the lower vertebrates. The experimental data shows that during stimulation of the central segment of the sciatic nerve in frogs and turtles are identified pressor changes in the arterial, venous pressures. The increase in lymph flow, which are observed in a single experiment on the first and sometimes second stimulation. With repeated stimulation of the nerve changes in the recorded figures were absent.

Keywords: LD-limfodinamika, ES- electrical stimulation, SN-sciatic nerve.

1. Associate Professor, Department of "Biology and MP"
2. PhD, professor
3. Kokshetau State University
4. My mobile phone is 87014193764
5. e-mail: myrzakhanova@mail.ru

Төменгі сатыдағы омыртқалардың қан және лимфаайналымының рефлекстері арқылы құйымшақ жүйкесінің тітіркенуі*М.Н. Мырзаханова*

Бұл жұмыста омыртқалы жануарлардың эволюциялық процесінде көк тамырдың қызметінің нейро-гуморалдық реттелу механизмдерінің дамуын зерттеу туралы материал берілді. Төменгі сатыдағы омыртқалы жануарларға амфибия, рептилия жасалынған тәжірбиелерде организмнің афферентті тітіркенулерінің реакциясына көк тамырлардың қатысатыны анықталды. Қан қысымының ауытқуы мойын және қол-аяқ көктамырларында өте айқын болса, ал құрсақ қуысының көктамырларында ол әлсіздеу сезілді.

Негізгі сөздер: ЛТ-лимфодинамика, ЭС- электрлі стимуляция, ҚЖ-құйымшақ жүйкесі.

Вопросы становления и развития нервной регуляции гемо- и лимфодинамики в эволюции позвоночных до сих пор остаются малоизученными. Известно, что раздражение афферентных волокон седалищного нерва оказывает рефлекторное влияние на крово- и лимфообращение у млекопитающих. Установлено, что стимуляция центрального отрезка седалищного нерва у млекопитающих вызывала прессорные реакции артериальных и венозных сосудов [1,2], увеличение лимфотока из грудного протока [1,3,4], уменьшение количества белка в лимфе, расширение грудного протока и повышение бокового лимфатического давления [5]. Считается, что изменения лимфотока при раздражении центрального отрезка седалищного нерва обусловлены с одной стороны, непосредственным влиянием на стенку лимфатических сосудов

[5], и, с другой стороны, косвенно путем изменения кровяного давления и проницаемости кровеносных капилляров [6,7,8,9]. Кроме того, раздражение афферентных волокон седалищного нерва вызывает болевую реакцию, которая сопровождается возбуждением симпато-адреналовой системы [10].

Сведения об афферентных влияниях с седалищного нерва на показатели гемодинамики у низших позвоночных в литературе единичны. У лягушек при стимуляции седалищного нерва обнаружено повышение кровяного давления, и на уровне спинного мозга выявлены участки, ответственные за регуляцию кровообращения [11]. Афферентные влияния с этого нерва на лимфодинамику у амфибий и рептилий остаются не изученными.

Настоящая работа посвящена исследованию роли афферентных влияний с центрального отрезка седалищного нерва в регуляции гемо- и лимфодинамики у амфибий и рептилий.

Методика

Опыты проведены на 50 взрослых лягушках (*Rana ridibunda*) обоюго пола массой 60-80 г. наркотизированных эфиром, в зимний период и 28 степных черепахах (*Testudo grostielddi*) массой 600-1200 г. наркотизированных тиопенталом натрия (15-30 мг/кг внутримышечно), при искусственной вентиляции легких. Электрическую стимуляцию центрального отрезка седалищного нерва производили прямоугольным импульсами с помощью биполярных электродов толщиной 1мм с межэлектродным расстоянием 2 мм. Длительность раздражения составляла 10-12 с.

У лягушек регистрировали уровень артериального давления в левой дуге аорты, венозного давления в брюшной вене с помощью тензодатчиков монитора хирургического МХ-01. Для записи механограммы сокращений заднего лимфатического сердца использовали емкостный конденсатор [12]. Объем лимфы в бедренном подкожном лимфатическом мешке измеряли путем одномоментного взятия ее в градуированные микропипетки.

У черепах регистрировали показатели артериального давления в левой сонной артерии; венозного давления в яремной, подключичной, брюшной, брыжеечной и бедренной венах с помощью тензодатчиков МХ-01; лимфоток из поясничной лимфатической цистерны электромагнитным метчиком с капледелителем.

Запись показателей производили на быстродействующем самописце Н-338-6. Результаты экспериментов обработаны статистически с использованием критерия достоверности Стьюдента.

Результаты исследования

Результаты экспериментов показали, что раздражение центрального отрезка седалищного нерва у низших позвоночных вызывало как прессорные, так и депрессорные сдвиги артериального давления. У лягушек при электрической стимуляции центрального отрезка седалищного нерва в 54% наблюдений сдвиги артериального давления отсутствовали, в 26% опытов наблюдалось повышение артериального давления до 107% по сравнению с исходным уровнем ($P < 0,02$) и снижение артериального давления в 20% опытов (см.табл.).

Венозное давление в брюшной вене лягушек в 58,3% наблюдений не изменялось; в 25% опытов повышалось и в 16,7% снижалось. Частота сокращений лимфатического сердца урезалась в 66% опытов в среднем от 22 до 17 ударов в 1 мин ($P < 0,001$), в остальных случаях не изменялась. Сдвиги артериального давления сопровождалась угнетением деятельности кровяного сердца.

Со стороны лимфатического сердца наблюдалось в 66% случаев сокращение ритма, иногда до полной остановки лимфатического сердца в фазе диастолы, в 34% ритм его не изменялся. Объем лимфы в бедренном лимфатическом мешке в 57% не изменялся и в 44% наблюдений увеличивался в среднем на 127% от исходного фона (P<0,01).

Изменения показателей лимфо- и гемодинамики имели короткий латентный период и небольшой период последствия (см.табл.), что указывает на рефлекторный характер этих сдвигов. Установлено, что пороговая сила

электрической стимуляции седалищного нерва у лягушек составляла 1В.

Электрическая стимуляция центрального отрезка седалищного нерва у черепах вызывала повышение артериального давления в 70% опытов в среднем от 17,4±0,05 до 15,5±0,2 мм.рт.ст., что составляло 113% от исходного (P<0,01), в 10% опытов уровень артериального давления снижался и в 20% не изменился (см. табл.).

Таблица 1 - Средние показатели сдвигов гемо- и лимфодинамики у лягушек и черепах при раздражении седалищного нерва

Группа животных	Показатели	Исходный фон	Во время раздражения	Латентный период, с	Длительность реакций, с
Лягушки	АД (мм.рт.ст)	15,8±0,5 15,8±0,5	16,9±0,1 15,0±0,3	1,4	30,6
	ВД (мм.вод.ст)	15,9±0,01	17,6±0,2	1,4	53,2
	Частота сокращений лимфатического сердца (уд/мин)	22±1	17±1	1,4	36
	Объем лимфы (мл)	0,037±0,8	0,047		
Черепахи	АД (мм.рт.ст)	17,4±0,5	19,5±1,2	1,8	36,9
	ВД (мм.вод.ст) яремная вена	15,1±0,3	23,4±1,2	1,7	48
	Подключичная вена	30,7±1,4 30,7±1,4	47,0±1,5 26,2±0,3	4,5	41,7
	Брюшная вена	20,6±0,01 20,6±0,01	9,8±0,1 21,4±1,5	5,16	70,1
	Брыжеечная вена	19,4±0,2 19,4±0,2	18,4±0,1 20,5±0,1	3,66	41,8
	Бедренная вена	20±0,01	24,4±0,01	1	54
	Лимфоток, мл/мин	0,08±0,005	0,12±0,007	5,08	54,41

Примечание: Различия достоверны по сравнению с исходным фоном: P<0,05*, P<0,01**, P<0,001***

В венозных сосудах конечностей и шеи черепах наблюдалось преимущественно повышение уровня давления. Так, в яремной вене в 40% наблюдений давление повышалось на 156% от исходного (P<0,01), в 40% - понижалось и в 20% сдвиги отсутствовали. В подключичной вене в 57% опытов оно повышалось на 125% от исходного фона (P<0,001), 25% - понижалось и в 18% не изменилось. В бедренной вене в 60% опытов были прессорные сдвиги, а в остальных случаях давление не изменялось. В венозных сосудах брюшной полости

наблюдалось преимущественно снижение уровня давления. В брюшной вене давление 50% опытов понижалось, 25% повышалось на 103% (P<0,01) и в остальных случаях без изменения. В брыжеечной вене в 44% опытов давление снижалось, в 22% повышалось и в остальных не изменялось. Прессорные сдвиги венозного давления был наиболее выраженными в яремной, подключичной и бедренной венах (см. рис.).

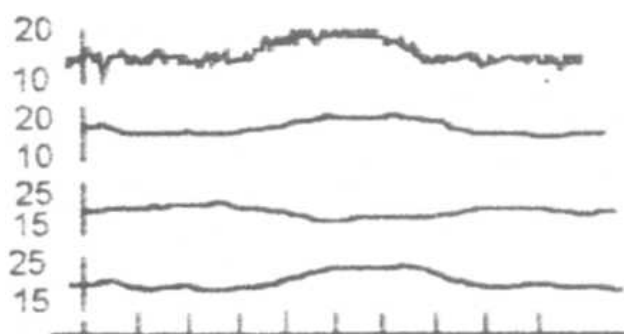


Рисунок 1. Влияние электрической стимуляции центрального отрезка седалищного нерва (50Гц, 1мс, 10-15В) на лимфоток, артериальное и венозное давление у черепахи. Сверху вниз: АД (мм.рт.ст.), ВД (мм.вод.ст.), лимфоток (1 капля – 0,05), отметка времени (2с) и раздражения.

Лимфоток из поясничной цистерны черепах возрастал от $0,08 \pm 0,005$ до $0,120 \pm 0,007$ мл/мин, т.е. на 144% от исходного уровня ($P < 0,01$). В 20% наблюдений лимфоток уменьшался и в 20% не изменялся. Латентный период составлял - 5,08с. Длительность реакций – 54,4с. Пороговая сила раздражения, вызывавшая сдвиги гемо-и лимфодинамики у черепах, была выше (3В), чем у лягушек (1В).

Обсуждение

Как видно из представленного материала, стимуляция афферентных волокон седалищного нерва вызывала изменение артериального и венозного давления у низших позвоночных. Однако у лягушек более, чем в 50% опытов сдвиги венозного и артериального давлений отсутствовали. Наши данные созвучны с результатами морфологических исследований о сосудодвигательной иннервации вен у лягушек [13], согласно которым адренергическая иннервация в некоторых венах полностью отсутствует. Это свидетельствует о низком нейrogenном тоне венозных сосудов у амфибий. У черепах рефлекторные влияния с седалищного нерва проявлялись в большей степени, чем у лягушек. Величина сдвигов была выражена в яремной, подключичной и бедренной венах, сдвиги которых были преимущественно прессорными. Незначительная величина сдвигов в венах брюшной полости и преобладание депрессорных сдвигов, вероятно, связаны с низким тонусом этих сосудов, и, возможно, для них более важна афферентация с висцеральных нервов.

В наших исследованиях выявлено, что у лягушек в большинстве опытов угнеталась деятельность задних лимфатических сердец, а объем лимфы в бедренном подкожном мешке увеличивался. У черепах, наряду со сдвигами артериального и венозного давлений, отмечено увеличение лимфотока из поясничной цистерны.

При раздражении центрального отрезка седалищного нерва у черепах четкие изменения со стороны артериального, венозного давления и лимфотока наблюдались в течение одного опыта на первое, иногда второе раздражение. При повторных раздражениях нерва изменения регистрируемых показателей отсутствовали.

Как было доказано выше, афферентные влияния с седалищного нерва на лимфатическую систему проявляются преимущественно в виде угнетения деятельности лимфатических сердец. Иннервация задних лимфатических сердец лягушек обеспечивается волокнами IX спинномозгового нерва, входящего в состав седалищно-хвостового сплетения [14]. Можно полагать о непосредственном тормозном действии афферентных сигналов с седалищного нерва на спинальные центры лимфатических сердец. Вероятно, у амфибий область распространения афферентной импульсации с седалищного нерва ограничивается в основном задним отделом спинного мозга и областью его иннервации (тазовая область и задние конечности).

У рептилий как было показано выше, при стимуляции центрального отрезка седалищного нерва в большинстве опытов отмечены сдвиги кровяного давления и лимфотока.

Таким образом, роль афферентных сигналов с седалищного нерва в регуляции, сосудистых функций у амфибий невелика. Она значительно возрастает у черепах, что свидетельствует об увеличении удельного веса нервной регуляции в процессе эволюции позвоночных животных.

Список литературы:

1. Потапов И. А. Очерки физиологии лимфообращения /Механизмы участия лимфатической системы в регуляции кровообращения. Алма-Ата. -1974. -С.272.
2. Ткаченко Б.И. Венозное кровообращение //Сравнительная характеристика реакций артериальных и венозных микрососудов при нейrogenных влияниях. М. -1979. -С.234-240.
3. Васильченко Р.С. К изменениям лимфотока и некоторых биохимических ингредиентов лимфы при раздражении седалищного нерва и синокаротидной зоны // Изв. АН КазССР. Сер. мед. и физиол.. 1961.- Вып.1. -С. 3-10.
4. Беремжанова И.А. Некоторые данные о взаимосвязи гемо- и лимфодинамики //Материалы IV-ой конференции физиологов республик Средней Азии и Казахстана. Алма-Ата. -1969. -Т.1. -С.52-54.
5. Потапов И.А. Об эфферентной структуре лимфомоторных рефлексов при раздражении соматических нервов //Физиологический журнал СССР. М. -1974. -Т.60. -№12. -С.1846-1851.
6. Bernar A.B.L., Lilystrand G. Influence_ from the carotid sinus region on the flow of Lymph and urine. - Acta Physiol. Scand. -1952. -V 26. -P. 86-102.
7. Беремжанова И.А. Экстра- и интрорецептивные влияния на лимфоток в онтогенезе //Труды Ин-та физиологии. АН КазССР. Алма-Ата. -1965. -Т.6. -С.268-424.
8. Васильченко Р.С., Булекбаева Л.Э. Состояние сосудистой проницаемости при раздражении седалищного и блуждающего нерва //Изв. АН КазССР. Сер. биол. -1966. -Вып. 2. -С.82-84.
9. Петров А.С. Роль спинного мозга в регуляции лимфотока //Бюлл. эксперим. биол. и мед. -1985. -№ 9. -С.24.
10. Шувалова Т.Б., Лукашкова Е.В. Реакции артериального давления вызываемые залпами А и С- афферентов седалищного нерва, у анестезированных и неанестезированных лягушек //Бюлл. эксперим. биол. и мед. -1932. -№ 6. -С.12-14.
11. Макевнин, Пеяипенко. Прибор емкостный конденсатор. -М. -1968.
12. Говырин В.А., Леонтьева Г.Р. Адренергические нервы и катехоламины вен //Физиолог. журнал СССР. -Л. -1981. -№1. -С.13-22.
13. Говырин В.А., Леонтьева Г.Р., Прозоровская М.П., Рейдлер Р.М. Адренергическая иннервация и реактивность кровеносных сосудов различной органной принадлежности //Физиол. жур. СССР. -1987. -Т.73. -№2. -С.139-148.
14. Терентьев П.В. Лягушка. -М. -1950.
12. Шаханович А.Р. Дубова С.Б. К изучению механизмов коматозного состояния Журнал Анестезиология и реаниматология 1981, №1
13. Jennet B. Teasdale G. Assessment of coma and impaired consciousness // The Lancet 1974, v. 2
14. Josef Parvizi and Antonio R. Damasio Neuroanatomical correlates of brainstem coma // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2003
15. Nicholas D. Schiff and Fred Plum «The role of arousal and Gating » systems in the neurology of impaired consciousness // J. of Clinical Neurophysiology, 2000
16. Shah S Neurological assessment // Nursing Standard. 13,22,49-56. Article 481. 1999
17. Steve Majerus, Helen Gill-Thwaites, Keith Andrews and Steven Laureys, Behavioral evaluation of consciousness in severe brain damage // Progress in Brain Research, Vol. 150; 2005

Онкология

Oncology

МАММОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жакенова Ж.К., Хамзин А.Х., Тулеутаева З.К., Касымбекова Г., Ковчегова М., Жанбырбаева А.

Кафедра визуальной диагностики

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Сәуле диагностикасы өңештің субтотальді резекциясының мен Льюис типі бойынша пластикасің мен лимфодиссекция

Сүт безінің рагін рентгендік симптомдары осы жұмыста елестеткен (160 әйелдердің). Маммограммаларда сүт безінің қатерлі ісігінің дифференциалдық диагностика критериилері болыптабылады – тегіс болмауы (49,2%), немесе контурының спикүлатәріздес болуы (34,4%), терінің қалыңдауы (48,4%), темірші үшбұрыштың қараңғысы (31,2%) және ісікте микрокальцинатінің болуы (38,5%) ($p < 0,05$).

Mammography semiotics of breast cancer

This paper presents the mammographic signs of breast cancer. We are analyzed of the results of 160 women's mammographic examinations with suspected breast cancer who were hospitalized at the Kazakh Institute of Oncology and Radiology. The study group included 132 (82.5%) breast cancer patients (mean age 51,3±7,7 years). The control group included 28 (17.5%) of women with benign breast nodules (mean age 43,1±7,8 years).

The characteristic of mammographic features of breast cancer is unclear, uneven (49.2%) and spuculation (34.4%) contours, thickening of the skin (48.4%), darkening of the glandular triangle (31.2%), presence of microcalcifications in the projection of shadows (38,5%) ($p < 0,05$).

Маммография, сәт безі, ісік

В данной работе представлены маммографические симптомы рака молочной железы. Проведен анализ результатов маммографического обследования 160 женщин с подозрением на рак молочной железы, находившихся на стационарном лечении в Казахском НИИ онкологии и радиологии. В основную группу вошли 132 (82,5%) больных РМЖ (средний возраст 51,3±7,7 лет). Контрольную группу составили 28 (17,5%) женщин с доброкачественными узловыми образованиями молочной железы (средний возраст 43,1±7,8 лет). Характерными маммографическими признаками рака молочной железы являлись нечеткие, неровные (49,2%) и спикүлообразные (34,4%) контуры, утолщение кожи (48,4%), затемнение железистого треугольника (31,2%), наличие микрокальцинатов в проекции тени (38,5%) ($p < 0,05$).

Ключевые слова: маммография, молочная железа, рак

Актуальность. Рак молочной железы относится к наиболее часто встречающейся форме злокачественных новообразований в мире [1,2]. Начало повышения роста заболеваемости РМЖ стало наблюдаться с 40-х годов прошлого века [3]. Из 10 млн. новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых сегодня на Земле, 10-12% приходится на молочную железу [4,5]. Данная патология выявляется впервые у 1,15 млн. женщин в мире ежегодно и составляет 23% от общей онкологической заболеваемости среди женщин: из них более половины случаев встречается в индустриально развитых странах – около 361 тысяч (27,3%) в Западной Европе и 230 тысяч (31,3%) в Северной Америке [6]. РМЖ наиболее распространен в США (99,4⁰/₀₀₀₀), где эта патология развивается у каждой восьмой женщины, и странах Западной Европы (82,5⁰/₀₀₀₀), где заболевает каждая десятая женщина [7,8,9]. Более низкие показатели (менее 30,0⁰/₀₀₀₀) характерны для большинства стран Африки и Азии [6]. Однако в Китае, при показателе 18,7⁰/₀₀₀₀, ежегодный прирост заболеваемости РМЖ составляет 5%, а в России (60,2⁰/₀₀₀₀), прирост составляет, в

www.kaznmu.kz

среднем, 3,3%, при мировых показателях в странах Европы 1% – 2% в год [6–14]. Тогда, как в США с 2001 г. по 2004 г. показатели заболеваемости РМЖ снизились на 3,9% [15]. Однако РМЖ в США остается самым распространенным злокачественным новообразованием среди женщин, и каждый третий случай рака, который диагностируется впервые в этой стране, является случаем злокачественной опухоли молочной железы [15,16].

В Республике Казахстан (РК) РМЖ стабильно занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женщин, начиная с середины 90-х годов XX века, а в 2011г. вышел на первое место в общей структуре онкологических заболеваний населения Казахстана [17-19].

Более 27 млн. женщин в мире проходят маммографическое обследование каждый год, поэтому изучение рентгенологической картины на маммограммах при заболеваниях молочной железы продолжает оставаться актуальной проблемой в мире и в настоящее время.

Материал и методы. Проведен анализ результатов маммографического обследования 160 женщин с подозрением на рак молочной железы, находившихся на стационарном лечении в Казахском НИИ онкологии и радиологии. В основную группу вошли 132 (82,5%) больных РМЖ (средний возраст 51,3±7,7 лет). Контрольную группу составили 28 (17,5%) женщин с доброкачественными узловыми образованиями молочной железы (средний возраст 43,1±7,8 лет).

Все наблюдения имели патоморфологическую верификацию путем проведения пункционной или трепан-биопсии и окончательное подтверждение диагноза после гистологического исследования постоперационного материала. Из доброкачественных заболеваний узловая фиброэпителиозная болезнь выявлена в 12 (7,5%) случаях, фиброаденома – в 11 (6,9%), кисты – в 3 (1,9%), множественные цистаденопапилломы – в 1 (0,6%), липома добавочной доли молочной железы – в 1 (0,6%) случае. Среди обследованных с РМЖ преобладал инфильтративный протоковый рак (63,6%), реже встречались инфильтративный дольковый рак (26,5%) и другие гистотипы рака молочной железы (9,9%). По форме роста РМЖ: узловая форма выявлена у 122 (92,4%) женщин, многоузловая (мультицентрическая) форма – у 8 (7,6%) пациенток, отечно-инфильтративная форма – у 2 (1,5%) больных РМЖ. Анализ маммографических симптомов РМЖ проведен при изучении 122 (92,4%) случаев узловой формы.

Результаты. Рак молочной железы составлял большинство наблюдений в нашем исследовании. Маммографическая картина узловой формы РМЖ характеризовалась наличием на рентгенограммах изображения опухолевого узла (94,3%) или локальной «злокачественной перестройки» структурного рисунка молочной железы (5,7%) и микрокальцинатов (38,5%). Опухолевый узел отличался от окружающих тканей повышенной плотностью и визуализировался в 2-х проекциях (рисунок 1). Из рисунка 1 видно, что на маммограммах пациентки с РМЖ четко визуализируется опухолевый узел с неровными, нечеткими контурами в двух проекциях в верхне-наружном квадранте, отличающийся повышенной плотностью от окружающих тканей. Локальная «злокачественная перестройка» структуры молочной железы при раке была представлена нарушением правильной радиарной направленности стромального рисунка и его архитектоники или в виде локальной лучистости рисунка при отсутствии плотного ядра опухоли (рисунок 2). На рисунке 2 представлены маммограммы обеих молочных желез пациентки с РМЖ, на которых опухолевый процесс в верхне-наружном

квадранте представлен только локальным изменением архитектуры рисунка в виде нарушения его радиарной

направленности к соску.

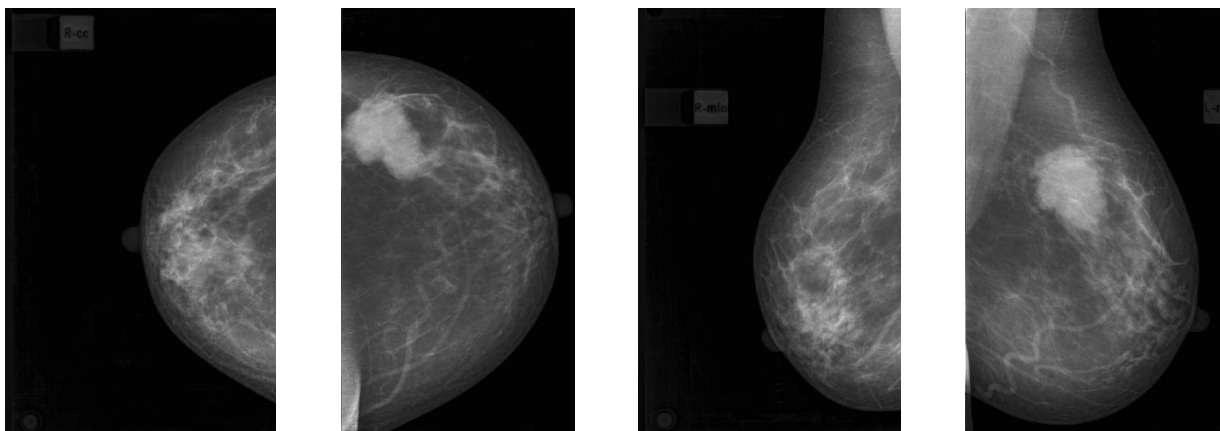


Рисунок 1 – Цифровые маммограммы пациентки К., 51 г.
Рак левой молочной железы, верхне-наружная локализация, узловая форма

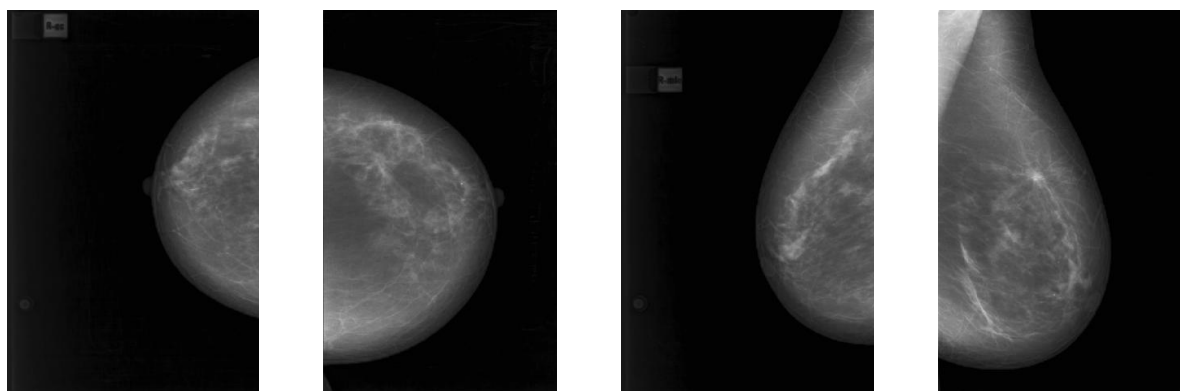


Рисунок 2 – Цифровые маммограммы пациентки И., 51 г.
Рак левой молочной железы, верхне-наружная локализация

Был проведен детальный анализ полученных маммограмм. В связи с этим, большое внимание мы уделили форме и контурам тени одиночного опухолевого узла на маммограммах, который встречался в 122 (92,4%) случаях узловой формы РМЖ, а также таким рентгенологическим признакам, как наличие микрокальцинатов в проекции тени, утолщение кожи, втяжение соска, снижение прозрачности премаммарного пространства, снижение прозрачности железистого «треугольника», «дорожка» к соску, изменение структуры рисунка, локальная гиперваскуляризация (таблица 1).

Из таблицы 1, видно, что статистически достоверными рентгенологическими признаками РМЖ были нечеткие, неровные (49,2%) и спикурообразные (34,4%) контуры, утолщение кожи (48,4%), затемнение железистого треугольника (31,2%), наличие микрокальцинатов в проекции тени (38,5%) ($p < 0,001$). Из микрокальцинатов, которые выявлялись в опухолевом узле в 38,5% случаев, преобладали сгруппированные (89,4%), множественные (61,7%), бесформенные, плеоморфные и ветвящиеся (89,4%).

Признак		Злокачественные образования (основная группа) (n – 122)		Доброкачественные образования (контрольная группа) (n – 28)	
		Абс	(M±m)%	Абс	(M±m)%
форма тени	круглая или овальная	54	44,3±4,5	13	46,4±9,4
	дольчатая	9	7,4±2,4	3	10,7±5,8
	неправильная	52	42,6±4,5	8	28,6±8,5
	в виде изменения архитектоники	7	5,7±2,1	4	14,3±6,6
контуры тени	четкие	10	8,20±2,5	17	60,7±9,2***
	мелкодольчатые	10	8,20±2,5	3	10,7±5,8
	нечеткие, неровные	60	49,2±4,5*	8	28,6±8,5
	спикулообразные	42	34,4±4,3***	-	-
микрокальцинаты в образовании	визуализируются	47	38,5±4,4***	2	7,1±4,9
	отсутствуют	75	61,5±4,4	26	92,9±3,0***
другие признаки	утолщение кожи	59	48,4±4,5***	1	3,6±3,5
	втяжение соска	29	23,8±3,9**	2	7,1±4,9
	снижение прозрачности премаммарного пространства	18	14,8±3,2	2	7,1±4,9
	снижение прозрачности железистого «треугольника»	38	31,2±4,2***	1	3,6±3,5
	«дорожка» к соску	29	23,8±3,9***	-	-
	изменение структуры рисунка	36	29,5±4,1	4	14,3±6,6
	локальная гиперваскуляризация	61	50,0±4,5	12	42,8±9,4

*различие показателей статистически достоверно (p<0,05)
 **различие показателей статистически достоверно (p<0,01)
 ***различие показателей статистически достоверно (p<0,001)

Симулировали маммографическую картину рака молочной железы узловой фиброзно-кистозная мастопатия (3,1%), фиброаденомы (3,1%), киста (0,6%).

Обсуждение. В своих наблюдениях мы выявили следующую особенность маммографической картины РМЖ – это четкость контуров опухоли, которая визуализировалась в большем проценте (8,2%) случаев, чем по данным обзора литературы (2%). Несмотря на то, что четкость контуров достоверно больше выявлялась в нашем исследовании при доброкачественных процессах (60,7%), данный признак затруднял маммографическую диагностику РМЖ и являлся отражением сложности и многообразия рентгенологической картины РМЖ, а также проявлением различных механизмов роста опухоли. Из 160 наблюдений нашего исследования расхождение рентгенологических и гистологических данных наблюдалось у 11 (6,9%) пациенток: из них у 6 (54,5%) больных рентгенологическая картина была ложноположительной и у 5 (45,5%) – ложноотрицательной. Все ложноположительные результаты были обусловлены наличием рентгенологических симптомов, патогномичных для РМЖ, – неправильная форма тени, нечеткость, неровность контуров узла. Эти маммографические признаки в наших исследованиях симулировали опухолевый процесс в 2 (1,3%) случаях узловой формы фиброзно-кистозной мастопатии, 1 наблюдении с кистой (0,6%) и в 3 (1,9%) случаях при фиброаденомах. На наш

взгляд данные симптомы, встречающиеся при доброкачественных образованиях, как правило, обусловлены одними и теми же морфологическими структурами, являющимися в большинстве случаев фоном, на котором развивается процесс. Согласно проведенному исследованию М. Sklair-Levy с соавт. (2001), узлы при фиброзной мастопатии имели на маммограммах неправильную форму в 30% (3 из 10 случаев), нечеткие контуры – в 60% (6 из 10 случаев) и симулировали злокачественность процесса. Необходимо отметить, что так называемый «радиальный рубец», описываемый как локальный фиброз, наиболее часто симулирует РМЖ на маммограммах, так как имеет неправильную (звездчатую) форму и неровные, нечеткие контуры.

В 2 (1,3%) случаях нашего исследования фиброаденомы имели неправильную форму и нечеткие контуры, что, на наш взгляд, было обусловлено интраканаликулярным их развитием, а также наличием пролиферативной фиброзно-кистозной мастопатии в окружающей ткани, наслаивающейся на тень опухоли, что подтверждено патоморфологическими данными. В 1 (50%) из этих 2 случаев имелись микрокальцинаты в опухоли. Сложности интерпретации возникают при атипичных маммографических

проявлениях фиброаденом, которые имеют неправильную форму, нечеткие границы и включения микрокальцинатов. Еще в 1 (0,6%) случае фиброаденомы в наших наблюдениях встречались утолщение кожи и снижение прозрачности железистого треугольника, что также затрудняло интерпретацию маммографической картины.

Ложноотрицательные результаты у 3 (60%) женщин были обусловлены высокой плотностью железистого треугольника на маммограммах; еще у 2 (40%) пациенток тень опухолевого узла имела ровные, четкие контуры, однородную структуру, не сопровождалась изменениями со стороны кожи и соска и была расценена, как фиброаденома.

Вывод. Характерными маммографическими признаками рака молочной железы являются нечеткие, неровные (49,2%) и спиклообразные (34,4%) контуры, утолщение кожи (48,4%), затемнение железистого треугольника (31,2%), наличие микрокальцинатов в проекции тени (38,5%) ($p < 0,05$).

Литература:

- 1 Стенина М.Б. Рак молочной железы: некоторые важные научные события и выводы последних лет // Практическая онкология. – 2005. – Т.6, №1. – с. 26–31.
- 2 Харченко В.П., Кешелава В.В., Шайхаев Г.О. и др. Онкогенетические аспекты рака молочной железы // Маммология. – 2007. – №1. – С. 8–9.
- 3 Schmidt F., Hartwagner K.A., Spork E.B., Groell R. Medical Audit after 26,711 Breast Imaging Studies // Cancer. – 1998 – Vol.83. – P. 2516–2520.
- 4 Заридзе Д.Г. Эпидемиология и скрининг рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 2002. – Т.48, № 4-5. – С. 489–495.
- 5 Полякова О.В. Организационно-методические аспекты скрининга рака молочной железы у женщин на уровне областных (краевых, республиканских) клинических больниц // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2005. – №5. – С. 36–40.
- 6 Parkin D.M., Fernandez L.M. Use of Statistics to Assess the Global Burden of Breast Cancer // The Breast Journal. – 2006. – Vol. 12. – P. S70–S80A.
- 7 Parisky Y. R., Sardi A., Hamm R. et al. Efficacy of Computerized Infrared Imaging Analysis to Evaluate Mammographically Suspicious Lesions // AJR. – 2003. – Vol. 180. – P. 263–269.
- 8 Korn R. L., Yost A. M., May Ch. C. et al. Unexpected Focal Hypermetabolic Activity in the Breast: Significance in Patients Undergoing 18F-FDG PET/CT // AJR. – 2006. – Vol. 187. – P. 81–85.
- 9 Аксель Е.М., Михайлов Э.А. Статистика рака молочной железы в Москве // Вопросы онкологии. – 2005. – Т.51, №6. – С. 656–658.
- 10 Заридзе Д.Г. Канцерогенез. – М.: Медицина, 2004. – 576 с.
- 11 Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х. Первично-множественные злокачественные опухоли. – М.: Медицина, 2000г. – С. 67–90.
- 12 Кампова–Полевая Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы. – М., 2006. – 512 с.
- 13 Хайленко В.А., Комова Д.В., Богатырева В.Н. Диагностика рака молочной железы. – М., 2005. – 240 с.
- 14 Лятегин В.П. Первичные опухоли молочной железы. – М., 2005. – С. 17–22.
- 15 Mahoney M.C., Bevers T., Linos E., Willett W.C. Opportunities and Strategies for Breast Cancer Prevention Through Risk Reduction // CA Cancer J Clin. – 2008. – Vol. 58. – P. 347–371.
- 16 Peled R., Carmil D., Siboni-Samocho O., Shoham-Vardi I. Breast cancer, psychological distress and life events among young women // BMC Cancer. – 2008. – Vol. 8. – P. 245–250.
- 17 Джанабекова А.К. Выбор оптимального метода лечения больных с локализованными формами рака молочной железы (St. II-A): автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.14. – Алматы, 2002. – 30 с.
- 18 Сейтказина Г.Д. Особенности распространенности рака молочной железы в Западно-Казахстанской области // Сборник научных трудов Республиканского научно-практического семинара «Актуальные проблемы онкопатологии репродуктивной системы женщин». – Астана, 2005. – С. 42–43.
- 19 Сейтказина Г.Д. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2011 году: статистические материалы. – Алматы, 2012. – 52 с.

ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

М.А. Кузикеев, М.С. Садыков

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии Республики Казахстан

В данной статье освещена роль лучевых методов исследования в оценке эффективности неoadъювантной химиолучевой терапии больных раком прямой кишки. Показано, что ирригоскопия остается наиболее простым и достаточно информативным методом оценки лечения опухолевого процесса толстой кишки.

Ключевые слова: рак прямой кишки, ирригоскопия, химиотерапия, лучевая терапия

Radiation methods in assessing the effectiveness of complex treatment of rectal cancer.

Kuzikeev M.A., Sadykov M.S.

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology of the Republic of Kazakhstan

In this article the role of radiological studies to evaluate the effectiveness of neoadjuvant chemoradiation 44 patients p-com rectum. It is shown that irrigoscopy remains the simplest and most informative method of evaluation is sufficient tumor of the colon.

Keywords colorectal cancer, irrigoscopy, chemotherapy, radiation therapy.

Введение. Рак толстого кишечника или колоректальный рак составляет от 4% до 15% в структуре общей онкологической заболеваемости [4]. Такие колебания в частоте объясняются неодинаковой распространенностью опухоли в различных странах мира. Традиционно в высокоразвитых странах мира заболеваемость колоректальным раком высокая, тогда как в большинстве развивающихся и неразвитых странах уровни заболеваемости низкие. Среди колоректального рака около 30% составляет рак прямой кишки (РПК). Проблема лечения РПК в течение многих лет продолжает оставаться в центре внимания ведущих отечественных и зарубежных онкологов, так как все еще огромное число пациентов поступают в специализированные учреждения в запущенных стадиях, с кишечной непроходимостью [1, 3, 5]. Несмотря на то, что хирургическое лечение остается стандартом в терапии РПК, в последние годы все чаще используются лучевая и химиотерапия, как с адъювантной, так и с неoadъювантной целью [2, 6, 7]. До настоящего времени рентгенологические методы исследования имеют важное значение в обследовании больных раком прямой кишки. Они позволяют определить: размеры, форму и локализацию опухоли; распознать ее прорастание опухоли в окружающие органы и ткани; проводить дифференциальную диагностику рака с другими заболеваниями толстой кишки; диагностировать различные осложнения рака (свищи, абсцессы, перфорацию); исследовать органы грудной клетки с целью исключения метастазов рака и сопутствующих заболеваний; изучить состояние мочевыводящих органов и степень их вовлечения в опухолевый процесс [8].

Цель исследования – совершенствование методов комплексной терапии рака прямой кишки.

Материал и методы. В основу клинического исследования были включены сведения о 44 больных РПК, которым проведена неoadъювантная химиолучевая терапия в отделении опухолей ЖКТ Казахского НИИ онкологии с 2006 по 2011 г. Средний возраст мужчин составил 64,6±9,4 года, женщин – 61,8±11,8 лет. Полихимиотерапия проводилась 3 курсами с перерывом 2-3 недели в режиме FOLFIRI (иринотекан —180 мг/м² в/в капельно в 1-й день, фолинат кальция (лейковорин) — 200 мг/м² в/в в 1-й день, фторурацил —400 мг/м² в/в струйно в 1-й день, затем фторурацил —2,4-3,0 г/м² 24-часовая в/в инфузия), параллельно 3 курсу химиотерапии проводилась лучевая терапия. Облучение проводилось на гамма-аппарате

«Терагам», РОД – 2,0 Гр, 5Фр в неделю, СОД – 50Гр. Использовалось подвижное облучение – секторная ротация. Всем больным проводилась цифровая ирригоскопия до начала лечения, после курсов химиотерапии и непосредственно перед операцией.

Обсуждение. Лучевые методы исследования являются ведущими в оценке эффективности лечения рака прямой кишки. Так рентгенологические методы исследования в основном определяют дальнейшую тактику лечения рака прямой кишки, при верифицированном процессе. Например, при хирургическом методе лечения, когда эндоскопически (ректоманоскоп, фиброколоноскоп) тубус не проходит из-за опухолевой стриктуры, рентгенологически (ирригоскопия) визуализируется протяженность процесса, предперфоративное состояние, протяженность процесса от анального кольца. Все эти рентгенологические симптомы напрямую интересуют хирургов, и дают возможность запланировать вид предстоящей операции. Динамика проведенного лечения, визуально, подтвержденного рентгенологически, определяют химиотерапевтов и лучевых терапевтов в выборе продления и смены вида лечения.

Пример: Пациент И-в М. лечился в 2010 г.

Ирриграммы при поступлении представлены на рис.1.

Рис 1- при поступлении. При ретроградном введении контрастного вещества (Барий-Випс) в проекции нижне-ампулярного отдела прямой кишки на расстоянии 5,5см. от анального кольца определяются краевые дефекты наполнения, атипичная перестройка рельефа складок слизистой с ригидностью стенки и сужением процесса до 1,1см. Далее контрастируются вышележащие отделы ободочной кишки. Заключение: С-г нижне-ампулярного отдела прямой кишки. Смешанная форма роста.

Больному проведено 3 курса химиотерапии, параллельно 3 курсу проведено лучевое лечение в СОД 50 гр. Через 4 недели после окончания лечения выполнено повторное рентгенологическое исследование рис. 2 и 3.

Рис 2-3- после комплексной терапии. При ретроградном введении контрастного вещества в проекции н/а отдела прямой кишки определяется ригидность с относительно ровными, четкими контурами на протяжении 4,5см, с сужением просвета до 2,3см. с обрывом рельефа складок слизистой. Далее контрастируются вышележащие отделы ободочной кишки. Сигма удлинена. В динамике отмечается уменьшение протяженности процесса, выпрямление краевых дефектов наполнения, увеличение просвета сужения с утолщением и выравниванием рельефа складок слизистой н/ампулярного отдела прямой кишки.

Заключение: С-г н/ампулярного отдела прямой кишки. Инфильтративная форма роста. Состояние после ПХТ. В динамике - частичная регрессия процесса.

Приведенный пример наглядно демонстрирует возможности цифровой ирригоскопии для оценки проводимого лечения больных раком прямой кишки. Выявленные регрессии и стабилизации опухолевого процесса подтверждены при последующем оперативном вмешательстве и исследовании удаленных препаратов.

Заключение. Наряду с так называемыми новыми технологиями лучевой диагностики - УЗИ, КТ и МРТ толстой кишки метод традиционной ирригоскопии, модернизированный цифровыми приставками, позволяющими существенно снизить лучевую нагрузку, как на пациента, так и на рентгенолога, позволяет без каких-либо ощутимых финансовых затрат достаточно точно оценивать эффективность проводимой неoadъювантной терапии больных раком прямой кишки.

Литература

1. С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза //Вестник хирургии им. И.И. Ерекова. – 2005. -№2. – С.34-39.
2. Ананко А. «Золотой стандарт» в лечении рака прямой кишки. Бавария, 2006. – 23 с.
3. Барсуков Ю.А., Ткачев С.И., Олтаржевская И.Д. и соавт. Полирадиомодификация – новый подход в комбинированном раке прямой кишки //Материалы конф. «Актуальные вопросы абдоминальной онкологии». - М., 2005. – С. 44-45.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. /Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т.20. – Прилож. №1. – 150 с.
5. Пугаев А.Е., Ачкасов Е.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость. – М., 2005. – 224 с.
6. Сидоров Д.В., Вашакмадзе Л.А. Современные принципы лечения рака прямой кишки //Сибирский онкологический журнал. – 2000. – №1. –С.50-54.
7. Charles Erlichman, Daniel J. Sargent. New Treatment Options for Colorectal Cancer //NEJM. – 2004. – V.351. – P. 391-392.
8. Г.И. Воробьев, Т.С. Одарюк, Ю.А. Шельгин. Диагностика и лечение рака толстой кишки// <http://med-lib.ru>.

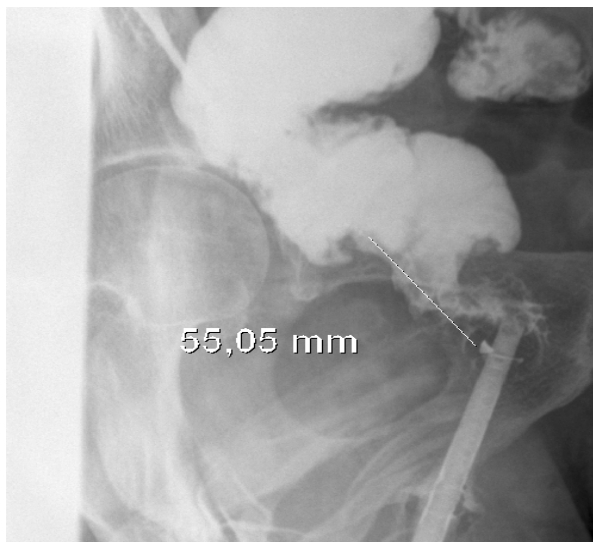


Рис.1

Кузиков Марат Анатольевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии Республики Казахстан, контактная информация для переписки – marakuzi@mail.ru; 050022, Казахстан, Алматы, Мамыр 3-2а-15



Рис. 2 и 3

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И СКРИНИНГА СЕМЕЙНЫХ И СПОРАДИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ

Кайдаров Б.К.¹, Афонин Г.А.¹, Кайдарова Д.Р.⁵, Джансугурова Л.Б.², Музыка С.В.³, Любченко Л.Н.⁴, Жунусова Г.С.², Ерещенко С.С.¹

¹ Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, кафедра онкологии, маммологии и лучевой терапии, Алматы, Казахстан.

² Институт общей генетики и цитологии МОН РК, Алматы, Казахстан.

³ Больница современной онкологической помощи, отделение эндоскопии, Киев, Украина.

⁴ Российский Онкологический Научный Центр им. Н.Н.Блохина РАМН, лаборатория клинической онкогенетики, Москва, Россия.

⁵ Алматинский онкологический центр УЗ г. Алматы, Алматы, Казахстан.

Резюме в статье приведены данные о генетической основе развития некоторых наследственных и спорадических вариантов колоректального рака. Рассмотрена роль молекулярно-генетических исследований в скрининге и ранней диагностике опухолей у пациентов с онкологически отягощенным анамнезом, возможности интервенционных методов в снижении заболеваемости и смертности у лиц имеющих наследственную предрасположенность к колоректальному раку. **Ключевые слова** колоректальный рак, наследственные опухолевые синдромы, молекулярно-генетический диагноз, ранняя диагностика, скрининг.

MOLECULAR-GENETIC BACKGROUND AND PRINCIPLES OF EARLY DIAGNOSTICS AND SCREENING OF FAMILY AND SPORADIC COLORECTAL CANCER IN YOUNG PATIENTS

B.K.Kaidarov, G.A.Afonin, D.R. Kaidarova, L.B. Dzhanusugurova, L.N., S.V.Mouzyka, L.N. Lyubchenko, G.S. Zhunusova and S.S.Yereshenko.

Abstract The article deals with the genetic background of developing some hereditary and sporadic types of colorectal cancer. Significance of molecular-genetic investigations in screening and early diagnostics of tumors in patients with oncological burdening anamnesis, possibilities of interventional methods in lowering morbidity and mortality in persons having hereditary predisposition to colorectal cancer have been demonstrated.

Keywords colorectal cancer, hereditary cancer syndromes, molecular-genetic diagnosis, early diagnostics, screening.

ЖАСӨСПІРІМ ЖӘНЕ ГЕНЕТИКАЛЫҚ АУРУШАҢДЫҒЫ БАР АДАМДАРДАҒЫ СПОРАДИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТҰҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН КОЛОРЕКТАЛДЫ ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕР КЛИНИКОГЕНОТИПТИ АНАЛИЗИНІҢ МЕТОДОЛОГИЯ НЕГІЗДЕРІ

Кайдаров Б.К., Афонин Г.А., Кайдарова Д.Р., Джансугурова Л.Б., Музыка С.В., Любченко Л.Н., Жунусова Г.С., Ерещенко С.С.

Түйін Бұл жұмыста спорадикалық және тұқым қуалайтын колоректальды қатерлі ісіктердің генетикалық негіздері жайлы мағлұмат берілген. Онкология туу қаупі бар пациенттердің скринингтегі және ерте диагноз қоюдағы молекулярлы-генетикалық зерттеудің мағынасы қарастырылған. Оған қоса аурушандықты және өлімдікті азайтудағы интервенциялық тәсілдердің мүмкіндіктері де талқыланды.

Түйінді сөздер: колоректальды қатерлі ісік, тұқым қуалайтын қатерлі ісік синдромдары, молекулярлы-генетикалық диагноз, ертерек диагностика, скрининг.

Несмотря на впечатляющие успехи последних десятилетий в области ранней диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями, рак остается одной из самых значительных угроз в глобальном масштабе. Ежегодно в мире регистрируется около 10 миллионов новых случаев злокачественных новообразований и более 6.2 миллионов случаев смертей от онкологической патологии. Среди причин смертности на планете она занимает одно из ведущих мест, что отражается на средней продолжительности жизни, ее качестве, размерах невосполнимых потерь населения, а также наносит значительный экономический ущерб. По прогнозам Всемирной

Организации Здравоохранения, онкологическая заболеваемость во всем мире возрастет до 2050 г. с 10 до 24 млн. случаев, а смертность – с 6 до 16 млн. регистрируемых случаев ежегодно [1].

Рак ободочной (РОК) и прямой (РПК) кишок является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей. В структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак в настоящее время занимает четвертое место. Ежегодно в мире регистрируется более 1 млн. вновь выявленных случаев колоректального рака (КРР). Известно, что индивидуальный риск развития данного заболевания достигает 5-6%. Ежегодное возникновение 50 новых случаев заболевания раком толстой кишки на 100000 населения определяет в среднем 5%-ный популяционный риск развития заболевания в течение жизни [2]. При этом заболеваемость колоректальным раком и смертность от него имеют тенденцию к увеличению. Рост заболеваемости отмечается за последние годы во всем мире, особенно в Европе, США и странах СНГ.

По данным Национального Института Рака (NCI) в США в 2010 году было зарегистрировано 102900 случаев заболевания раком ободочной кишки и 51370 случаев смерти от рака ободочной и прямой кишки. В России ежегодно регистрируется более 40 тыс. новых случаев рака толстой кишки. При этом частота рака ободочной кишки составляет 11.6 у мужчин и 9.2 у женщин на 100 тыс. взрослого населения. Заболеваемость раком прямой кишки соответственно составила среди мужчин 11.0 и среди женщин 7.1 на 100 тыс. взрослого населения [3]. В Казахстане за последние годы отмечен рост заболеваемости раком толстой и прямой кишки, что отражает мировые тенденции и показатели заболеваемости аналогичными видами рака в странах СНГ. По данным КазНИИОиР в РК в 2010 году было выявлено 1389 больных с впервые в жизни установленным диагнозом рака ободочной кишки (в 2009 г. - 1224) и 1179 больных с диагнозом рака прямой кишки (в 2009 г. - 1140). Показатель заболеваемости на 100000 населения составил 8.5 для рака ободочной кишки (в 2009 г. – 7.7) и 7.2 для рака прямой кишки (в 2009 г. – 7.2). Темп прироста заболеваемости в 2010 г. составил 10.7 и 0.9 для РОК и РПК соответственно [4].

Как и другие злокачественные новообразования, колоректальный рак является проблемой медико-социальной. Это обусловлено рядом объективных причин. Тенденция к увеличению частоты возникновения КРР и непрерывно растущая стоимость сложного лечения, недостаточно удовлетворительные непосредственные и отдаленные результаты – все это определяет актуальность проблемы заболевания. В настоящее время онкологи сталкиваются, в основном, с III и IV стадиями рака толстой кишки. При этом в клиническом отношении имеются две неравнозначные группы первичных больных. Анализ данных канцер-регистра Алматинского онкологического центра (главный врач – д.м.н. Кайдарова Д.Р.) показал, что около 50% больных раком толстой кишки в г. Алматы попадают в общехирургические стационары в связи с возникновением осложнений основного заболевания, в первую очередь острой толстокишечной непроходимости. В хирургических отделениях таким больным оказывают экстренную хирургическую помощь по жизненным показаниям

и не всегда в необходимом объеме. Специфического противоопухолевого лечения в этих условиях больной не получает. С другой стороны – пациентам, поступающим изначально в онкологические учреждения врачи-онкологи стремятся выполнять все более обширные объемы оперативного вмешательства. Современные методы комбинированного и комплексного лечения, год от года, становятся все сложнее и, соответственно, дороже. Онкологическая служба затрачивает ресурсы на вышеуказанные действия, тогда как решению проблем скрининга и ранней диагностики КРР до недавнего времени не уделялось должного внимания.

В 2011 и 2012 годах в Казахстане по инициативе главы государства Н.А.Назарбаева принят ряд важнейших для развития онкологии постановлений и государственных программ. В первую очередь - Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы. Основными задачами являются совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем внедрения национальных скрининговых программ, повышения доступности высокотехнологичных методов диагностики и лечения с научно-обоснованной эффективностью и создания современной системы реабилитационной и паллиативной помощи онкологическим больным. В 2011 году начата реализация скрининговой программы по колоректальному раку и внедрен пилотный проект по скринингу рака предстательной железы в Восточно-Казахстанской области.

Наблюдаемый в настоящее время в мире и в Казахстане рост заболеваемости колоректальным раком и увеличение числа пациентов молодой возрастной категории с этой патологией («омоложение» контингента больных КРР) является мотивом к пересмотру традиционных факторов риска данного заболевания. Наряду с традиционными факторами риска, к которым относят комплекс причин диетического характера, образа жизни, пожилой возраст и фоновые и предраковые состояния, в последнее время повышен интерес к генетическим факторам риска развития колоректального рака (как наследственного, так и спорадического) [8, 9]. По данным различных авторов, приблизительно 10% пациентов, у которых развивается колоректальный рак, имеют наследуемую генетическую предрасположенность к этому заболеванию. От 3% до 5% случаев КРР связаны с наследственным непוליпозным колоректальным раком (ННКРР, синдром Линча), у 1% пациентов заболевание ассоциировано с семейным аденоматозным полипозом (САП). Около 10% всех случаев РТК являются аутосомно-доминантными заболеваниями, т.е. развиваются в соответствии с законами Менделя [2,5,6,7].

Со времени опубликования исторической работы Берта Фогельштейна в журнале Cell в 1990 году, и представления им генетической модели, в которой впервые была раскрыта стадийность молекулярного патогенеза рака толстой кишки [15], в генетике колоректального рака сделан ряд важнейших открытий, в результате чего стало ясно, что онкологи, по сути, имеют дело с несколькими разными опухолями, возникающими в одном органе. Признание того факта, что рак – это болезнь генома позволило утвердить парадигму генетической гетерогенности опухолей, развивающихся на основе уникального генотипа пациента. Это подразумевает реализацию процесса канцерогенеза на фоне индивидуального профиля мутаций и генной активности во взаимодействии с факторами внешней среды. Следует заметить, что КРР является идеальной моделью для изучения фундаментальных аспектов канцерогенеза. Для РТК весьма характерна стадийность морфологической трансформации, которая в свою очередь обусловлена стадийностью накопления РТК-ассоциированных мутаций в онкогенах и генах-супрессорах [10]. Интересной

особенностью РТК является существование принципиально разных вариантов молекулярного патогенеза.

1. Более 85% РТК демонстрируют т.н. хромосомную нестабильность, выражающуюся в множественных делециях, амплификациях и реаранжировках больших участков хромосом. Подобное состояние генома характерно для многих опухолей.

2. Альтернативный вариант патогенеза РТК предполагает микросателлитную нестабильность. ДНК таких опухолей содержит большое количество микромутаций, нарушающих моно-, ди-, тринуклеотидные повторы (RER+ фенотип), в то время как структура хромосом остается относительно интактной.

3. Избыточное метилирование т.н. CpG-островков. Это обозначение применяется для пар цитозин-гуанин, расположенных последовательно на одной цепи ДНК. Цитозины, предшествующие гуанину демонстрируют повышенную чувствительность к метилированию. Регуляторные (промоторные) участки генов характеризуются накоплением большого числа ГЦ-пар. Если последние подвергаются метилированию, то происходит угнетение транскрипции соответствующего гена.

Трансляция результатов фундаментальных исследований генетики рака толстой кишки в практически значимые аспекты позволяет глубже понять этиологию и патогенез заболевания, разрабатывать систему ранней диагностики и оптимизации наблюдения, лечения и профилактики с учетом индивидуального генотипа пациента. Наиболее актуальным это является для больных, у которых заболевание возникает на основе наследственных опухолевых синдромов, среди которых в настоящее время выделяют две группы заболеваний: семейный аденоматозный полипоз и наследственный непוליпозный колоректальный рак. Интересным является то, что морфологически часто не удается обнаружить каких-либо различий между опухолями, возникающими как спорадический рак и новообразованиями, возникающими на известной генетической основе. Все они являются в подавляющем большинстве случаев (около 90%) аденокарциномами различной степени дифференцировки (встречаются также слизистые, перстневидноклеточные, недифференцированные карциномы). Однако в отношении клинического течения, генотип-фенотипических корреляций, и прогноза заболевания между наследственными и спорадическими раками имеются многочисленные и достоверные различия. Это касается таких важнейших клинических характеристик опухолевого процесса как возраст начала заболевания, локализация процесса в различных отделах толстой кишки, наличие первично-множественных, синхронных и метакронных опухолей, потенциал опухолевой прогрессии и вероятности метастазирования [11,12,13].

Большой практический интерес представляет сочетание опухолей толстой кишки с другими злокачественными новообразованиями, возникающими в семьях с синдромами наследственного КРР. Анализ частоты поражения различными злокачественными опухолями в семьях больных раком толстой кишки показал, что она довольно высока, в целом – 16.2%; частота поражения той же самой опухолью составляет 2.4%, а раком желудка – 2.3%. С гораздо меньшей частотой поражается эндометрий, а рак молочной железы отмечен в 3.4%. У 9.9% родственников больных отмечены одиночные и множественные аденомы толстой кишки. Риск развития злокачественных опухолей у больных САП в 18 раз выше общепопуляционного риска. В среднем рак у лиц с САП развивается в более раннем возрасте, как правило, до 40 лет, то есть на 20 лет раньше, чем в общей популяции. Могут наблюдаться также первично-множественные злокачественные новообразования, локализующиеся вне толстой кишки. Для ННКРР также характерно сочетание с другими злокачественными новообразованиями: раком тела матки, яичников, желудка, молочной железы, поджелудочной железы. Частота первично-

множественных злокачественных новообразований среди больных ННКРР составляет 17.9% (синхронные опухоли – 8.4% и метакронные – 9.5%). При этом риск развития метакронного колоректального рака увеличивается в 16-19 раз по сравнению с развитием первичного рака толстой кишки. Нередко субстратом для развития первично-множественного рака толстой кишки после удаления первой опухоли у больных с ННКРР являются одиночные и множественные аденомы [11,14].

Средний возраст развития РТК на фоне САП составляет 30–35 лет, что на 30 лет раньше чем в общей популяции, у 5% пациентов озлокачествление полипов происходит к 20-летнему возрасту. Опухоли других локализаций (желудка, тела матки, щитовидной железы, молочной железы, центральной нервной системы, а также первично-множественные злокачественные новообразования) могут возникать у 75% пациентов-носителей патологического генотипа (мутантного гена APC, являющегося доминирующим этиологическим фактором в развитии этой патологии). Функциональная значимость мутаций APC связана с ключевой ролью этого гена в регуляции клеточного деления эпителия толстой кишки и других тканей. Структурные перестройки в гене APC выявляют в 95% случаев классического САП (более 500 вариантов). Частота герминальных мутаций составляет 50–70% [17]. Синдром Линча, – частая наследственная форма РТК с аутосомно-доминантным типом наследования, характеризующаяся развитием РТК в нескольких поколениях, молодым (до 45 лет) возрастом начала болезни, преимущественным поражением правосторонних отделов толстой кишки, высокой частотой развития синхронных и метакронных опухолей, а также возникновением злокачественных новообразований других локализаций. Различия в молекулярном патогенезе обуславливают особенности клинических и прогностических факторов ННКРР. Герминальные гетерозиготные мутации генов, ответственных за ошибки репарации ДНК (mismatch repair 2 – MMR), – MSH2, MLH1, MSH3, MSH6 (GTBP), PMS1, PMS2 в сочетании с микросателлитной нестабильностью являются причиной возникновения ННКРР. Опухоль обычно возникает при соматической мутации аллеля дикого типа, инактивирующей систему MMR и повышающей уровень микросателлитной нестабильности, играющей ведущую роль в инициации и прогрессии опухолевого роста [2,10,18]. Отмечен более ранний, по сравнению со спорадическим РТК, возраст возникновения заболевания (около 40-45 и 65 лет соответственно), возможно, связанный с ускоренным канцерогенезом.

Показано, что многоступенчатый процесс «аденома-карцинома» у пациентов с онкологически отягощенным анамнезом и функциональными генетическими нарушениями протекает за 2–3 года, тогда как в общей популяции этот процесс занимает в среднем 8–10 лет. Выделение различных клинико-генотипических вариантов САП и ННКР способствует дифференцированному подходу к лечению каждого больного в зависимости от варианта развития болезни. При генетическом обследовании больных САП было замечено, что каждому клиническому варианту течения заболевания соответствуют мутации, расположенные в определенных сайтах гена APC [16,17]. Такая корреляция между генотипом и фенотипом может служить обоснованием для разработки факторов прогноза течения болезни у конкретного больного и определять индивидуальную лечебную тактику.

В отношении уже заболевших пациентов с наследственными формами РТК при условии молекулярно-генетического подтверждения у них того или иного варианта «семейного» рака (постановка т.н. «молекулярно-генетического диагноза») целесообразно проведение специальной программы лечения и наблюдения этих пациентов. Комплексная программа является многоуровневой и может предусматривать:

1. функционально-щадящие операции
2. специальные подходы к диспансерному наблюдению (регулярное обследование на предмет выяснения динамики

процесса и своевременного распознавания рецидивов и метастазов)

3. комплексная программа реабилитации молодых больных КРР (медицинская, индивидуальная, социальная и трудовая)

4. медико-генетическое консультирование.

С учетом того, что больные наследственными формами РТК являются носителями мутаций, которые встречаются и у их практически здоровых родственников, разработаны специальные алгоритмы диагностики, профилактического обследования, диспансерного наблюдения пациентов, имеющих наследственную предрасположенность к злокачественным новообразованиям. Такие программы внедрены на национальном уровне в странах Евросоюза, России и Белоруссии [12,19]. Существенная часть этих программ относится к скринингу и ранней диагностике наследственных форм рака толстой и прямой кишки, а также медико-генетическому консультированию лиц, относящихся к группам повышенного риска возникновения рака.

Программы, как правило, содержат следующие постоянные компоненты:

1. выявление мутаций, определяющих тот или иной вариант развития наследственных форм рака толстой или прямой кишки (например мутаций в различных сайтах гена APC, генах MLH1 и MSH2, ответственных почти за 90% случаев возникновения синдрома Линча).
2. специальный регламент и комплекс мер по инструментальному обследованию
3. при молекулярно-генетической верификации наследственного варианта РТК - проведение профилактических мероприятий или лечение пациентов на ранних (субклинических) стадиях опухолевого процесса
4. специальное диспансерное наблюдение
5. медико-генетическое консультирование.

Главной целью таких программ является формирование групп риска и последующее наблюдение за относящимися к ним пациентами.

ервичная профилактика наследственных вариантов РТК направлена на выявление герминальных мутаций, определяющих высокий риск развития рака. Показано, что скрининг с целью ранней диагностики, на 56% снижает риск развития РТК и на 65% общую смертность среди пациентов с отягощенным онкологическим анамнезом. В частности, ежегодная колоноскопия позволяет выявить локальные опухоли минимальных размеров, что позволяет проводить малоинвазивные операции, не нарушая принципов онкологического радикализма, что также ведет к снижению смертности. Для пациентов, имеющих патологический генотип, рекомендовано диспансерное наблюдение, включающее колоноскопию, начиная с 25-30-летнего возраста и консультацию проктолога. Для женщин обследование должно быть дополнено интравагинальным УЗИ органов малого таза, маммографией, анализом уровня маркера СА-125, консультацией маммолога и гинеколога с целью выявления опухолей женской репродуктивной системы.

Тотальная или субтотальная колэктомия с последующим наблюдением за состоянием прямой кишки рекомендована для пациентов с наследственным непוליпозным колоректальным раком, у которых в ходе наблюдения обнаружен КРР или прогрессирующая аденома. Мотивом этого решения является высокая частота случаев развития метакронного рака (25-40%) у пациентов, которые подвергались сегментарной колэктомии. Для женщин, уже имеющих детей, уместными мерами являются профилактическая гистерэктомия и билатеральная сальпинго-овариоэктомия. Если у представителей семьи имеются случаи рака мочевых и половых органов, необходимо проводить ежегодный анализ и цитологическое обследование и УЗИ мочевых органов начиная с возраста 30-35 лет. Из профилактических операций у пациентов с САП используют

частичную колэктомия, у пациентов с синдромом Линча – субтотальную колэктомия и двустороннюю сальпингоовариозектомия после окончания периода деторождения. Показатели 5-летней выживаемости у пациентов с ННКРР после выполнения профилактических операций составляют 98% [12].

Вторичная профилактика опухолей – программа, реализация которой обеспечивается путем скрининга родственников больных и активной диспансеризацией лиц с высоким риском развития рака. Пока это единственный подход для организации и функционирования системы генетической профилактики наследственных форм рака. Одним из методов ранней диагностики САП и ННКР является создание регистра семей, в которых имеются пациенты, страдающие РТК. Информация о родственниках больного, содержащаяся в регистре, позволяют активно привлекать их к обследованию до развития клинических проявлений аденоматоза или рака. Такой подход, в свою очередь, значительно сокращает число пациентов с развившимся на момент установления диагноза раком толстой кишки с 70 до 3-5%, а также позволяет определить группы риска, что облегчает раннюю диагностику заболевания [16,20]. Функционирование регистра целесообразно только в сочетании с проведением молекулярно-генетических исследований, т.е. генетического скрининга, который позволяет дифференцировать больных и здоровых людей среди родственников в одной семье. Выявленные на основании результатов генетического скрининга больные должны включаться в систему мониторинга, а здоровые родственники – сниматься с дальнейшего наблюдения.

Мы считаем, что генетическое тестирование должно выполняться всем родственникам больных или членам семей с наследственно отягощенным анамнезом при условии их добровольного информированного согласия на эту процедуру. Работа по выявлению носителей патологического генотипа (мутаций), и соответственно по формированию групп риска и его стратификации с учетом возраста и индивидуального генотипа пациента включает следующие этапы:

1. накопление клинических наблюдений за уже заболевшими пациентами с наследственными формами КРР и генетическая верификация характера процесса.
2. сбор анамнестических данных (анкетирование) методом поодиночной регистрации пробандов - больных, а также их родственников, составляющих группу риска, активно вызываемых для обследования. Особое внимание уделяется клинической картине течения заболевания в конкретной семье: характеру наследования аденоматоза или синдрома Линча по материнской или отцовской линии, времени появления первых жалоб, характеру впервые установленного диагноза и анализу причин его расхождения с истинным диагнозом, времени развития рака толстой кишки.
3. Верификация и коррекция генеалогических данных, полученных в результате опроса пробандов, осуществляется путем приглашения родственников на обследование, в том числе и генетическое тестирование, независимо от наличия или отсутствия клинических проявлений заболевания.
4. Инструментальное обследование включает: ректороманоскопию, колоноскопию с осмотром всех отделов толстой кишки с целью выявления признаков озлокачествления. Ранее колоноскопии рекомендовалось дополнять ирригоскопией с целью визуализации и документации распределения полипов по толстой кишке и установления признаков их малигнизации. Однако проведенные исследования демонстрируют низкую чувствительность ирригоскопии в отношении аденом, особенно размером менее 1 см. Документирование процесса целесообразно проводить во время колоноскопии видеозаписью, что должно стать стандартом практики.
5. Методика генетических исследований заключается в следующем: на основании данных регистра, который служил

базой для рекрутирования больных на генетическое исследование, выбираются члены семьи, которым проводится генетическое тестирование на наличие мутаций, определяющих риск развития САП или ННКРР. При подтверждении синдромальной патологии рассчитывается совокупный генетический риск для данного индивидуума в ходе медико-генетического консультирования с последующими рекомендациями по проведению профилактических мероприятий и сроков диспансерного наблюдения.

Уже сегодня современный уровень молекулярно-генетической диагностики позволяет принципиально полностью изменить тактику скрининговых и диагностических мероприятий. Это стало возможным с введением в практику медицины понятия генетического паспорта человека – индивидуальной базы данных о последовательностях ДНК, отражающих уникальные генетические особенности каждого человека, его предрасположенность или резистентность к тем или иным наследственным или мультифакториальным заболеваниям. Следовательно, для целей ранней диагностики и скрининга при онкологически отягощенном анамнезе сегодня нет необходимости рассчитывать вероятностные риски возникновения опухолей у родственников больных (клинико-генеалогический метод). Определение конкретной мутации в определенной последовательности ДНК пациента позволяет эффективно выявлять лиц, предрасположенных к злокачественным новообразованиям, и проводить раннюю (доклиническую) диагностику с последующим осуществлением соответствующих профилактических мероприятий.

Несмотря на то, что с введением в практику генетического скрининга увеличивается абсолютное число больных и потенциально больных индивидуумов, адекватная ранняя диагностика и лечение на ранних стадиях заболевания обладают большой социальной и экономической эффективностью. Профилактические и скрининговые мероприятия позволяют уменьшить нагрузку на бюджет здравоохранения как за счет малоинвазивных лечебных и профилактических процедур, так и за счет сокращения расходов на дорогостоящее и длительное противоопухолевое и симптоматическое лечение пациентов с запущенными формами опухолей, сохранения здоровья и трудоспособности пациентов, их возвращения к полноценной жизни, социальной активности и труду.

Литература

1. J. Vermorken, D. Schrijvers. Introduction. //Handbook of Cancer Diagnosis and Treatment Evaluation. Ed. By H.-J. Schmoll, L. Van't Veer, J. Vermorken, D. Schrijvers. N.-Y. - L., Informa Helthcare, 2009. – p. 1.
2. Любченко Л.Н. Клинико-генотипические варианты семейного рака толстой кишки. //Практическая онкология. 2005. – т. 6. - № 2. – с. 132-136.
3. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2010. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2010. [Also available online 7.](#) Last accessed January 31, 2011.
4. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Ажмагамбетова А.Е. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2010 г. (статистические материалы). А., 2011.
5. Гарькавцева Р.Ф., Белев Н.Ф. Генетические аспекты рака толстой кишки. //Новое в терапии колоректального рака. Сб. научн. Тр. Под ред. Переводчиковой Н.И. М., «Клевер принт», 2001. – с. 10-16.
6. Зборовская И.Б. Молекулярно-биологические маркеры при раке толстой кишки. //Новое в терапии колоректального рака. Сб. научн. Тр. М., 2001. – с. 10-16.

7. Fearnhead N.S., Wilding J.L., Bodmer W.F. Genetics of colorectal cancer: hereditary aspects and overview of colorectal tumorigenesis. //Brit. Med. Bull. 2002. – vol. 64. – p. 27-43.
8. Boyle P., Leon M.E. Epidemiology of colorectal cancer //Brit. Med. Bull. – 2002. – Vol. 64. – p. 1-25.
9. Faivre J., Bouvier A.M., Bonithon Kopp C. Epidemiology and screening of colorectal cancer //Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2002. – vol. 16. – p. 187-199.
10. Имянитов Е.Н. Клинико-молекулярные аспекты колоректального рака: этиопатогенез, профилактика и индивидуализация лечения. //Практическая онкология. 2005. – т. 6. - № 2. – с. 65-70.
11. Гарькавцева Р.Ф., Казубская Т.П., Белев Н.Ф., и др. Генетика рака желудочно-кишечного тракта. //Consilium Medicum. Онкология. 2001. - № 4. – т. 3.
12. Chirivella I., Rosello S., Insa A. Hereditary cancer syndromes: the role of prevention and screening. //ESMO Handbook of cancer prevention. Edited by D. Schrijvers, H.-J. Senn, H. Mellstedt, B. Zakotnik. Informa, 2008.
13. Jarvinen H., Aarnio M., Mustonen H., et al. Controlled 15-year trial on screening for colorectal cancer in families with hereditary non-polyposis colorectal cancer. //Gastroenterology. 2000. – vol. 118. – p. 829-834.
14. Sijmons R.H. Hereditary cancer syndromes: common principles and the role of prevention and screening. //ESMO Handbook of cancer prevention. Edited by D. Schrijvers, H.-J. Senn, H. Mellstedt, B. Zakotnik. Informa, 2008.
15. Fearon E.R., Vogelstein B. A genetic model for colorectal tumorigenesis //Cell. – 1990. – vol. 61. – p. 759-767.
16. Кузьминов А.М., Сачков И.Ю., Чубаров Ю.Ю., и др. Роль генетических исследований в ранней диагностике и профилактике рака толстой кишки при семейном аденоматозе. //Вместе против рака. Врачам всех специальностей. 2006. - № 2. – с. 1-7.
17. Marcia Cruz-Correa, Francis M. Giardiello. Familial adenomatous polyposis. Gastrointestinal Endoscopy. 2003. – vol. 58. - № 6. – p. 885-894.
18. John DeFrancisco, William M. Grady. Diagnosis and management of hereditary non-polyposis colon cancer. Gastrointestinal Endoscopy. 2003. – vol. 58. - № 3. – p. 390-408.
19. Eng C., de la Chapelle A. Genetic testing for cancer predisposition. //Ann. Rev. Med. 2001. – vol. 52. – p. 371-400.
20. Heather Hampel, M.S., Wendy L. Frankel, Edward Martin. Screening for the Lynch Syndrome (Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer). //The New England Journal of Medicine. 2005. – vol. 352. - № 18. – p. 1851-1860.

ОПЫТ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Кузикеев М.А.

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии Республики Казахстан

Резюме В данной статье проведен анализ непосредственных и ближайших результатов лечения 14 больных, подвергнутых оперативному вмешательству в объеме экзентерации малого таза по поводу рака прямой кишки. Тотальная экзентерация выполнена 6 больным (4 мужчинам и 2 женщинам), задняя экзентерация – 8 женщинам. Послеоперационные осложнения развились у 6 пациентов, что потребовало у 3 из них хирургической коррекции. Среди 9 прослеженных больных живы 7.

Ключевые слова рецидив рака прямой кишки, экзентерация малого таза.

Experience in the pelvic exenteration in patients with recurrent rectal cancer

Kuzikeev M.A.

Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology of the Republic of Kazakhstan

Abstract This article analyzes the direct and immediate results of treatment of 14 patients undergoing surgery in the pelvic exenteration volume for rectal cancer. Total exenteration performed 6 patients, posterior exenteration - 8 women. Postoperative complications occurred in 6 patients, which required 3 of them surgical correction. Among the ninetracked patients are alive 7.

Keywords recurrent rectal cancer, pelvic exenteration.

Введение Несмотря на практически полувековую историю применения, отношение к экзентерации малого таза до настоящего времени остается сдержанным. Важными причинами непопулярности данной операции являются техническая сложность и длительность хирургического вмешательства, высокая частота интра- и послеоперационных осложнений (60 %), высокая послеоперационная летальность (30 %), неудовлетворительное качество жизни большинства оперированных больных [1,2,3].

В частности, данные литературы свидетельствуют о том, что длительность данной операции варьирует от 3 до 8 часов, а объем интраоперационной кровопотери — от 1,5 до 4,5 л. В структуру послеоперационных осложнений входят геморрагический шок, спаечная кишечная непроходимость, пиелонефрит. По данным Marziona F. et al. [2] частота осложнений, требующих повторных вмешательств, достигает 23 %.

Впервые экзентерация при местно-распространенном раке мочевого пузыря выполнил в 1940 г. E. Bricker [4]. В 1950 г. L.H. Appleby привел данные о шести таких операциях по поводу местно-распространенного рака прямой кишки [4]. В зависимости от объема удаляемых тканей различают:

- переднюю ЭТ (удаление мочевого пузыря, матки, влагалища),
- заднюю ЭТ (удаление прямой кишки, матки, влагалища),
- тотальную ЭТ (удаление всех перечисленных органов).

Единого подхода к выбору показаний для вторичной экзентерации нет [5,6,7,8]. В большинстве центров к противопоказаниям к ее выполнению относят внутрибрюшную диссеминацию опухоли и наличие отдаленных метастазов опухоли. Эта операция также признается нецелесообразной при метастатически измененных значительно увеличенных тазовых лимфатических узлах, опухолевой инфильтрации параметрия и наличии триады симптомов (лимфедема нижней конечности, обструкция мочеточников, тазовые боли), свидетельствующих о нерезектабельности опухоли.

Материалы и методы При отборе больных для экзентерации мы в первую очередь исключали внетазовые метастазы. Наличие метастазов за пределами малого таза является абсолютным противопоказанием к операции. Проводили:

- КТ органов грудной клетки для исключения метастазов в легких,
- КТ органов брюшной полости и парааортальных лимфатических узлов.

При наличии объемных образований в печени выполняли их пункцию. Вовлечение указанных органов и тканей в опухолевый процесс рассматривается как абсолютное противопоказание к ЭТ. Для оценки вовлеченности в процесс мочевого пузыря выполняется цистоскопия, внутривенная урография и КТ органов малого таза. Адекватная оценка объема опухоли осуществлялась с помощью МРТ органов малого таза, которую называют «новым золотым стандартом» диагностики [9].

Нами проанализированы непосредственные результаты лечения 14 пациентов (4 мужчин и 10 женщин), подвергнутых оперативному вмешательству в объеме экзентерации малого таза по поводу рецидива рака прямой кишки с 2009-2012гг. в отделении ОЖКТ КазНИИОИР. Средний возраст больных составил 56,2±3,6 года (от 43 до 68 лет). Рецидивы выявлены в сроки от года до 3 лет после проведенного оперативного лечения первичной опухоли. В гистологической структуре опухолей преобладали умеренно(57%)- и низкодифференцированные (36%) аденокарциномы и 1 случай плоскоклеточного рака (7%). Вовлечение в опухолевый конгломерат прямой кишки отмечено у всех больных, мочевого пузыря – у всех 4 мужчин и 2 женщин, матки и влагалища у всех -10 женщин, петель тонкой кишки – у 3 больных.

Результаты Тотальная экзентерация малого таза была выполнена 6 больным (4 мужчины и 2 женщины), задняя экзентерация – 8 женщинам. Средняя продолжительность операции составила 180±25,4 мин (от 120 до 240 мин), средний объем кровопотери составил – 900 мл (от 300 до 1500мл). Сфинктерсохраняющие вмешательства выполнены у 2 пациенток (брюшно-анальные аппаратные резекции прямой кишки). У 4 больных была выполнена реконструкция мочевыделительной системы в объеме пластики мочевого пузыря сегментом отключенной подвздошной кишки с формированием уростомы на передней брюшной стенке. У 2 больных после тотальной экзентерации деривация мочи была обеспечена путем билатеральной уретерокутанеостомии. Причинами отказа от формирования мочевого резервуара были осложнения опухолевого процесса, сопряженные с наличием инфекционного очага в брюшной полости и полости малого таза. Послеоперационные осложнения развились у 6 больных, что потребовало хирургической коррекции у 3 из них. У 3 больных возникли раневые осложнения (нагноения операционной раны). У 2 больных отмечалась затяжная температурная реакция, несмотря на 3 кратную смену антибиотиков, без явных источников гипертермии. Летальных исходов не было. Таким образом, послеоперационные осложнения возникли у 42% больных.

Прослежены 9 больных - жители Алматы и Алматинской области, являющиеся на контрольный осмотр в поликлинику КазНИИОИР. Среди прослеженных больных живы 7. Среди них у 2 развились повторный рецидив (по поводу которого получили курсы адьювантной химиолучевой терапии). 2 пациента погибли в течение первого года от генерализации опухолевого процесса (метастатическое поражение печени, легких).

Заключение

Таким образом, экзентерация таза ассоциируется с высокой частотой осложнений, большой летальностью и низким качеством жизни больных, поэтому отношение к ней остается сдержанным. Тем не менее, выполнение такого вмешательства у больных местно-распространенным и рецидивным раком прямой кишки в ряде случаев оправдано.

Литература

1. Косенко, И.А. Хирургическое вмешательство в лечении больных раком шейки матки с неблагоприятным прогнозом/И.А. Косенко // Медицинская панорама. — 2007. — № 7. — С. 15-17.
2. Marziona, F. Exenteracaopelvica no cancer gine-cologico / F. Marziona, H.T orioni, F.Abrao // J. Bras, Ginecol. — 1992. — Vol.102, N9. — P.339-342.
3. Bricker, E.M. Bladder substitution after pelvic evisceration /E.M. Bricker //Surg Clin North Am. — 1950. — Vol. 1. — P. 177-183.
4. Appleby, L.H. Proctocystectomy: the management of colostomy with urethral transplants /L.H. Appleby // Amer. Surg. — 1950. — Vol. 79. — P. 57-60.
5. Эвисцерация таза по поводу запущенного рака прямой кишки/ И.П. Дедков [и др.] // Вопросы онкологии. — 1977. — Т. 23, № 1. — С. 90-95.
6. Hockel, M. Ultra-radical compartmentalized surgery in gynaecological oncology/ M. Hockel//Eur J Surg Oncol. —2006. — Vol. 32, N 8. — P. 859-865.
7. The role of pelvic exenteration and reconstruction for treatment of advanced or recurrent gynecologic malignancies: Analysis of risk factors predicting recurrence and survival / J.Y. Park [et al.] // J Surg Oncol. — 2007. — Vol. 96, N7. — P.560-568.
8. Indications for primary and secondary exenterations in patients with cervical cancer / S. Marnitz [et al.]// Gynecologic Oncology. — 2006. — Vol. 103. —P. 1023-1030.
9. Шатов, А.В. Низкопольнаямагнитно-резонансная томография в диагностике и оценке лечения инвазивного рака шейки матки/А.В. Шатов, Н.А. Ог-нерубов // Российский онкологический журнал. — 2003. — № 5. — С. 11-15.

Кузиков Марат Анатольевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии Республики Казахстан, контактная информация для переписки – marakuzi@mail.ru; 050022, Казахстан, Алматы, Мамыр 3-2а-15

ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*Б. Д. Шалабаев**Кафедра офтальмологии и оториноларингологии Кыргызско-Российского Славянского университета, Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме Разработана оригинальная методика закрытия дефектов твердой мозговой оболочки (ТМО) передней черепной ямки, возникающих в результате прорастания опухолей через lamina cribrosa или во время их хирургического удаления. Для этих целей использован слизисто-надхрящично-периостальный лоскут с противоположной стороны носовой перегородки.

Ключевые слова дефект твердой мозговой оболочки, пластика передней черепной ямки, опухоли челюстно-лицевой области.

The variants of reconstructive rehabilitation after a surgical removal of an extensive tumors of maxilla-facial region*Shalabayev B.D.**Department of Ophthalmology and Otolaryngology Kirghiz-Russian Slavic University,**Bishkek, the Republic of Kyrgyzskaya*

Abstract The original method for closing defects of a dura mater in anterior cranial fossa arise due to tumors growth through cribriform plate or during surgical removal was developed. For this purpose we used a mucose-perichondro-periosteal nasal septum flap from opposite site.

Keywords scleromeninx defect, plastic surgery of anterior cranial fossa, maxilla-facial region tumors

Введение

Хирургическое лечение объемных и опухолевых образований челюстно-лицевой области и полости носа иногда не только отличается сложностью и опасностью развития осложнений, но оставляет последствия, требующие ликвидации на завершении вмешательства. Таковыми они бывают, когда после него возникают и появляются дефекты анатомических образований челюсти. Они угрожают жизни больного, отражаются на качестве жизни, затрудняют выполнение жизненно необходимых функций и придают лицу обезображивающий вид.

Разумеется, что в таких случаях возникают задачи, которые иногда требуют неординарного решения.

Чаще всего они возникают у больных со злокачественными новообразованиями верхней челюсти, поступающих для лечения с T3 и T4 стадиями развития опухоли в названном образовании. Такие опухоли из-за запущенности процесса прорастают в параназальные анатомические образования: решетчатый лабиринт, основную пазуху, крыловиднонебную ямку, ретромандибулярное пространство, подвисочно-щечную область, орбиту и основание черепа. При удалении распространенных опухолей верхней челюсти возникает необходимость широкого иссечения окружающих тканей. Это обуславливает их дефицит. Что и приводит к тяжелым функциональным нарушениям и обезображивающим косметическим дефектам. К ним можно отнести дефекты твердого неба, нижней стенки орбиты, ТМО и кожи лица. Некоторые из них требуют безотлагательного решения, в частности закрытие дефектов передней черепной ямки или пластики нижней стенки орбиты [4,5,6]. В последние годы с развитием пластической микрохирургии появилось мнение, рекомендуемое раннюю пластику дефектов, даже в случаях высокой угрозы продолженного роста опухоли. Авторы – сторонники такой тактики считают, что такой подход к решению отменной задачи, заслуживает внимания, поскольку, на какой-то срок продлевает более приемлемое для больного качество жизни.

В настоящее время предложено несколько способов с помощью которых можно решить эту проблему [1,7]. При всех этих методиках решение задачи чаще всего достигается с помощью собственного свободного или имеющего питающую ножку. Несмотря на наличие этих сообщений, затронутая проблема остается актуальной, причем не только в связи с хирургическим лечением злокачественных новообразований, но и при других заболеваниях. Ликворрея и угроза выпадения мозгового вещества является непосредственной причиной ликвидации врожденных и приобретенных грыж.

Не меньшее значение имеют современные разработки по восстановлению утраченных анатомических образований в процессе выполнения хирургических вмешательств на верхней челюсти. Таковыми являются нижняя костная стенка глазницы, твердое и мягкое небо. При отсутствии первой глазное яблоко опускается, а полное удаление неба обуславливает выраженное расстройство глотания, заканчивающееся истощением оперированного. Приведенное дало нам право поделиться нашими наблюдениями. Они позволяют с определенной эффективностью решить перечисленные задачи, причем некоторые из них оригинальным способом.

Материалы

Мы располагаем 9 наблюдениями, которые представляют клинический интерес в отмеченном плане. В одном из них у мальчика была мозговая грыжа, проникающая через lamina cribrosa в область носовой перегородки. После ее удаления появился дефект, через который вытекал ликвор. В 4-х наблюдениях решение такой задачи потребовалось после удаления опухоли верхней челюсти и полости носа, при которых в процесс были вовлечены клетки решетчатого лабиринта и lamina cribrosa с одной стороны. После удаления пораженной перфорированной пластинки, также началась ликворрея. У одного больного с ороговевающим плоскоклеточным раком полости носа с распространением процесса на твердое и мягкое небо вынудило нас полностью удалить названные образования, перегородку носа и большую часть боковых стенок. По завершению основного этапа хирургического вмешательства полное отсутствие неба потребовало дополнительных мер, направленных на его приемлемое закрытие, что необходимо для восстановления акта глотания и выраженодеформированной резонансной функции. У 2-х наших пациентов в связи с удалением во время резекции верхней челюсти опустилось содержимое глазницы. Это нарушало не только внешность больного, но и должно было отразиться на зрении. И наконец, в одном случае при обширном удалении верхней челюсти, пораженных параназальных образований, глазницы и кожи появился обезображивающий дефект, через который была видна рана.

Методические основы выполнения операций и результаты их использования

В приведенной последовательности в предыдущем разделе сообщения мы сочли приемлемым поделиться нашим опытом. Методические основы выполнения операции при появлении ликворреи сводились к следующему. После удаления опухоли, производится практически полное удаление слизистой оболочки вместе с надхрящичей носовой перегородки со стороны поражения. Затем после предварительного отслаивания слизистой носовой перегородки на всем протяжении начиная от преддверия носа удаляется костный

скелет этого анатомического образования. Предварительно отслоенная слизистая оболочка вместе с надхрящницей противоположной стороны сохраняется. После рассечения в преддверии и по дну полости носа сзади удается сформировать достаточно большой лоскут на широкой ножке. Образованный таким образом лоскут слизистой оболочки и надхрящницы и надкостницы укладывается на костный дефект основания черепа. При этом размеры дефекта могут достигать до 30мм. В случаях, когда имеет место также дефект твердой мозговой оболочки, который невозможно ушить, мы на слизистой оболочке сохраняем фрагмент либо хряща, либо кости перегородки носа. Его расположение мы планируем таким образом, чтобы он при укладывании лоскута совпадал и мог прикрыть дефект ТМО. После завершения этих манипуляций поворачиваем лоскут перегородки и укладываем на дефект (рис.1). В таком положении лоскут фиксируется марлево-мазевым тампоном, пропитанным антибиотиком. Тампон удалялся на 5-6 сутки. В послеоперационном периоде назначалась антибактериальная терапия в стандартных дозировках.

Данная методика была использована у 3-х больных. Она повышает абластическую надежность хирургического вмешательства, поскольку позволяет иссечь края костного дефекта и участок твердой мозговой оболочки в случаях соприкосновения ее с опухолью или поражения.

Слизистая оболочка противоположной стороны перегородки оказалась достаточно хорошим материалом для закрытия дефекта черепной ямки. Несомненным положительным эффектом является и то, что слизистая оболочка сокращает время заживления раны предотвращает образование корок, которые обычно появляются на стенках послеоперационной полости. (Патент № 833 от 30.11.2005г., зарегистрированный в Государственном реестре изобретений Кыргызской Республики).

Во всех наших наблюдениях представленная методика оказалась эффективной и проблема закрытия дефекта в основании передней черепной ямки была с успехом решена. Для иллюстрации мы позволили себе привести краткую выписку из 2 историй болезней.

Больной Т., 30 лет (ист. б-зны N 2503), поступил 27.05.2003г с жалобами на наличие плотного опухолевидного образования в области медиального угла правого глаза, смещение глазного яблока и боли в ней. Болен около 5 месяцев. На КТ была выявлена овальной формы тень в области клеточек решетчатого лабиринта справа с прорастанием в орбиту и переднюю черепную ямку. Тень имела костную плотность 1200 НУ и размеры около 6х6см.

Д-з: Остеома решетчатого лабиринта справа с прорастанием в переднюю черепную ямку и орбиту.

30.05.2003г произведена операция боковая ринотомия с удалением опухоли. Во время ее удаления обнаружен дефект в области lamina cribrosa диаметром около 2см. Через него просматривался дефект ТМО, из которого истек ливор. Для закрытия дефекта мы удалили четырехугольный хрящ и костную часть носовой перегородки с пораженной стороны, затем по описанной методике на дефект ТМО уложили надхрящницу и слизистую оболочку со здоровой стороны, оставив широкую ножку. Слизистая оболочка при этом была обращена в сторону раневой полости. Лоскут фиксирован марлево-мазевым тампоном. Назначена антибактериальная терапия в стандартных дозировках. В послеоперационном периоде ликворреи и появления менингеальной симптоматики не отмечено. Наблюдение больного, как в ближайшем послеоперационном, так и в отдаленном периоде - через 1 год, позволило констатировать эффективность и надежность предложенного метода.

Больной К., 44лет, лет (ист. б-зны N 1303) поступил с жалобами на затрудненное носовое дыхание, боль в правом глазу, головную боль. Больным себя считает около 3 месяцев.

На КТ обнаружена опухоль правой верхнечелюстной пазухи с прорастанием в полость носа, клетки решетчатого лабиринта, орбиту, твердое небо. Результат исследования биопсийного материала— плоскоклеточный неороговевающий рак.

10.02.1997г произведена расширенная резекция верхней челюсти с экзентерацией орбиты. После удаления опухоли обнаружен дефект передней черепной ямки диаметром около 1см с дефектом ТМО 0,4х 0,6см. Через последний истекает ликвор. Попытка ушить дефект оказалась неудачной. Ликворрею удалось ликвидировать укладкой на дефект слизистой оболочки вместе с надхрящницей носовой перегородки со здоровой стороны. Для этого предварительно была удалена слизистая с пораженной стороны, вместе с костной и хрящевой частями. При последующем наблюдении, ликворреи не наблюдалось. Кроме того, лоскут слизистой оболочки в месте его расположения препятствовал образованию корок, которые образуются на стенке раневой полости и ухудшают послеоперационное заживление, а также беспокоят больных в отдаленные сроки после операции.

Заслуживает внимания способ закрытия дефекта твердого и мягкого неба, который мы использовали у одного нашего больного на заключительном этапе основного хирургического вмешательства.

Суть метода сводилась к следующему. На передней поверхности предплечья выкраивали аутолоскут с лучевой артерией и веной. Размеры кожно-подкожного лоскута рассчитывались таким образом, чтобы он был достаточным по размеру при укладывании двойным слоем закрывающим дефект. При этом поверхности должны быть обращены в полости носа и рта. Сформированный таким образом лоскут подшивали к раневой поверхности, образовавшейся на альвеолярном отростке. Вначале пришивали внутренний лоскут, затем обращенный к ротовой полости. После этого сосудистая ножка лоскута, проведенная через заранее подготовленный подкожный канал, сшивали циркулярно с височными артерией и веной. Это позволяло нам восстановить кровообращение в кожно-подкожном трансплантате. Послеоперационный период протекал гладко. Признаков отторжения лоскута не было и акт глотания удалось сохранить. Этот больной находится под нашим наблюдением в течение 2-х лет. Признаков возврата болезни нет. Прижившийся аутоотоскут вхорошем состоянии. Акт глотания нормальный. Заброса пищи и жидкости в носоглотку пациент не регистрирует. При разговоре отмечаются признаки открытой ринолалии.

Пересадка кожно-подкожного-мышечного лоскута на сосудистой ножке может быть использована для обширных уродующих дефектов после расширенной резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты.

Так в 1 наблюдении после резекции верхней челюсти, скулового отростка, пораженной кожи, орбиты и удалением тканей ретромандибулярного образовался больших размеров дефект на лице. В этом наблюдении мы произвели пластику кожно-мышечным лоскутом на сосудистой ножке. Для этого был использован кожный лоскут с предплечья на питающей сосудистой ножке (лучевой артерией и веной). Анастомозы формировались соответственно с височной артерией и веной. Нам удалось не только закрыть дефект, но и сформировать носовой ход. Но в последующем произошло частичное отторжение лоскута из-за продолженного роста опухоли.

Орбиту удавалось сохранить, когда по данным КТ, опухоль не прорастала в нее и не прилегала к ней вплотную. Тем не менее, в ряде случаев приходилось удалять ее нижнюю стенку, что провоцировало западение глазного яблока. Нами отработана методика пластики, с использованием лоскута слизистой с мукоперихондрально-периостальной основы носовой перегородки на широкой ножке, предупреждающая такой послеоперационный результат. Она была использована у 3

больных. Она позволяет повысить абластичность, при удалении злокачественной опухоли и предотвратить провисание содержимого орбиты, что обычно приводит к потере зрения, в результате нарушения кровообращения и сдавливания зрительного нерва.

Последующее наблюдение показало, что такой лоскут вполне эффективен для удержания содержимого орбиты. У всех 3 больных был отмечен положительный результат. Использование слизистой оболочки носовой перегородки вместе с надхрящницей для закрытия дефектов твердой мозговой оболочки, как показали наши наблюдения, оказалось достаточно эффективным методом, препятствующим ликворее и развитию внутричерепных осложнений. Метод разработанный нами мы рекомендуем в тех случаях, когда опухоль не прорастает до хрящевого и костного остова носовой перегородки.

Выводы

Перспективным направлением, сегодня является использование аутопластического материала на сосудистой ножке для закрытия дефектов лица, твердого неба и твердой мозговой оболочки больших размеров. Пересадка кожно-подкожно-мышечного лоскута на сосудистой ножке может быть использована для обширных уродующих дефектов после расширенной резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты.

Слизистая оболочка, вместе с надхрящницей носовой перегородки на питающей ножке, оказалась достаточно хорошим материалом, для закрытия дефекта черепной ямки и формирования нижней стенки орбиты. Использование такого

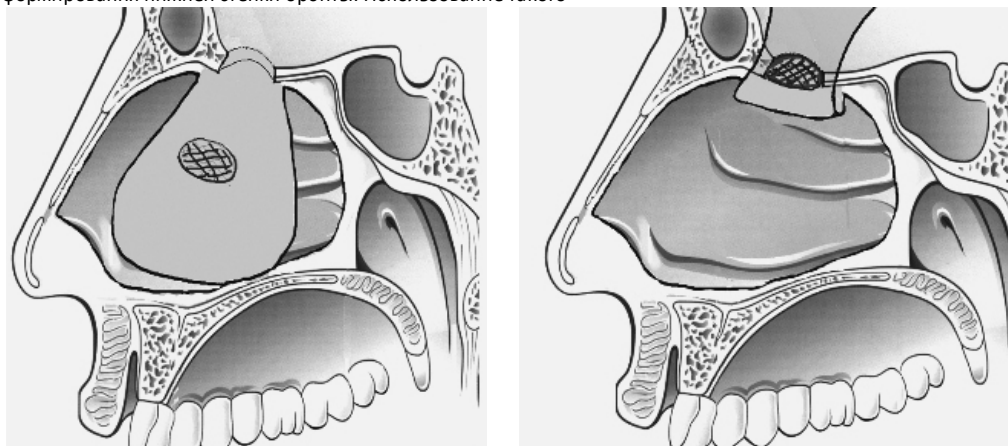


Рис.1. Схематическое изображение этапов закрытия дефектов основания черепа и твердой мозговой оболочки мукоперихондрально-периостальным лоскутом противоположной стороны. Обозначения: А – выкроенный лоскут слизистой оболочки с фрагментом сохраненного хряща, Б – дефект передней черепной ямки и ТМО, В, Г – лоскут уложен на дефект.

лоскута, и это особенно важно, позволяет не экономить местные ткани, для последующей пластики, а соблюдать абластику хирургического вмешательства, а значит и более радикальное удаление злокачественной опухоли.

Литература:

- 1) Кабаков Б.Д. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. М.,1978.-С.176-208
- 2) Капитанов Д.Н. с соавт. ВОРЛ, 4, 2003 С.22 Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликворреи
- 3) Пискунов Г.З. с соавт. Заболевания носа и околоносовых пазух:эндомикрохирургия. М.,2003. С.184
- 4) Неробеев А.И., Плотников П.А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М., 1997.- С.172.
- 5) Ольшанский В.О. с соавт. Современное состояние проблемы и возможности лечения распространенных злокачественных новообразований верхней челюсти
- 6) John Leonetti, Douglas Anerson, Sam Marzo, George Moynihan. Cerebrospinal fluid fistula after transtemporal skull base surgery // Otolaryngology-Head and Neck Surgery-2001.-№ 5-С.511--514.
- 7) Michael C. Noone, David Osguthorpe, Sunil Patel. Pericranial flap for closure of paramedian anterior skull base defects // Otolaryngology-Head and Neck Surgery-2002.-№ 6-С.494-500.

Шалабаев Болат Джарылкасынович к.м.н., зав.отд.
оториноларингологии Нац. госпиталя при Минздраве
Кыргызской Республики
дом тел № +996 312 301849 моб. тел. № +996 555
94 40 24
эл.почта: naymantay@mail.ru

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ И ДЕСТРУКТИВНЫХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Б.Д. Шалабаев, Г.О. Миненков

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии Кыргызско-Российского Славянского университета, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме Подвергнуты анализу компьютерные томограммы (КТ) 257 больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями и опухолеподобными образованиями челюстно-лицевой области (ЧЛО). Представленные данные позволяют с определенной долей достоверности проследить их границы по признакам, которые характеризуют их особенности по зонам контакта, имеющими костную, мягкотканную, воздушную и жидкостную структуру.

Ключевые слова доброкачественные и злокачественные новообразования, опухолеподобные образования челюстно-лицевой области, компьютерная томография, распространенность опухолей.

COMPUTED TOMOGRAPHY OPPORTUNITIES IN VERIFICATION THE BOUNDARIES AND EXTENSION OF TUMORS AND DESTRUCTIVE TUMOR-LIKE DISEASES OF MAXILLA-FACIAL REGION

Shalabayev B.D.

Department of Ophthalmology and Otolaryngology Kirghiz-Russian Slavic University, Bishkek, the Republic of Kyrgyzskaya

Abstract Computer tomograms of 257 patients with malignant, benign tumors and tumor-like diseases of maxilla-facial region were analyzed. On the basis of our findings it becomes possible with the certain rate of possibility to observe their boundaries based on some signs including relationship with surrounding bone, soft tissues and liquid structures.

Keywords Computed tomography, malignant tumors, tumor-like diseases, maxilla-facial region.

Введение

Необходимым условием выбора оптимального плана лечения больных с объемными заболеваниями челюстно-лицевой области, является точная патоморфологическая диагностика опухоли и определение ее границ [1,3,5,8].

Решение последней задачи позволяет определить распространенность опухоли и опухолеподобных заболеваний. Это делает возможным уточнить не только размеры опухолей и опухолеподобных заболеваний, но и степень вовлечения в процесс граничащих с ними анатомических регионов. Переоценить подобного рода данные невозможно. Они позволяют конкретизировать поля облучения и планировать

методические основы выполнения хирургического вмешательства.

К этому следует добавить, что более точное определение границ и распространенности опухолевого процесса позволяет получить неопределимую по важности информацию о стадии развития опухоли челюстно-лицевой области. А это, как и ее патоморфологическая диагностика помогают выбрать более адекватный вид терапии [2,4,6,7].

Материалы и методы

Для выявления свойственных объемным образованиям челюстно-лицевой области диагностических признаков, в том числе имеющих отношение к их границам, в период времени с 1991 по 2012 гг. нами было обследовано 257 больных с злокачественными, доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями с деструктивным ростом, с локализацией в ЧЛО.

Компьютерная томография выполнялась на аппарате Tomoscan VX-S, Philips (Голландия), Hi Speed CTi, GE, (США); Hitachi Pronto, (США).

Для оценки и определения границ тени в КТ изображении мы стремились остановить внимание на следующих основных критериях: плотности, характере, границах тени и фрагментах в ней, если таковые обнаруживались, состоянии костных и мягкотканых структур лица, околоносовых пазух, а так же на показателях, отражающих состояние перифокально расположенных анатомических образований. Особое значение при проведении этой работы мы уделяли состоянию костных образований верхней челюсти и соседствующих с ней образований, имеющих мягкотканную или иную структуру – воздушную, жидкостную и т.д.

Теневое изображение на КТ срезе челюстно-лицевой области и включения, обнаруживаемые в ней, могут быть отражением различных морфологических структур. Для них характерна неодинаковая плотность, выражаемая в единицах Хаунсфилда (НУ). Поскольку такой показатель может оказаться критерием определения границ и распространенности опухоли и опухолеподобного заболевания, мы придавали ему особое диагностическое значение (табл.).

Таблица

Плотность в единицах Хаунсфилда патологических структур, которые встречаются в опухолях и опухолеподобных образованиях, отличающихся деструктивным ростом

Наименование патологической структуры	Границы плотности в условных единицах НУ
Транссудат	0+4 НУ
Содержимое ложных кист	+5+7 НУ
Содержимое ретенционных кист	+6+18 НУ
Содержимое паразитарных кист	+13+21 НУ
Свежая гематома	+45+85 НУ
Давняя гематома	+ 15+25 НУ
Серозный экссудат	+8+12 НУ
Гнойный экссудат	+35+42 НУ
Мягкотканная эпителиальная опухоль без очагов распада	+ 50+55 НУ
Очаги распада в эпителиальной опухоли	+18+35 НУ
Мягкотканная мезенхимальная опухоль	+73+79 НУ
Ткань с преобладанием фиброза	+90+120 НУ
Структура хрящевой консистенции	+150+ 230 НУ
Структура костной консистенции	+600+1200 НУ
Структура цементирующих разрастаний	+291+320 НУ
Структура жировой консистенции	-25-100 НУ

Х) Данные этой таблицы, с небольшими дополнениями, приводятся по Габуня Р.И., Колесникова Е.К. 1995г.

Методические основы определения границ объемных образований челюстно-лицевой области

Границы тени на КТ бывают легко определяемыми в тех случаях, когда они ограничены соседними образованиями, воздушной, хрящевой или костной плотности, а так же опухолью или их оболочкой, отличающимися более высокой плотностью, нежели окружающие их ткани.

Границы тени мы считали нечеткими, когда их определение не было связано с более или менее рельефной краевой окантовкой. В таких случаях плотность опухолей и опухолеподобных образований может совпадать с таковой окружающих тканей. Именно на участке подобного соседства чаще всего и возникают трудности по определению границ. Более того, учитывая особенности роста опухолей, в подавляющем большинстве злокачественных, определение границ мы воспринимали с оценкой, отличающейся лишь относительной точностью. В подобных случаях мы считали целесообразным расширять границу неоплазмы с поправкой, заключающейся приданием тени дополнительного слоя, визуальное оцениваемого по КТ здоровых тканей, за пределы которого распространение опухоли маловероятно. Его определение диктовалось тканевой структурой, примыкающей к опухолевому инфильтрату и формирующей препятствие для его распространения. В связи с этим, такой дополнительный слой, условно воспроизводимый на КТ, не может иметь одинаковое строение. Это связано с тем, что опухолевый инфильтрат проникает через сохраненную кость только после полного ее разрушения. Следовательно, если инфильтративный остеолитический, свойственный злокачественному процессу, не завершил разрушение кости, то сохранившийся наружный слой, был признан нами относительно надежной границей опухоли. Однако такой ее нельзя признать в непосредственной близости к дефекту, где распространение опухолевого инфильтрата уже не встречает костного препятствия. В указанных местах и по всему краю опухоли, где она граничила с мягкоткаными формированиями челюстно-лицевой области, такой дополнительный слой, характеризующийся на КТ визуальное не проросшим инфильтратом, не мог быть признан, как аргумент определения четкой границы. Поэтому, с онкологической точки зрения, мы считали, что он должен быть достаточно широким. Такое построение краевой линии, внедряющейся опухоли,

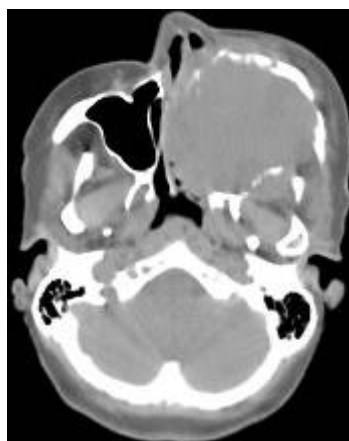


Рис. 1. На КТ, больной А-ой, 37 л. с обширной злокачественной опухолью верхней челюсти слева, определяется достаточно четкий контур опухоли, прилежащей к части сохраненной передней стенке верхнечелюстной пазухи, скуловому отростку верх челюсти, а также к крыловидным пластинкам клиновидных отростков основной кс слева. Кроме того, достаточно четкая граница опухоли определяется в полости носогранице с воздухом и смещенной вправо деформированной носовой перегородкой. Вместе с тем, точно определить границы опухоли в крыловидно-небной и подвисочных ямках затруднительно, без сопоставления с КТ-картиной противоположной стороны.

Приведенная характеристика границ является еще и дополнительным, причем достаточно важным признаком злокачественных новообразований с инфильтрирующим ростом.

В отличие от описанных особенностей границ, свойственных для злокачественных опухолей, чаще эпителиальных, границы доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, отличаются большей рельефностью. Поэтому они очень часто

обоснованное стремлением провести границу, отличающуюся относительной надежностью, становится особенно важным. Поэтому анализ КТ для решения указанной цели проводился с учетом методических основ, которые облегчают его осуществление. Он существенным образом отличается от таковых, позволяющих с большой четкостью найти границу неоплазмы при ее контакте с неизменной анатомической структурой: костью, воздухом и жидкостным содержимым. Все это в конечном итоге свидетельствует о том, что при объемных образованиях, отличающихся инфильтративным ростом, особенно распространенных и не находящихся в пределах одного анатомического формирования, не следует ожидать однообразия границ. Это связано с тем, что в подавляющем большинстве случаев опухоль по своему периметру не контактирует с одной и той же тканевой структурой. Следовательно, по ее краю есть участки, где границу опухоли определить не трудно и есть участки, где это сделать намного сложнее. Такая затруднительная ситуация на КТ появлялась обычно по месту соприкосновения злокачественной опухоли и тканевой структуры, имеющей с ней сходную плотность. И это понятно, ибо распространение неоплазмы с инфильтрирующим ростом, обуславливает своеобразную характеристику границы. Ее отличительной особенностью является смешивание на участке контакта инфильтрирующей опухоли и прилегающей к ней ткани. Это связано с тем, что проникновение первой во вторую по ходу ее лизиса на всех участках контакта не отличается строгой линейностью. В результате разделительная граница между ними приобретает большую или меньшую ширину, в полосе которой ее состав содержит опухолевую и неопуховую ткань. При такой особенности ее строения она не может быть четкой. Однако это не значит, что определить ее невозможно. Именно, поэтому и необходима выше указанная принятая нами поправка, за пределами которой завершается инфильтрирующий рост неоплазмы и начинается КТ картина нормального тканевого образования с характерной для него структурой. Ее мы уточняли путем сравнения теневой характеристики анатомического региона, где находится опухоль, с таковой противоположной стороны, где структура тканевых образований нормальная и можно визуализировать ее особенности (рис.1).

определяются без особого труда. Отмеченное связано с особенностями строения и роста доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, а также их влиянием на состояние мягкотканых и костных структур, прилегающих к ним анатомических регионов. К числу наиболее важных признаков, диагностируемых по КТ, при вышеуказанных образованиях мы выделяем наличие 1) гладкого краевого контура, за которым определяются тканевые образования,

претерпевшие изменения от давления и проявляющиеся их смещением, сдавливанием и порозом; 2) различной плотности граничащих структур объемных образований и тканевых, в Перечисленное может быть иллюстрировано на рисунке 2.

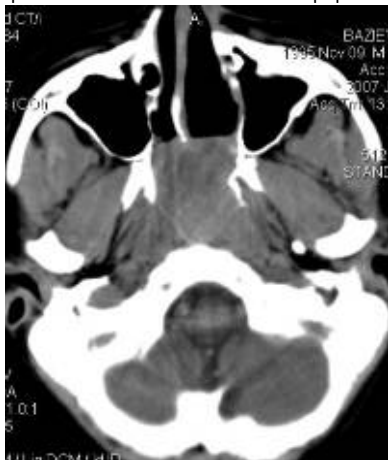


Рис. 2. На КТ, 6-го Т-ка, 15 л., с доброкачественной опухолью носоглотки (юношеская ангиофиброма) определяется гладкий краевой контур опухоли, по плотности отличающейся от окружающих мягких тканей с их смещением от давления и «нежной» капсулой по периферии.

Наличие опухолей и опухолеподобных образований в ЧЛО не может не сказаться на состоянии анатомических структур, находящихся в их непосредственном окружении. Это влияние связано либо с инфильтрирующим ростом и характерными для него механизмами разрушения тканевых формирований, либо с давлением, обуславливающим смещение и пороз мягкотканых, костных структур челюстно-лицевой области, а иногда и с их сжатием. Само собой разумеется, что этим не могут ограничиваться негативные последствия, связанные с присутствием объемных образований с характерным для них деструктивным ростом. Замечая анатомические образования ЧЛО или изменяя их конфигурацию они смещают содержимое глазницы, сдавливают или перекрывают отверстия и каналы черепномозговых нервов и магистральных сосудов, а также соустья и трубы, выполняющие вентиляционную и дренажную функции, имеющие отношение к параназальным синусам и среднему уху. Это не проходит бесследно и может проявляться

развитием не только воспалительного процесса, но расстройствами обоняния, зрения, слуха и чувствительной иннервации, существенным образом влияющими на тяжесть состояния больных.

КТ и МРТ, при присущей им достаточно высокой разрешающей способности позволяют констатировать признаки деформации и смещения перечисленных анатомических структур, вращение в них опухолевого инфильтрата или проникновение в них образования через дефект, явившийся следствием остеопороза от давления. Они могут иметь отношение к структурам глазницы, основания черепа, скуловой кости, крыловидной, крыловидноносовой, под- и надвисочной ямкам ретромандибулярного пространства и параназальным синусам и др. (рис.3-4).

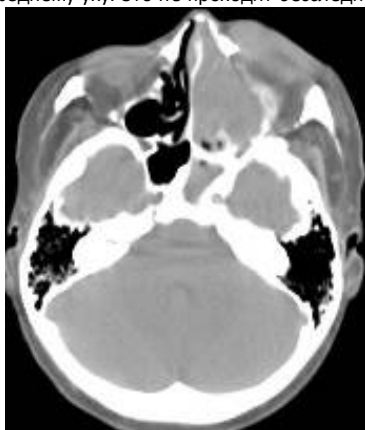


Рис.3. На КТ, 6-го Л-ва, 45л, со злокачественной эпителиальной опухолью верхней челюсти и клеток решетчатого лабиринта слева определяется прорастание ее в орбиту с разрушением медиальной стенки последней. В основной пазухе слева определяются КТ-признаки вторичного воспалительного процесса (сфеноидит), обусловленного вторичной obturацией соустья. Костные стенки основной пазухи сохранены.



Рис.4. КТ, б-го В-ка, 56 л, с рецидивом злокачественной мезенхимальной опухоли полости носа и клеток решетчатого лабиринта. Определяется ее инфильтративное распространение через продырявленные пластинки решетчатой кости в полость черепа (базальные отделы лобных долей). Петушинный гребень не визуализируется (лизирован).

Заключение

Отличительной особенностью границ злокачественной опухоли является смешивание на участке контакта инфильтрирующей опухоли и прилегающей к ней ткани. Проникновение первой во вторую по ходу ее лизиса на всех участках контакта не отличается строгой линейностью. При такой особенности строения границы опухоли расплывчатые и не могут быть четкими.

Границы доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, отличаются большей рельефностью. Определение их, как правило, незатруднительно по краевому контуру, контактирующему с прилегающей мягкотканной структурой, воздушной или жидкостной средой, а так же наличием у некоторых из них капсулы. Поэтому они очень часто определяются без особого труда.

Литература:

- 1) Араблинский А.В., Сдвижков А.М., Гетман А.Н., Панкина Н.В. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике и оценке местной распространенности опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти // Мед. визуализация.-2003.-№3.-С.75-83.
- 2) Габуня Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике // Гл. 2.- Органы головы и шеи.-М.: Медицина, 1995.- 38с.
- 3) Коробкина Е.С. Комплексная лучевая диагностика новообразований придаточных пазух носа и прилегающих анатомических образований: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 22 с.
- 4) Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. – М.: Медипресс-информ, 2006. – 126 с.
- 5) Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани. Второе издание. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2006. – 118 с.
- 6) Harnsberger H., Davidson H., Wiggins III R., et al. Diagnostic Imaging, Head and Neck – Part II –Orbit, Nose and Sinuses.-Amrysis. – 2006. –p.II-1-2 – II-1-74., II-2-2 – II-2-98.
- 7) Jian XC, Wang CX, Jiang CH. Surgical management of primary and secondary tumors in the pterygopalatine fossa. // Otolaryngol Head Neck Surg.-2005.-Jan;132(1):P.90-94.
- 8) John R.H., Ralph J.A. Computed tomography of the Body // St. Louis. – Washington; Toronto, 1988. – Chapt. 15 (Upper aerodigestive and neck, edited by Barbara L. Carter). – P. 445–471.

г.Бишкек, ул.Тоголок-Молдо №1, клиника оториноларингологии, хирургии головы, шеи.
к.м.н., Шалабаев Болат Джарылкасынович, сл.т. +996 -312 66 37 44,
моб.т. +996 -555 -94 40 24
к.м.н., Миненков Геннадий Олегович моб: +996-555121995

Оториноларингология

Otorhinolaryngology

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бурхина Е.И.
ГКП ЦРП г. Есик
Енбекшиказахский район

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией в оториноларингологической практике. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, острым гнойным синуситом страдают от 5 до 15% взрослого и от 5 до 10% детского населения. Заболеваемость хроническим синуситом за последние 8 лет увеличилась в два раза, а удельный вес заболеваний носа и околоносовых пазух ежегодно возрастает на 1,5—2%. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 60% составляют лица, страдающие синуситом. Из них более чем у половины имеется патология верхнечелюстной пазухи. Оптимизация диагностики и лечения синусита и сегодня является одной из основных задач оториноларингологии. Несомненно, лечение больных с заболеваниями околоносовых пазух должно осуществляться на высоком методическом уровне не только в стационаре, но и на догоспитальном этапе, т.е. в поликлинике.

Амбулаторлық-емханалық тәжірибеде жоғарғы жақ қуысының қабынбалы ауруларын емдеуді оңтайландыру

Мұрын маңы қуыстарының қабынбалы аурулары оториноларингология тәжірибесіндегі ең көп тараған патология болып иабылады. Соңғы эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, жіті іріңді синуситпен халық арасында ересектер 5-тен 15% дейін және балалар 5-тен 10% дейін шалдыққан. Созылмалы синуситпен ауыру соңғы 8 жыл ішінде екі есеге артты, ал мұрын аурулары мен мұрын маңы қуыстарының меншікті салмағы жыл сайын 1,5—2% артып отыр. Оториноларингологиялық стационарларда емделіп жатқан науқастар арасында 15-тен 60% дейінгі көрсеткішті синуситпен ауыратындар құрайды. Олардың ішінде жартысынан көбінің жоғарғы жақ қуысының патологиясы бар. Синуситке диагноз қою және емдеуді оңтайландыру бүгінгі таңда да оториноларингологияның негізгі міндеттерінің бірі болып отыр. Мұрын маңы қуыстары ауруларына шалдыққан науқастарды емдеу тек стационарда ғана емес, сондай-ақ ауруханаға жатқызылғанға дейінгі сатыда да, яғни емханада жоғары әдістік деңгейде жүргізілуі тиіс екені сөзсіз.

Optimizing the treatment of inflammatory diseases of the maxillary sinuses in the outpatient polyclinic practice

Inflammatory diseases of the paranasal sinuses are the most common disorders in ENT practice. According to recent epidemiological studies, acute purulent sinusitis affects between 5 and 15% of adults and 5 to 10% of child population incidence of chronic sinusitis for the last 8 years has doubled, while the share of diseases of the nose and paranasal sinuses is increasing annually by 1.5 - 2%. Among the patients who are treated at the ENT clinics,

from 15 to 60% are suffering from sinusitis. Of these, more than half a pathology of the maxillary sinus. Optimizing the diagnosis and treatment of sinusitis and today is one of the main objectives of Otorhinolaryngology. Undoubtedly, the treatment of patients with diseases of the paranasal sinuses should be on high standards not only in the hospital, but the pre-hospital, ie in the clinic.

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией в оториноларингологической практике. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, острым гнойным синуситом страдают от 5 до 15% взрослого и от 5 до 10% детского населения. Заболеваемость хроническим синуситом за последние 8 лет увеличилась в два раза, а удельный вес заболеваний носа и околоносовых пазух ежегодно возрастает на 1,5—2%. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 60% составляют лица, страдающие синуситом. Из них более чем у половины имеется патология верхнечелюстной пазухи. Оптимизация диагностики и лечения синусита и сегодня является одной из основных задач оториноларингологии. Несомненно, лечение больных с заболеваниями околоносовых пазух должно осуществляться на высоком методическом уровне не только в стационаре, но и на догоспитальном этапе, т.е. в поликлинике.

Проблема необоснованной госпитализации больных с неосложненными формами заболеваний верхнечелюстных пазух остается спорной. С одной стороны, врач поликлиники, имея большую нагрузку на общем поликлиническом приеме и, как следствие, ограниченное время для проведения необходимых лечебных процедур, вынужден большую часть больных госпитализировать в стационар. С другой стороны — переполненные отделения в ЛОР-стационарах и более значительные материальные затраты на «госпитальное» лечение пациентов, помощь которым может быть легко оказана амбулаторно. В этом отношении вполне обоснованными кажутся претензии врачей стационаров на то, что поликлинические врачи переключают часть своей работы на их плечи. Мы считаем, что правильная организация работы на поликлиническом приеме — ключ к решению этой проблемы. Целью проведенного нами исследования явилось определение потенциальных возможностей амбулаторно-поликлинической ЛОР-службы в лечении заболеваний ВЧП. Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией в оториноларингологической практике. Согласно последним эпидемиологическим исследованиям, острым гнойным синуситом страдают от 5 до 15% взрослого и от 5 до 10% детского населения. Заболеваемость хроническим синуситом за последние 8 лет увеличилась в два раза, а удельный вес заболеваний носа и околоносовых пазух ежегодно возрастает на 1,5—2%. Проведенный хронометраж при пункции верхнечелюстной пазухи показал, что в среднем на процедуру в поликлинике уходит 15—20 мин. Если учесть, что за поликлинический прием врач принимает в среднем от 25 до 30 человек, а иногда и больше, найти свободное дополнительное время для этой манипуляции весьма сложно. С учетом того, что промывания

пазухи желателно проводить ежедневно или хотя бы через день, число больных изо дня в день увеличивается и врачу поликлиники для выполнения основного объема работы не хватает времени. Поэтому большую часть больных с синуситом приходится госпитализировать. Методика длительной катетеризации ВЧП позволяет решить проблему необоснованной госпитализации больных с неосложненными формами гайморита. Затраченные при первой пункции 5—7 мин для установки катетера в дальнейшем позволяет сэкономить значительное время, а соответствующее обучение медсестер позволяет практически не отрывать врача от основного приема. Первое сообщение о длительном дренировании верхнечелюстной пазухи относится к 1944 г., когда G. Sale и E. Diamond при лечении хронического гайморита оставляли в пазухе иглу для спинномозговой пункции, через которую проводили повторные промывания. В дальнейшем для дренирования верхнечелюстной пазухи применялись различного рода приспособления: изогнутые металлические канюли, которые оставлялись в полости носа под нижней носовой раковиной, металлические катетеры для дренирования пазухи через переднюю стенку. Однако наибольшее распространение в последнее время получили полимерные дренажные трубки малых диаметров (1—2 мм). Мы активно используем методику длительного дренирования верхнечелюстной пазухи в амбулаторных условиях в течение последних 8 лет. За это время нами было пролечено более 120 пациентов, из которых только трое были госпитализированы для выполнения санлирующей операции на гайморовой пазухе. Показаниями для катетеризации верхнечелюстной пазухи являлись: толерантные к терапии формы острых и хронических гайморитов; тяжелые формы синусита с поражением нескольких околоносовых придаточных пазух, при которых требовалось промывание пазух несколько раз в день; возраст пациентов более 60 лет, когда повторные пункции являются значительным стрессом и часто осложняются носовыми кровотечениями; лабильный психоэмоциональный статус больных, крайне тяжело переносящих повторные пункции верхнечелюстной пазухи; беременность — в силу ограниченности возможностей применения общей антибактериальной терапии и вероятности прерывания беременности при проведении повторных инвазивных процедур; непереносимость антибактериальных препаратов или противопоказания к их системному применению; необходимость проведения методики длительного орошения верхнечелюстной пазухи в условиях дневного стационара. Существует несколько способов введения дренажа в верхнечелюстную пазуху: через просвет иглы или троакара, на игле или троакаре, по проводнику после пункции, на зонде через естественное соустье и после эндоназального или экстраназального вскрытия пазух. Катетер в верхнечелюстной пазухе мы устанавливаем после пункции, используя гибкий металлический проводник, применяемый в медицине для катетеризации подключичной вены — Certofix (фирма B/BRAUN) диаметром 0,8 мм. Мягкий металлический дистальный конец проводника позволяет atraumatically завести пластиковый катетер в пазуху, не травмируя воспаленную слизистую оболочку. Большое значение при проведении длительного дренирования в амбулаторных условиях имеет способ фиксации катетера, введенного в пазуху, так как пациенту для проведения процедур в поликлинике приходится выходить на улицу, а иногда и пользоваться общественным транспортом. Существует несколько способов фиксации катетера: прикрепление скрепкой к колумелле, под нижней носовой раковиной, сворачиванием колечком в полости носа. Наиболее часто используется фиксация пластырем к щеке. Мы незначительно изменили известные способы крепления дренажа, что на наш взгляд удобно для проведения лечебных процедур и позволяет больным свободно выходить на улицу, посещать общественные места, а при необходимости — не прерывать работу. Для

дренирования мы используем стандартный подключичный катетер диаметром 1 мм, проксимальный конец которого обрезан до такой длины, чтобы он свободно помещался под крылом носа. При необходимости проведения больному длительного орошения верхнечелюстной пазухи катетер можно присоединять к капельнице. Эту процедуру мы применяем при затыжных формах гайморита и гайморозомоидита, плохо поддающихся стандартной терапии. Для этого мы укладываем больного в процедурном кабинете и в течение 40—60 мин капельно промываем пазуху растворами антибиотиков. На одну процедуру — 200 мг ципрофлоксацина в 100 мл физ. раствора, при подозрении на анаэробную инфекцию — 500 мг метронидазола в 100 мл физ. раствора. До получения результатов бактериологического исследования содержимого пазухи, полученного при первой пункции, больным обычно назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия: защищенные пенициллины (амоксцилина клавуланат), респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин), тетрациклины (вибромицин, юнидокс солутаб), эффективные в отношении наиболее часто встречаемых возбудителей (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *S. pyogenes* и *M. catarrhalis*) [8, 21, 22]. В дальнейшем при необходимости лекарственная терапия корректируется с учетом динамики заболевания и результатов бактериологического исследования. По результатам наших исследований наиболее частыми возбудителями гайморита являлись *S. pneumoniae* — 45%, *H. influenzae* — 20%, *M. catarrhalis* — 18%, *S. aureus* — 7%. Вопрос о продолжительности нахождения катетера в верхнечелюстной пазухе является спорным. Мы считаем, что длительность нахождения катетера должна быть максимально необходимой, но не превышать 10—12 дней. Проведенные нами наблюдения показали, что после снятия основного воспалительного процесса в пазухе остается незначительное количество слизистого отделяемого, которое исчезает через 2—3 дня после извлечения дренажа (возможная реакция слизистой оболочки на присутствие инородного тела). Это подтверждено нами во всех наблюдаемых случаях результатами контрольной пункции. В тех случаях, когда не удавалось купировать воспалительный процесс в пазухе после первого курса лечения, дренаж удалялся, больным назначалась общеукрепляющая, муколитическая и иммуностимулирующая терапия в сочетании с физиотерапией на протяжении 8—10 дней. После этого проводили повторный курс дренирования. При особо упорных и затыжных формах гайморита проводилось длительное орошение верхнечелюстной пазухи через катетер, подключенный к капельнице, что в большинстве случаев имело успех. На наш взгляд, широкое внедрение методики длительного дренирования верхнечелюстной пазухи в амбулаторную практику значительно повысит эффективность амбулаторного лечения больных с данной патологией. Несмотря на то что в последнее десятилетие разработаны новые щадящие консервативные лечебные методики, заболеваемость острым гайморитом остается высокой и имеет тенденцию к росту. Поэтому вопрос рационального лечения острого синусита по-прежнему не теряет своей актуальности. Важное значение при развитии патологического процесса в околоносовых пазухах имеет состояние соустья. При его закрытии вследствие отека, гиперплазии слизистой оболочки со стороны полости носа или со стороны пазухи нарушается воздухообмен последней, уменьшается, а затем полностью прекращается поступление воздуха в просвет пазухи и нарушается отток из нее. При лечении больных с острым гайморитом традиционно назначаются сосудосуживающие капли в нос, антибиотики внутрь или внутримышечно, выполняются пункции верхнечелюстных пазух, физиотерапевтические процедуры. Эффективным методом является применение разработанного в 1980 г. синус-катетера ЯМИК. Важным условием комплексного лечения остается промывание пазухи и введение в нее лекарственных средств, обеспечение

дренирования и аэрации околоносовых пазух, однако не всегда удается быстро купировать патологический процесс, который часто усугубляется развитием вторичного иммунодефицита.

По данным зарубежных авторов, пункция верхнечелюстной пазухи через нижний носовой ход считается инвазивной, болезненной процедурой, опасной возможными осложнениями. Поэтому в последнее время в зарубежных клиниках обычно применяется эвакуация гнойного содержимого из верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход при помощи ригидной эндоскопической техники с целью однократного дренирования и определения чувствительности к антибиотикам. Но основным направлением в лечении острого синусита за рубежом является назначение антибиотиков широкого спектра действия новых поколений внутрь в течение 7-14 дней без проведения пункций пазух.

Прогрессирующее увеличение числа больных с воспалительными заболеваниями верхнечелюстной пазухи определяет необходимость оптимизации лечения этих больных на догоспитальном этапе. В решении данной проблемы в случаях безуспешной предшествующей стандартной консервативной терапии эффективным способом лечения является методика длительного дренирования верхнечелюстной пазухи. По мнению авторов, длительность нахождения катетера в пазухе должна быть максимально необходимой, но не превышать 10–12 дней. В тех случаях, когда не удается купировать воспалительный процесс после первого курса лечения, дренаж удаляется, больные на протяжении 8–10 дней получают общеукрепляющую, муколитическую и иммуностимулирующую терапию в сочетании с физиотерапией с последующим проведением повторного курса дренирования. При особо упорных и затяжных формах гайморита возможно применение метода длительного орошения верхнечелюстной пазухи через катетер, подключенный к капельнице, что в большинстве случаев дает положительный лечебный эффект.

Литература

1. М.А. Шустер «Неотложная помощь в оториноларингологии».
2. Б.В. Шеврыгин «Справочник оториноларинголога»
3. И.Б. Солдатов «Руководство по оториноларингологии»
4. Литература
5. 1. Арефьева Н.А. Иммунология, иммунопатология и проблемы иммунотерапии в ринологии. Уфа 1997; 43-46.
6. 2. Жуков С.К. Рос ринол 2001; 2: 135-136.
7. 3. Козлов В.С., Марков Г.И. Вестн оторинолар 1993; 4: 32.
8. 4. Пальчун В.Т., Устьянов Ю.А., Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы. М 1982.
9. 5. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. и др. Рос ринол 1994; 1: 5-15.
10. 6. Gauger U., Inoka P., Germano G., Kissling M. Int Med Res 1990; 18: 3: 228-234.
11. 7. Gold S., Tami T. Laryngoscope 1997; 107: 12: 1586-1589.
12. 8. Hickner J.M. et al. Ann Emerg Med 2001; 37: 6: 703-710.
13. 9. Proetz A.W. Arch otolaryng 1926; 4: 1-12.
14. 10. Ramadan H.H., Owens R., Tiu C., Wax M. Otolaryng Head Neck Surg 1998; 119: 4: 381-384.
15. 11. Vogan J., Bolger W., Keyes A. Otolaryngol 2000; 122: 3: 370-373.
16. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков Руководство по оториноларингологии. М 2001 г. – 615 с.
17. И.Б. Солдатов Руководство по оториноларингологии. М. 1997 г.– 608 с.
18. Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов Клиническая ринология Руководство для **врачей**. М. 2006 г. – 559 с.
19. В.Т. Пальчун Оториноларингология, национальное руководство. М. – 2008 г. – 954 с.
20. В.П. Яковлев, С.В. Яковлев Рациональная антимикробная фармакотерпия, руководство для **практикующих врачей**, том 2. М. 2003 – 1001 с.
21. В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин, М.М. Магомедов Практическая оториноларингология. М. –2006 г. – 367 с.
22. R. Probst, G. Grevers, H. Iro Hals–Nasen–Ohren Heilkunde. Stuttgart – New York 2008. – 415.

ОСТЕОМА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ

*Кудайбергенова С.Ф., Джаркинбекова Г.К., Суатбаева Р.П., Ищанова Д.М., Расулова М.С.
кафедра оториноларингологии*

Казахский национальный медицинский университет им. С.Асфендиярова

Остеома – это опухоль костной ткани, относится к малоизученным доброкачественным опухолям. Рост числа больных с остеомой носа и околоносовых пазух, отсутствие выраженной ранней симптоматики и, как следствие, поздняя их выявляемость, свидетельствуют об актуальности проблемы. Показана диагностическая значимость при остеоме околоносовых пазух современного метода исследования как компьютерная томография. Приводится опыт хирургического лечения огромной остеомы носовой полости.

Ключевые слова: остеома, носовая полость, околоносовые пазухи, хирургическое лечение.

Мұрын қуысының остеомасы

*Құдайбергенова С.Ф., Жарқынбекова Г.К., Суатбаева Р.П.,
Ищанова Д.М., Расұлова М. С.*

Остеома - бұл сүйек ұлпасының ісігі, аз зерттелген қатерсіз ісіктерге жатады. Салдар, кешірек олардың табылуы, мәселенің өзектілігі туралы куәландыратын жоқтығы мұрынның симптоматикасы ерте және бейнеленген остеомалары бар ауруларының санының өсуі және мұрын маңындағы қойнау. Компьютер томографиясы сияқты зерттеудің қазіргі әдісінің мұрын маңындағы қойнауын остеоманың жанында диагностикалық маңыздылық көрсетілген. Мұрын қуысындағы үлкен остеомасының хирургиялық жолмен емдеуіне тура келеді.

Түйінді сөздер остеома, мұрын қуысы, мұрынның қосалқы қуыстары, хирургиялық ем.

Osteoma of nasal cavity

*Kudaibergenova S.F., Dzharkinbekova G.K., Suatbaeva R.P.,
Ishchanova D. M., Rasulova M. S.*

Osteoma is a tumour of bone fabric, behaves to the insufficiently known of high quality tumours. Height of number of patients with osteoma of nose and paranasal sinuses, absence of the expressed early symptomatology and, as a result, their late exposed testify to actuality of problem. Diagnostic meaningfulness is shown at osteoma of paranasal sinuses of modern method of research as a computer tomography. Experience over of surgical treatment of enormous osteoma of nasal cavity is brought.

Keywords osteoma, nasal cavity, paranasal sinuses, surgical treatment.

Остеома - является одним из самых частых доброкачественных новообразований околоносовых пазух. Развивается в костях лицевого скелета и мягких тканях околоносовых пазух. Может расти в слизистой оболочке околоносовых пазух вне связи с их костной стенкой. Излюбленная локализация - придаточные пазухи носа. По литературным данным чаще это новообразование локализуется в лобных пазухах (до 57% случаев), намного реже - в пазухах решетчатой кости (22%), верхнечелюстной (4,1%), клиновидной (2,7%) пазухах и очень редко в полости носа, в 0,6% случаев. Остеомы развиваются в пазухах медленно среди полного здоровья, с совершенно непредсказуемым направлением роста.

Этиология до конца не изучена. Возможна наследственная предрасположенность. Причиной для пролиферативного процесса также может быть травма или воспалительные заболевания околоносовых пазух, специфические гранулемы. Остеома растет медленно, долгое время никак не проявляя себя клинически и нередко оказывается случайной рентгенологической находкой. Остеома растет на протяжении многих лет как неподвижное, плотное, безболезненное образование.

Клиническая симптоматика зависит от направления роста и размеров опухоли. Частым клиническим признаком остеомы является головная боль. Другие мозговые расстройства наблюдаются лишь при остеомах крупных размеров, выполняющих околоносовые пазухи и распространяющихся за пределы околоносовых пазух. Отит, дисфункция слуховой трубы, экзофтальм, снижение обоняния, сглаженность носогубной складки, эпилептиформные припадки могут свидетельствовать о прорастании опухоли в полость черепа, хотя иногда неврологическая симптоматика при этом полностью отсутствует.

Часто для достижения больших размеров остеоме необходимо несколько лет (3-4 года и более). При локализации в области околоносовых пазух (за счет раздражения ветвей тройничного нерва) возникают разнообразные глазные симптомы - экзофтальм, диплопия, снижение зрения, анизокория, птоз и др. Множественные остеомы относятся к казуистике. Тем не менее, они могут быть частью синдрома Гарднера - наследственного заболевания, которое проявляется клинической триадой: полипоз толстой кишки, множественные остеомы различной локализации и опухоли мягких тканей.

Диагностика остеомы проводится на основании клинкорентгенологических данных. Компьютерная томография (КТ) играет важную роль для уточнения степени распространенности и вовлечения в процесс прилегающих структур. КТ рекомендуется применять для правильной оценки и предоперационного планирования.

Лечение остеом только хирургическое. При случайно выявленных «бессимптомных» остеомах, локализующихся вдали от выводных отверстий околоносовых пазух, не нарушающих функций носа, а также в пожилом возрасте большого показано наблюдение с обязательной контрольной рентгенографией 1 раз в год. Неотложному удалению подлежат даже небольшие остеомы околоносовых пазух, локализующиеся в области естественных соустьев и сопровождающиеся функциональными нарушениями со стороны носа.

Приводим случай из практики.

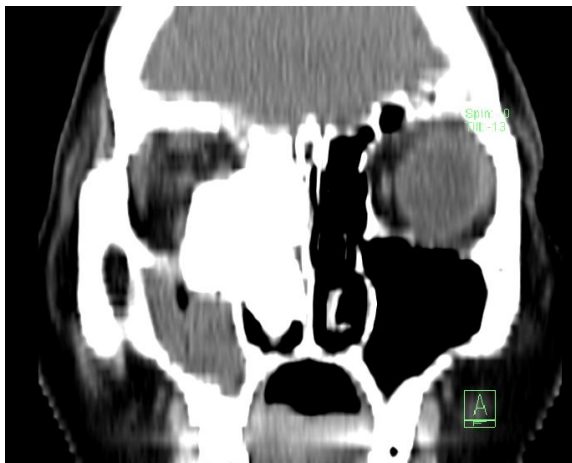
Больная А., 20 лет, поступила во 2-е ЛОР-отделение ГКБ №5 г.Алматы

с жалобами на головную боль ноющего характера в лобной части головы справа, боль в правом глазу, ощущение давления на правое глазное яблоко, отсутствие носового дыхания справа. Из анамнеза известно, что в детстве, катаясь на велосипеде, упала, перенесла травму в области правого надбровья. Но вышеуказанные жалобы стали беспокоить около 2-х месяцев. Обратилась к ЛОР-врачу впервые.

При поступлении состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без отклонений от нормы. Анализы крови и мочи в норме. Объективно: форма наружного носа не изменена. В области медиального угла глаза справа отмечается едва заметная припухлость. При пальпации и перкуссии правой лобной пазухи имеется незначительная болезненность, остальные околоносовые пазухи (ОНП) безболезненны. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа бледно-розовой окраски, просвет носовых ходов справа полностью закрыт плотным «инородным телом» мраморного цвета. В полости носа незначительное количество слизистого отделяемого. Движения правого глазного яблока в полном объеме, безболезненны.

На компьютерной томограмме носовой полости и околоносовых пазух: Тень остеомы занимает нижний отдел правой лобной пазухи, верхнечелюстную пазуху, ячейки решетчатого лабиринта, распространяясь частично на правую

орбиту, и заполняет целиком всю правую половину полости носа. Новообразование с неправильными контурами, размером 6,0×3,8×3,5 см, и смещающее носовую перегородку в противоположную сторону и медиальную стенку орбиты.



Заключение: остеома носовой полости справа, правой лобной пазухи и верхнечелюстной пазухи с прорастанием в ячейки решетчатой кости справа.

В клинике больная дообследована, осмотрена окулистом, невропатологом. Консультация окулиста: глазное дно без особенностей, сосуды в норме. В неврологическом статусе патологии не выявлено.

Клинический диагноз: остеома носовой полости справа, правой лобной и верхнечелюстной пазух с прорастанием в ячейки решетчатого лабиринта справа.

Планировалось выполнить фрагментацию костного образования из лобной, верхнечелюстной пазух и решетчатого лабиринта и удалить ее из полости носа. Под общим эндотрахеальным наркозом использован наружный доступ. Так как новообразование занимает лобную пазуху и передние клетки решетчатого лабиринта выполнена правосторонняя фронтотомидотомия, но удалить остеому фрагментарно не удавалось. Дополнительно использован доступ по Денкеру. Но из-за громадных размеров и высокой каменной плотности (плотность «слоновой кости») фрагментация остеомы не представлялась возможной. Направление ее роста, т.е. ее основание определить достоверно не удавалось. Можно было лишь предположить, что опухоль в лобную пазуху, решетчатый лабиринт и верхнечелюстную пазуху проникла из носовой полости, т.к. основная масса новообразования находилась в носовой полости. С большими усилиями при помощи элеватора образование огромных размеров вывихнуто из ложа. Далее образование низведено в правую верхнечелюстную пазуху через ее медиальную стенку, а затем через трепанационное отверстие в передней стенке удалено. Рана зашита наглухо. В лобной пазухе в качестве дренажа оставлен подключичный катетер. Новообразование имело неровную поверхность и каменную плотность размерами 6,0×3,8×3,5 см.

Операция завершена задней и передней тампонадой полости носа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Тампоны удалены на следующие сутки после операции. Носовое дыхание через правую половину полости носа полностью восстановилось.

Результат гистологического исследования: В исследуемом материале фрагменты костной ткани с дистрофическими изменениями. Компактная остеома.

Особенность данного наблюдения - в редкой локализации остеомы - в носовой полости, в обширности распространения остеомы носовой полости с прорастанием ее в нижний отдел

лобной пазухи, в верхнечелюстную пазуху, ячейки решетчатого лабиринта и медиальную стенку глазницы и в сложности хирургического доступа при ее удалении из-за громадных размеров и высокой каменной плотности.

Литература:

1. Торопова И.А. Клиника остеом околоносовых пазух.- Вестник РУДН.-2005.-№1(28).-С.95-97.
2. Дайхес Н.А., Яблонский С.В., Давудов Х.Ш. и др. Доброкачественные опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки у детей. М. - 2005; 256 с.

Сведения об авторах:

1. Кудайбергенова Сауле Фазыловна – доцент, д.м.н., кафедра оториноларингологии, Дом. Адрес: г.Алматы, ул. Жарокова 39, кв.136. Тел.: +7 705 461 40 95; E-mail: medlors@mail.ru
2. Джаркинбекова Гульзахира Калжешевна –доцент, к.м.н., кафедра оториноларингологии, Дом. адрес: г.Алматы, ул. Гоголя 13, кв. 49. Тел. 8 705 187 10 95; E-mail: Aridni03@mail.ru
3. Суатбаева Римма Петровна (Suatbaeva R.P.) Резидент 1 года обучения дом. адрес: ул. Чайковского 37, кв.41 телефон дом. и Моб.: 87017807415 E-mail: rimma77786@mail.ru
4. Ищанова Диана Муратовна студентка 5 курса, 044-1, «Общая медицина». дом. адрес: ул. Раимбека – Фурманова дом 100/108 кв. 9 телефон дом. и Моб.: 2710485, 87014295131. E-mail: diana496@mail.ru
5. Расулова Малика Садыковна Студентка 5 курса, группа 07-048-3 , Факультет Общая медицина дом. адрес: город Алматы, улица Гайдара 77, квартира 26 домашний телефон: 24056-57; Моб.: 87058090033 E-mail: mrasulova@list.ru

Офтальмология

Ophthalmology

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Альмешева Г. К.

офтальмолог

«Областная клиническая больница» г. Уральск

Анализ медикаментозного лечения внутриглазного кровоизлияния показал, что включение вобэнзима в комплексную терапию больных с внутриглазными кровоизлияниями способствовало сокращению сроков рассасывания кровоизлияний, быстрому купированию воспаления, и отека, и повышению зрительных функций. Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения вобэнзима в офтальмологии, прежде всего как средство лечения сосудистых, воспалительных заболеваний и травм, а также в офтальмохирургии

Көзішілік қан құйылуын емдеуде қолданылтын Вобэнзим жүйелік энзимотерапия препараты

Альмешева Г. К. көз дәрігер

«Облыстық клиникалық ауруханасы» Орал қаласы

Көз ішіне қан құйылу ауруын дәрі-дәрмектермен емдеу анализі «Вобэнзим» препаратын көз ішіне қан құйылу жаракатын алған науқастарды кешенді емдеу терапиясында құйылған қанның тез таралуы, ісік пен асқыну салдарын тез қайтару және көру қызметін арттыру үшін пайдалануда өз септігін тигізетінін көрсетті.

Алынған дәлелдер «Вобэнзим» препаратын офтальмологияда, әсіресе, тамырлы асқынған аурулар мен жаракаттарды емдеуде, сонымен қатар офтальмохирургияда қолдану қажеттігін айқындайды.

System enzymotherapy medication vobenzim in treatment intraocular haemorrhage

Almesheva G. K. oftalmolog

«Regional clinical hospital» Uralsk c.

The analysis of medicamentous treatment of intraocular hemorrhage showed that inclusion Wobenzym in complex therapy of patients with post-traumatic intraocular hemorrhages promoted reduction of terms of a resorption of hemorrhages, fast knocking over of an inflammation, both hypostasis, and increase of visual functions. The obtained data display about need of application Wobenzym in ophthalmology, first of all as a remedy for vascular, inflammatory diseases and traumas, and also in the ophthalmosurgery.

Энзимы (ферменты) являются основой жизнедеятельности организма и принимают участие в осуществлении практически всех биологических процессов. Сниженная активность энзимов часто приводит к возникновению острых и хронических заболеваний. Метод системной энзимотерапии (препараты ВОБЭНЗИМ и ФЛОГЭНЗИМ), основанный на применении целенаправленно составленных смесей гидролитических энзимом (ферментов), оказывает лечебное воздействие на ключевые физиологические и патофизиологические процессы в организме.

ВОБЭНЗИМ представляет собой комбинацию натуральных высокоактивных энзимов растительного (бромелаин и папаин) и животного происхождения (амилаза, липаза, трипсин и химотрипсин) с рутинном. Поступая в организм энзимы всасываются в тонком кишечнике путем резорбции интактных молекул и связываясь с транспортными белками крови, попадают в кровоток. В дальнейшем энзимы, мигрируя по сосудистому руслу. Накапливаются в зоне патологического процесса.

ВОБЭНЗИМ положительно воздействует на ход воспалительного процесса, оказывает фибринолитическое и тромболитическое действия, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных реакций, оптимизирует репаративные процессы, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Многочисленными клиническими исследованиями доказана его эффективность, безопасность и совместимость с различными лекарственными препаратами.

Патология органа зрения – воспалительные и дегенеративные заболевания, травмы и их последствия протекают при обязательном участии ферментной системы глаза, среди которой особое значение имеют энзимы, расщепляющие белок т.е. протеиназы. Выпот фибрина. Кровоизлияния в структуры глаза, фиброзные образования, а также сосудистые нарушения при незначительной выраженности процесса устраняются благодаря активации собственной ферментной системы. При более выраженной реакции на воспаление или травму собственная ферментная система оказывается недостаточной для купирования патологического процесса и возникает необходимость в применении энзимных препаратов. Благодаря наличию противовоспалительного, фибриполитического, иммуномодулирующего механизмов действия СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ является патогенетически обоснованной для использования в офтальмологии.

Внутриглазные кровоизлияния относятся к числу тяжелых осложнений при повреждениях глаз. Несмотря на многообразие лекарственных средств и способов терапии гемофтальмов результаты их лечения зачастую неудовлетворительны. Консервативное рассасывание кровоизлияний оправдывает себя не всегда и, как правило, эффективно на ранних стадиях процесса с небольшим количеством излившейся крови. Получившие широкое распространение в 70-90 годы варианты ферментотерапии с использованием таких препаратов как фибринолизин, трипсин, химотрипсин, стрептоказа и других касаются, главным образом, местного воздействия на стекловидное тело, при котором не достигалась оптимальная локальная концентрация препарата, достаточная для лизиса излившейся крови. Увеличение разовой дозы было опасно рецидивом геморрагий. Тогда как многократное введение препарата, необходимое для достижения максимального эффекта, вызывало сенсбилизацию в виде местной аллергической реакции, осложняя процесс лечения. Витреальная хирургия была и остается методом выбора. Однако при выполнении витреоретинальных вмешательств остается высоким процент осложнений, составляющий 20-30%. Кроме того, проведение витреоретинальных операций невозможно без использования дорогостоящих расходных материалов и оборудования, что делает невозможным выполнение этих вмешательств на областном уровне.

ВОБЭНЗИМ оказывает, наряду с общим влиянием на организм, широкий спектр местных воздействий: ВОБЭНЗИМ нормализует повышенную проницаемость сосудов, вязкость крови, устраняет нарушения микроциркуляции. Способствует активации собственных ферментных систем глаза, значительно улучшает снабжение тканей кислородом и питательными веществами, ускоряет рассасывание отеков, гематом, некротизированных тканей и фибрина, облегчая удаление продуктов распада. Уменьшает образование швартов, способствует быстрому восстановлению зрительных функций.

Под наблюдением находилось 5 пациентов с внутриглазными кровоизлияниями вследствие тупой травмы глаза, которые находились на стационарном лечении.

В схему лечения был включен препарат вобэнзим по схеме:

2 недели по 6-8 таблеток 3 раза в день, далее 2 недели по 6 таблеток 3 раза в день, 4 таблетки 3 раза в день в течение 4-6 недель. Частичный гемофтальм требует длительного применения препарата, и окончательно его рассасывание происходит через 6-8 недель. При тотальном гематальме использование ВОБЭНЗИМА продолжали до 10-12 недель. В зависимости от тяжести болезни курс ВОБЭНЗИМА продливалось от 10 до 16 недель.

Противовоспалительная терапия неинфекционных хронических увеитов и иридоциклитов, в свою очередь, не решает проблем рецидивирования и тяжелых исходов. Основную роль в развитии и поддержании хронического воспаления играют нарушения иммунной системы. Помимо системного противовоспалительного действия, ВОБЭНЗИМ способствует рассасыванию фибрина, преципитатов, задних синехий. Ускоряет нормализацию внутриглазного давления и восстановление зрительных функций, сокращая в целом сроки лечения. Также отмечено выраженное противорецидивное действие ВОБЭНЗИМА при хронических увеитах и иридоциклитах. Важным является и нормализующее влияние ВОБЭНЗИМА на иммунный статус и систему антиоксидантной защиты. Под наблюдением были 5 пациентов с воспалением сосудистой оболочки глаза различной этиологии. ВОБЭНЗИМ применяли по схеме:

2 недели по 8-10 таблеток 3 раза в день (в зависимости от тяжести процесса), далее 2-3 недели по 6 таблеток 3 раза в день, далее - 4 таблетки 3 раза в день еще 2-4 недели, поддерживающая доза - по 3 таблетки 3 раза в день в течение последующих 6-8 недель.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

Применение ВОБЭНЗИМА у больных диабетической ретинопатией приводит к клиническому улучшению. Под наблюдением находилось 7 пациентов с диабетической ретинопатией. В пролиферативной стадии с массивными кровоизлияниями препарат применяли по 7 таблеток 3 раза в день - 2-3 недели, далее 4 таблетки 3 раза в день 2-3 недели,

далее по 3 таблетки 3 раза в день сроком до 3-х месяцев, при менее выраженных изменениях начальная доза составляет 4 таблетки 3 раза в день в

течение 3-х месяцев. Через 3-4 недели наблюдается уменьшение отека сетчатки, рассасывание мелких кровоизлияний, обратное развитие транссудатов, профилактика швартообразования. При осмотре через 2-3 месяца отмечается значительная положительная динамика патологического процесса.

В дальнейшем рекомендовали по схеме:

по 4 таблетки 3 раза в день 2 недели, далее - по 3 таблетки 3 раза в день в течение месяца.

Объем обследования во всех группах больных был одинаковым: определение остроты зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия, измерение внутриглазного давления, исследования поля зрения, ультразвуковое исследование.

В ходе лечения была отмечена эффективность лечения вобэнзима, 60 % случаев наблюдалось полное рассасывание кровоизлияния при гемофтальмах различной этиологии, ретинальных кровоизлияниях и наступления полной ремиссии при воспалениях сосудистого тракта. Заключение: таким образом вышеизложенное определяет актуальность и необходимость применения системной энзимотерапии в офтальмологии, в том числе энзимного препарата вобэнзим, прежде всего как средство лечения сосудистых, воспалительных заболеваний и травм.

Литература:

- 1.Аветисова С. Э., Егорова Е.А. Машетова Л.К. Нероева В.В. Тахчиди Х.П. Офтальмология 2008 г
- 2.Кашников В.В. Контуживные изменения глазного дна 2000 г
3. Офтальмологический журнал Казахстана 2005 г

УДК: 617.731-07-08-089(075.8)

**ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА
ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ**

Абышова Б.Д.

ГККП МПБ с. Ушкoньр Алматинской области

Цель исследования - изучить особенности повреждения зрительного нерва, обусловленного хронической интоксикацией алкоголем. В результате проведенных исследований выявлено, что хроническая интоксикация алкоголем приводит к нарушению зрительных функций. Клиническая картина токсической дегенерации зрительного нерва характеризуется гиперемией или побледнением диска зрительного нерва его отеком, перипапиллярным отеком сетчатки у ряда больных в сочетании с макулярным отеком сетчатки. Поражения органа зрения не коррелируют со стадией алкоголизма, но находятся в прямой зависимости от тяжести и длительности злоупотребления алкоголем, а также от вида употребляемых спиртных напитков.

Ключевые слова: зрительный нерв, хроническая интоксикация алкоголем, токсическая дегенерация зрительного нерва

**TOXIC DEFEAT OF THE OPTIC NERVE
AT INTOXICATION ALCOHOL**

Abyshova B. D.

Research objective - to study features of damage of the optic nerve caused by chronic intoxication by alcohol. As a result of the carried-out researches it is revealed that chronic intoxication alcohol leads to violation of visual functions. The clinical picture of a toxic degeneration of an optic nerve is characterized by a hyperemia or a paleness of a disk of an optic nerves its hypostasis, per papillary hypostasis of a retina at a number of patients in a combination to macular hypostasis of a retina. Defeats of an organ of vision don't correlate with an alcoholism stage, but are in direct dependence on weight and duration of abuse of alcohol, and also from a type of used alcohol drinks.

Keywords: optic nerve, chronic intoxication alcohol, toxic degeneration of an optic nerve

**КӨРЕРМЕН ЖҮЙКЕСІНІҢ УЛЫ ҰТЫЛУЫ
ЕЛІТКІШТІҢ ИНТОКСИКАЦИЯЛАРЫНЫҢ ЖАНЫНДА**

Б.Д.Абышова

Зерттеудің мақсаты - көрермен жүйкесінің бұзылуын ерекшелік, еліткіштің мерзімді созылмалы интоксикациясымен талқылану. Нәтижеде өткізілген зерттеулер еліткішпен созылмалы интоксикация көрермен функцияларының бұзушылығына алып келгенін айқындаған. Көрермен жүйкесінің улы дегенерациясының клиникалық суреті гиперемиямен немесе оның ісігін көрермен жүйкесінің дисгінің құқылдануымен бейнеленеді, торлылықтың ісігімен перипапиллярным макулярныммен қатар торлылықтың ісігін аурулардың қатарында. Қору мүшесінің ұтылулары маскүнемдіктің кезеңімен түземейді, бірақ еліткішті ауырлық және теріс пайдалануды ұзақтықтан тәуелділіктің түзуіне, сонымен бірге жаратылатын ішкіліктердің түрлерінен болады.

Негізгі сөздер: еліткішпен көрермен жүйкесі, созылмалы интоксикация, көрермен жүйкесінің улы дегенерациясы

Современные данные свидетельствуют, что сегодня в странах СНГ официально зарегистрировано более 3 млн. больных алкоголизмом. Имеет место широкое вовлечение в потребление алкоголя новых слоев и групп населения, в том числе женщин и молодежи [1], массовое проникновение пьянства в сферу материального производства, а также в систему управления и служебных отношений. Отмечается рост смертельных отравлений алкоголем и его суррогатами [2]. Среди многих соматических и неврологических последствий злоупотребления алкоголем нередки поражения органа зрения. Острая и хроническая интоксикация алкоголем часто приводит к

слепоте, слабовидению, наблюдается у лиц трудоспособного возраста, характеризуется снижением зрения обоих глаз, нарушением поля зрения и необратимостью процессов, происходящих в зрительном нерве [3].

Несмотря на многочисленные специальные исследования и наблюдения, посвященные изучению состоянию органа зрения при острой и хронической интоксикации алкоголем и его суррогатами, многие вопросы еще далеки от своего разрешения. В частности, остается достаточно серьезной проблемой ранняя диагностика поражения зрительного нерва, полностью не описана его клиника, не решены вопросы патогенеза токсической дегенерации зрительного нерва (ТДЗН), лечения и прогнозирования данного заболевания [4]. Своевременность настоящего исследования обусловлена не только вышеуказанными обстоятельствами, но и тем, что в настоящее время в медицине появились технические возможности, позволяющие решить данные задачи. Поэтому использование диагностических методик, дифференцирующих степень активности патологического процесса в зрительном нерве, будет информативно для определения сроков лечения и наблюдения больных с ТДЗН [5].

Таким образом, совершенствование приемов ранней диагностики поражения органа зрения и зрительного нерва, разработка наиболее эффективных способов лечения ТДЗН, являются актуальной задачей при лечении поражения органа зрения, обусловленного интоксикацией алкоголем. Решение этих задач может явиться основанием для разработки принципов, тактики ведения больных ТДЗН в остром и отдаленном периодах.

Цель исследования: изучить особенности повреждения зрительного нерва, обусловленного хронической интоксикацией алкоголем.

Материал и методы исследования. Настоящая работа выполнена по результатам обследования 148 больных токсическими дегенерациями зрительного нерва алкогольной этиологии, лечившихся в Многопрофильной клинической больнице. Больные были разделены на две группы:

I группа - 92 пациента (184 глаз), осмотренных в 1-10 сутки после поступления в стационар преимущественно с диагнозом алкоголизм II и II-III стадии, в возрасте от 17 до 65 лет. Как правило, больные употребляли алкоголь низкого качества, часто нелегитимный, иногда истинные суррогаты. Длительность заболевания составляла от 7-10 до 25-30 лет, толерантность - от 0,5 до 1,5 л. алкоголя, крепостью 40°. Эта группа больных была обследована с целью выявления особенностей ранних клинических признаков токсического поражения органа зрения. Все больные этой группы поступали в стационар в состояниях, непосредственно связанных с интоксикацией алкоголем - либо в состоянии опьянения, либо (большинство из них) - в абстинентном состоянии. До поступления в стационар ни один из пациентов этой группы к офтальмологу не обращался, но у всех при осмотре были выявлены изменения со стороны органа зрения и получали они в ранние сроки заболевания как общую дезинтоксикационную терапию, так и местное медикаментозное лечение, направленное на уменьшение токсического влияния алкоголя на орган зрения.

II группа - 56 пациентов (112 глаз), самостоятельно обратившихся с жалобами на нарушения зрения в сроки от 14 дней до 2 лет после употребления алкоголя, в возрасте от 17 до 65 лет.

Офтальмологические исследования проводились по схеме: сбор наркологического анамнеза, жалобы, наследственность, результаты и методы предыдущего обследования и лечения.

Для исследования и определения функционального состояния органа зрения применялись: наружный осмотр, биомикроскопия; прямая и обратная офтальмоскопия; визометрия, периметрия; тонометрия.

Полученные результаты клинических исследований обработаны статистически с использованием пакета программ статистических расчетов Excel 7 for Windows XP на персональном компьютере Intel Pentium.

Результаты исследований и их обсуждение. Комплексная диагностика поражений органа зрения при острой и хронической интоксикации алкоголем выявила у преобладающем большинстве наблюдений различной степени выраженности дегенеративные изменения зрительного нерва.

I группа - на момент осмотра выявлялись жалобы на ухудшение качества зрения (затуманивание, ухудшение яркости восприятия окружающих объектов, мелькания). Снижение зрения различной степени (от 0,03 до 0,7 с коррекцией) было выявлено у 79 (85,9%) из них. Наиболее низкую остроту зрения (от 0,03 до 0,1) имели 13 больных (14,1%).

При определении поля зрения на белый цвет у 65 пациентов (70,7 %) были выявлены различные дефекты. Так, у 32 человек (34,8%) определены центральные скотомы в 5-30° от центра фиксации, которые носили абсолютный или относительный характер. Периферическое сужение границ поля зрения отмечено у 10 (10,9%) обследованных, а увеличение размеров слепого пятна у 25 человек (27,2%). При проведении периметрии на зеленый цвет выявлено небольшое сужение периферических границ на 5-10° у большинства обследованных. Методом тонометрии у двух больных выявлено повышение ВГД до 29 и 33 мм рт. ст. (без признаков глаукомы), а у пяти - понижение ВГД до 13-15 мм рт. ст. У этих же пациентов отмечалось нестабильное артериальное давление в течение всего курса медикаментозного лечения.

Офтальмоскопические изменения в острый период были следующими: преобладали явления оптического неврита, то есть умеренно выраженная гиперемия ДЗН и перипапиллярный отек сетчатки разной степени, иногда захватывающий макулярную область. Эти признаки были отмечены у 53 пациентов (57,6%). Изолированный макулярный отек сетчатки определен у 12 (13%) человек, ишемический отек ДЗН - у 9 (9,7%), единичные микрогеморрагии - у 3-х (3,3%) человек; в одном случае наблюдалась картина, напоминающая двусторонний тромбоз центральной вены сетчатки, с большим количеством перипапиллярных и паравазальных кровоизлияний, захватывающих задний полюс сетчатки. У 7 (7,6%) больных изменений со стороны глазного дна при первичном осмотре не отмечалось.

II группа - у пациентов с длительным употреблением алкоголя основной жалобой было снижение остроты зрения обоих глаз, что и заставило их обратиться за помощью в специализированную клинику. У наибольшего количества больных (83,8%) выявлено выраженное снижение остроты зрения - от 0.01 до 0.3. Разница между остротой зрения правого и левого глаза была статистически недостоверной ($t = 0.74$, $p > 0.05$).

По результатам рефрактометрии установлено, что эметропы составляли большинство - 76,8% (43 человека), миопы 1 степени - 16,1% (9 человек), а гиперметропы 1 степени - 14,3% (8 человек). Нарушений рефракции 2 и 3 степеней при ТДЗН не отмечено.

Биомикроскопические исследования не выявили каких-либо особенностей в состоянии переднего отрезка глаза и стекловидного тела.

Выявленные методом прямой офтальмоскопии изменения на глазном дне, были одинаковыми на обоих глазах у 54 пациентов (96,4%). У одного обследованного диагностирован ишемический отек ДЗН, перипапиллярный отек нервных волокон, отек в макулярной области на правом глазу и бледный диск с четкими границами на левом глазу. Исходная острота зрения у этого

больного также была различной на правом и левом глазах и составила 0.2 и 0.09 следовательно, стадии дегенеративного процесса в обоих глазах были разными. У 5 больных с острым отравлением суррогатами алкоголя, находящихся в состоянии комы, глазное дно обследовано методом прямой офтальмоскопии, выявившим отсутствие изменений в переднем отрезке глаза, прозрачность сред, бледность диска зрительного нерва и нечеткость его границ из-за умеренно выраженного перипапиллярного отека сетчатки, расширенные сосуды, отек в макулярной области.

Выявленные изменения зрительных нервов при интоксикации алкоголем помогают объяснить, почему у многих больных ТДЗН длительное время картина глазного дна остается нормальной при низкой центральной остроте зрения. Это связано с локализацией зоны поражения в отрезке зрительного нерва за глазным яблоком. Наличие центральных дефектов поля зрения также объясняется ретробульбарным повреждением волокон аксиального пучка.

Таким образом, анализ полученных результатов клинико-инструментального исследования свидетельствует о том, что интоксикация алкоголем неизбежно приводит к изменениям органа зрения, которые выражаются в снижении остроты зрения, появлении дефектов поля зрения в виде относительных и абсолютных скотом, замедлении времени проведения импульса и изменением нормальной картины глазного дна и изменением в целом характеризовать их как токсическую оптиконеуропатию.

Следует отметить, что в сроки заболевания до 1 месяца преобладающим офтальмоскопическим признаком можно считать гиперемии диска, в сроки от 1-го до 3-х месяцев - ишемию ДЗН или его отек, перипапиллярный отек сетчатки и отек нервных волокон по ходу папилломакулярного пучка, а в сроки заболевания более 3-х месяцев - частичную деколорацию диска зрительного нерва. Таким образом, у больных ТДЗН выявляются 4 стадии патологического процесса, соответствующие классификации Г.Д. Жабоедова, предложенной им в 1992 году для всех заболеваний зрительного нерва и проявляющихся в I стадии - гиперемией, во 2-й - набуханием, в 3-й - ишемией и в 4-й стадии - глиозной атрофией зрительного нерва.

В группе пациентов 1-й группы у 62,4% из них выявлена начальная стадия поражения зрительного нерва - стадия гиперемии, которая является более благоприятной для лечения. Большинство же пациентов II группы (65%) имели стадию глиозной атрофии зрительного нерва различной степени. Из-за более позднего снижения центральной остроты зрения, они обратились за медицинской помощью спустя 1-3 месяца после употребления суррогатов алкоголя, когда часть волокон зрительного нерва уже погибла. Анализ данных периметрии, полученных с помощью сферопериметра на белый цвет, показал, что у всех обследованных пациентов I и II групп, выявлены наиболее типичные для хронической интоксикации алкоголем и его суррогатами изменения поля зрения.

Периферические сужения полей зрения были концентрическими (на 7-15° по каждому меридиану), но поле зрения не изменялось по форме. Абсолютные и относительные скотомы, располагались центрально или парacentрально и, в свою очередь, делились на абсолютные, когда сам пациент мог определить их в поле зрения, и относительные, выявляемые при обследовании. Центроцекальные скотомы занимали центр поля зрения, но, в отличие от центральных скотом, сливались с областью слепого пятна. У 62,8% больных I и II групп имелись дефекты центрального поля зрения, что позволяет предположить преимущественно аксиальное поражение зрительного нерва либо во внутриглазной, либо во внутричерепной его части. Для оценки степени, глубины и динамики изменений центрального поля зрения у пациентов с ТДЗН использовался метод компьютерной кампиметрии.

Методом КК обследовано 42 пациента (84 глаза) из II группы, с исходной остротой зрения 0.1 и выше.

Только у 3-х больных (6 глаз), с исходной остротой зрения обоих глаз > 0.3 при первичном обследовании выявлены единичные патологические скотомы в зоне поля зрения от 0 до 20° от точки фиксации и небольшое увеличение времени СМР, что свидетельствует о снижении проводимости, даже при высокой остроте зрения. В большинстве случаев (39 пациентов - 78 глаз), помимо значительного увеличения времени СМР, определялись участки повышения пороговой яркостной чувствительности - относительные или абсолютные скотомы, что свидетельствует о наличии изменений в 1-м нейроне сетчатки. В 68% они локализовались в назальной половине поля зрения, в 27% - в темпоральной его части, а в 5% - в центральной области, что указывает на преимущественное поражение волокон папилломакулярного пучка.

Таким образом, хроническая интоксикация алкоголем приводит к нарушению зрительных функций: появлению центральных скотом (34,7%), увеличению размеров слепого пятна (27,1%), сужению полей зрения (10,9%) и снижению центрального зрения. Клиническая картина ТДЗН характеризуется гиперемией или побледнением ДЗН его отеком, перипапиллярным отеком сетчатки (23,4%), у ряда больных в сочетании с макулярным отеком сетчатки (13%). Поражения органа зрения не коррелируют со стадией алкоголизма, но находятся в прямой зависимости от тяжести и длительности злоупотребления алкоголем, а также от вида употребляемых спиртных напитков.

Список использованной литературы:

- 1 Прокофьева Е.Ю., Балясникова И.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Системный подход в оценке тяжести алкогольных поражений зрительного нерва // Экология человека. 2006. № 12. С. 35-37.
- 2 Каноков В.Н., Ким С.М. Комплексный подход в лечении атрофии зрительного нерва различного генеза // Вестник Оренбургского государственного университета. 2007. № 512. С. 100-102.
- 3 Рубаев А.Ю., Тагаева И.Р., Хетагурова Л.Г. Этиология и патогенез атрофии зрительного нерва // Владикавказский медико-биологический вестник. 2011. Т. 12. № 19. С. 109-116.
- 4 Терещенко И.В. Спорные вопросы дифференциальной диагностики атрофии зрительного нерва при первичном поражении органа зрения и симптоматической атрофии // Вестник офтальмологии. 2011. № 2. С. 55-55.
- 5 Tufan AC, Abban G, Akdogan I, Erdogan D, Ozogul C. The effect of in ovo ethanol exposure on retina and optic nerve in a chick embryo model system // Reprod Toxicol. 2007 Jan;23(1):75-82.

Патологическая анатомия

Morbid anatomy

КЛИНИКО –МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ МЕРТВО- И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Исмаилова Ю.С., Гончарова А.В., Умбеталиев С.Г.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

ПАО № 5 ГПАБ

г.Алматы

Проанализированы материалы аутопсий мертво-и новорожденных детей, умерших преимущественно в перинатальном периоде.

Выявлены основные нозологические формы, заболевания матерей, преобладание недоношенных беременностей, низковесность плодов и новорожденных.

Ключевые слова мертворожденные, недоношенные новорожденные перинатального периода, заболевания матерей, причины смерти новорожденных

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF THE DEAD AND MATERIALS NEWBORN CHILDREN in a metropolis
Ismailov Yu, Goncharov AV, Umbetaly S.G. Almaty

Autopsy analysis was made based on the material taken from dead-born children as well as from the new-born children that died during the perinatal stage. Most of the data was gathered during the perinatal stage. Major nozological forms, mother-related illnesses, prevalence of premature pregnancies and low weights of fetus and new-borns were identified.

Детская патологоанатомическая служба является источником достоверной информации для органов здравоохранения, выявляя причины невынашивания беременности, структуру перинатальной, младенческой и детской смертности. Параллельное изучение результатов практической плацентологии позволяет выявить факторы риска неонатальной и акушерской патологии посредством массовых исследований плаценты [А.Я.Гриненко, Н.Г.Глуховец, 2005].

Для объективной оценки уровня здравоохранения в мире широко используется статистика перинатальной смертности от 22-ой недели беременности до 7-х суток жизни новорожденного [А.П.Милованов, 1990, А.П. Милованов, А.И. Клембовский,1992].

В сложном комплексе медицинских и социальных условий, определяющих структуру и степень перинатальной смертности, существенное значение имеет патологоанатомический анализ нозологических форм, причин и механизмов возникновения болезней плодного и неонатального периодов.

В современных условиях такой анализ не потерял свой актуальности и своевременности, отражая объективные параметры и проявления патологии плодов и новорожденных.

Цель работы – провести анализ валового секционного материала на базе патологоанатомического отделения № 5 (детская прозектура) патологоанатомического бюро г.Алматы.

Материал и методы: материалом исследования явились клинические истории и протоколы вскрытий мертво-и новорожденных детей и микропрепараты органов и тканей исследованных аутопсий. Проведен клинико-морфологический анализ секционных материалов и исследованы микропрепараты, окрашенные гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону.

Из 50-ти проанализированных аутопсий 7-мь составили дети, умершие в возрасте от нескольких месяцев и один- в 13 лет.

Результаты исследования:

Из 43-х наблюдений в 88,3% (38 случаев) мертворожденные и новорожденные, умершие в перинатальном и неонатальном периодах, были недоношенными. Распределение данных по клиническим и морфологическим характеристикам недоношенных новорожденных, умерших в перинатальном периоде, представлено в таблице №1.

Данные о недоношенных новорожденных, умерших в перинатальном периоде

Срок гестации в неделях	Продолжительность жизни новорожденных	Пат анатомический диагноз	Масса в граммах
1. 23-24	15 мин	Первичные ателектазы легких	500
2. 23-24	5 суток	Аспирационная пневмония	528
3. 24-25	5 суток	Первичные ателектазы	557
4. 25-26	20 минут	ВПР ЦМС	790
5. 26-28	10 минут	Асфиксия новорожденного	778
6. 31-32	23 часа 40 минут	ВУП	1817
7. 31-32	4 суток	Первичные ателектазы, ВПР ЦНС	1880
8. 32-33	9 суток 40 минут	Внутриутробный сепсис	2086
9. 32-33	1 сутки	Множественные врожденные пороки развития	2386
10. 33-34	2 суток 13 часов	Гиалиновые мембрана легких	2417
11. 34-35	42 часа	Аспирационная пневмония	2575
12. 40-41	1 час 30 минут	Массивная аспирация околоплодных вод. Первичные ателектазы.	2993

Итак, недоношенные новорожденные, умершие в перинатальном периоде, составили 12 случаев, из них 5-ть были глубоконедоношенными с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ).

В неонатальном периоде умерли также 12 новорожденных детей. Мертворожденность отмечена в 19-ти наблюдениях, что от 50-ти аутопсий составило 38%.

Наименьший срок гестации среди новорожденных, умерших в перинатальном периоде, составил 23 недели, у мертворожденных -22-23 недели, максимальный срок гестации у новорожденных, умерших в перинатальном периоде, составило 34-35 недель, у мертворожденных -38 недель.

Анализ акушерской патологии матерей выявил преобладание гестозов, маловодия, преэклампсии.

Среди соматических заболеваний лидировали анемия, хронический пиелонефрит, патология щитовидной железы. Выявлено также носительство цитомегаловирусной инфекции, вируса простого герпеса, кольпиты. Патология родов включала дородовое и преждевременное излитие околоплодных вод, слабость I-го периода родовой деятельности. Операция кесарево сечение из 43-х наблюдений составила около 18%.

Исследование плацент выявило в основном признаки хронической плацентарной недостаточности, декомпенсированной формы у мертворожденных, у новорожденных-компенсированной и субкомпенсированной форм с вариантами нарушения созревания ворсин хориона.

Патологоанатомическая диагностика умерших новорожденных перинатального периода выявила преимущество таких нозологических форм как врожденные пороки развития, особенно центральной нервной системы, множественные пороки развития, заболевания легких невоспалительной природы с преобладанием первичных ателектазов и гиалиновых мембран, аспирационную пневмонию. В одном наблюдении имел место врожденный туберкулез.

При внутриутробной гибели плодов в основном выявлялась антенатальная асфиксия, обусловленная спектром причин, среди которых важную роль играла хроническая плацентарная недостаточность. Особого внимания заслуживают факты интранатальной асфиксии с гибелью плода при доношенных и доношенных сроках беременности, что составило 14%.

Таким образом, анализ секционного материала мертво-и новорожденных детей позволяет констатировать факт значительного количества недоношенных беременностей. Морфологическая и функциональная незрелость тканей плодов и новорожденных обуславливает их уязвимость к влиянию эндо-и экзогенных факторов, нарушению нормального функционирования системы мать-плацента – плод, возникновению ante-и постнатальной патологии. Поэтому вопрос об антенатальной охране плода до настоящего времени имеет первостепенное значение в сохранении будущего потомства.

Литература:

1. А.Я. Гриненко, Н.Г. Глуховец // Арх. пат. -2005.- № 1.-с.44-45.
2. А.П.Милованов // Арх.пат.-1990.-Вып. № 2.-с.3-6.
3. А.П.Милованов, А.И. Клембовский // Арх.пат.-1992.- Вып.№7.-с.37-39.

УДК: 616.24-053.8:5742-091

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА - СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Нартаева А.Е.

Кафедра патологической анатомии

КазНМУ им. Асфендиярова, Алматы

Progressive muscular Duchenne dystrophy - A CASE STUDY

Nartaeva A.E., Bastymitva B.E., Podaneva V.I., Sholumbetova O.O., Nurgaliev K.K.

Kahahsky national university of S.D. Asfendijarova, Almaty
Centre of forensic medicine, Almaty

Duchenne Muscular Dystrophy, an inherited and progressive muscle wasting disease, is one of the most common single gene disorders found in the developed world. Identification of the genetic defect responsible for Duchenne Muscular Dystrophy and isolation of the protein dystrophin have led to the development of new theories for the disease's pathogenesis. This new edition incorporates these advances from the field of molecular biology, and describes the resultant opportunities for screening, prenatal diagnosis, genetic counselling and management. Although there is still no cure for the disorder, there have been significant developments in understanding the progression of the disease, and advances in the management of respiratory and cardiac symptoms. The authors also explore and speculate on the possibilities for future treatments employing drugs and gene therapies.

ДЮШЕННИҢ ТЕЗ ДАМУШЫ БҰЛШЫҚ ЕТТИК ДИСТРОФИЯСЫНЫҢ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТЫ

Нартаева А.Е., Бастимиева Б.Е., Поданева В.И., Жолумбетов О.О., Нурғалиев К.К.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы

Сот медицина орталығының Алматы филиалы

Мақалада дәрігер патологоанатомның тәжірибесінде сирек кездесетін сырқат тәптіштеп сипатталған. Дюшеннің тез дамушы бұлшық ет дистрофиясы науқастардың өліміне соқтыратын ауыр сырқат.

Прогрессирующие мышечные дистрофии группа первичных заболеваний поперечнополосатых мышц, которые объединены общими свойствами: наследственный характер и частая встречаемость в отдельных семьях, избирательное поражение групп мышц, характерная клиническая картина: ранний возраст начала заболевания и неуклонное нарастание мышечной слабости [1].

В практической деятельности врача-патологоанатома редко встречаются уникальные случаи как прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна.

По литературным данным миопатия Дюшенна наследуется по рецессивно-сцепленному с полом типу, болеют только мальчики. Болезнь начинается в раннем детском возрасте с ослабления икроножных мышц. В процесс вовлекаются все группы поперечно-полосатых мышц: мышцы верхних и нижних конечностей, межребёрные мышцы, мышцы сердца. Болезнь быстро прогрессирует и неизбежно заканчивается смертью. Смерть наступает от присоединения пневмонии.

В статье изложены результаты аутопсии и гистологического исследования прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна. Забор материала для исследования производился из стенки левого и из правого желудочка сердца, из икроножной и межреберной мышцы, из внутренних органов. Из материалов вырезались кусочки размерами 10x10x10мм, фиксировали в 10%-ном растворе нейтрального формалина, проводили по спиртам восходящей концентрации и заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином.

В исследуемом случае из данных клиники: мужчина 23 года, инвалид с детства, в клинику поступил с признаками дыхательной недостаточности и интоксикации. Умер от нарастающей лёгочно-сердечной недостаточности. При аутопсии обнаружено: верхние и нижние конечности согнуты в локтевых и в коленных суставах (рис.1). Грудная клетка и передняя брюшная стенка распластаны. Подкожножировая клетчатка и скелетная мускулатура атрофированы. Кости верхних и нижних конечностей, ребра резко выступают наружу. При пальпации мышцы плеча, предплечья, бедер и голени мягкие. Отмечаются отёки на нижних конечностях. При разрезе кожи голени – можно увидеть атрофию и жировое замещение икроножной мышцы (рис. 2). Сердце увеличено в размере. На разрезе имеет место гипертрофия стенки левого желудочка и расширение полостей левого (рис. 3) и правого желудочков (рис. 4).

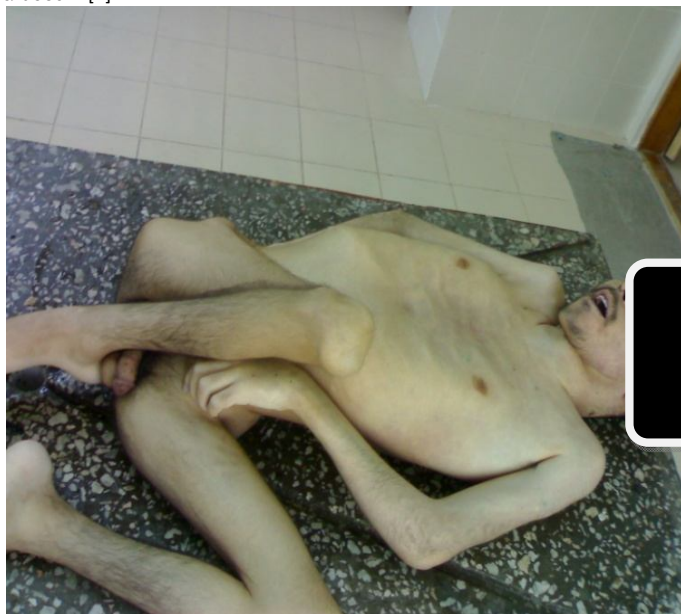


Рисунок 1 – Юноша с прогрессирующей мышечной дистрофией



Рисунок 2 – Икроножная мышца на разрезе с жировым замещением



Рисунок 3 – Гипертрофия стенки левого желудочка и расширение полости

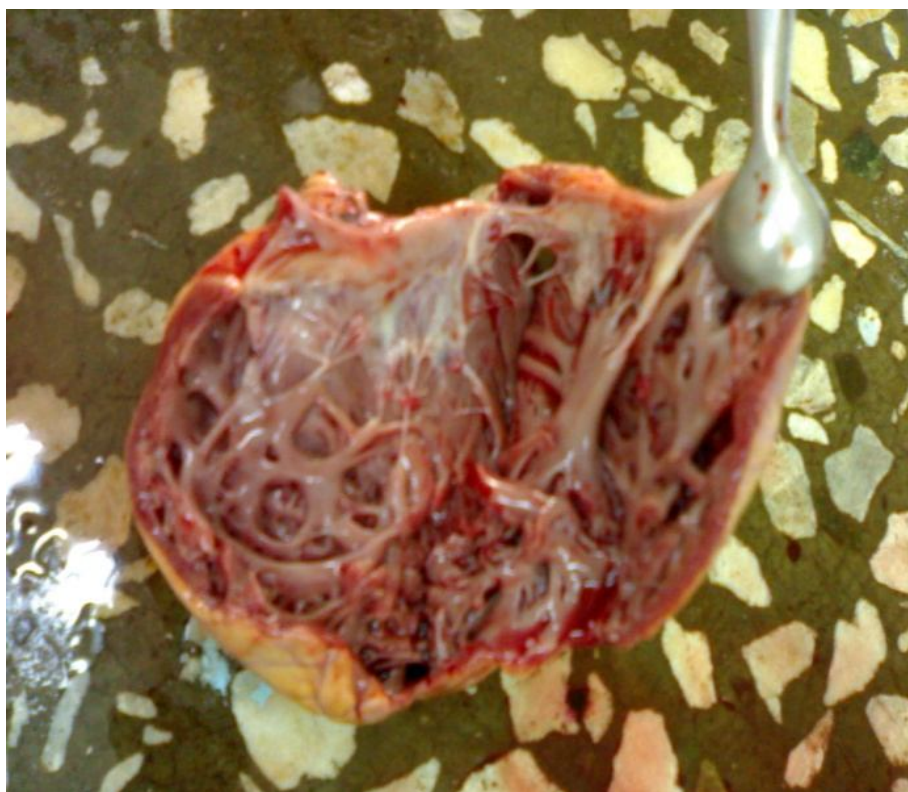


Рисунок 4 – Расширение полости правого желудочка

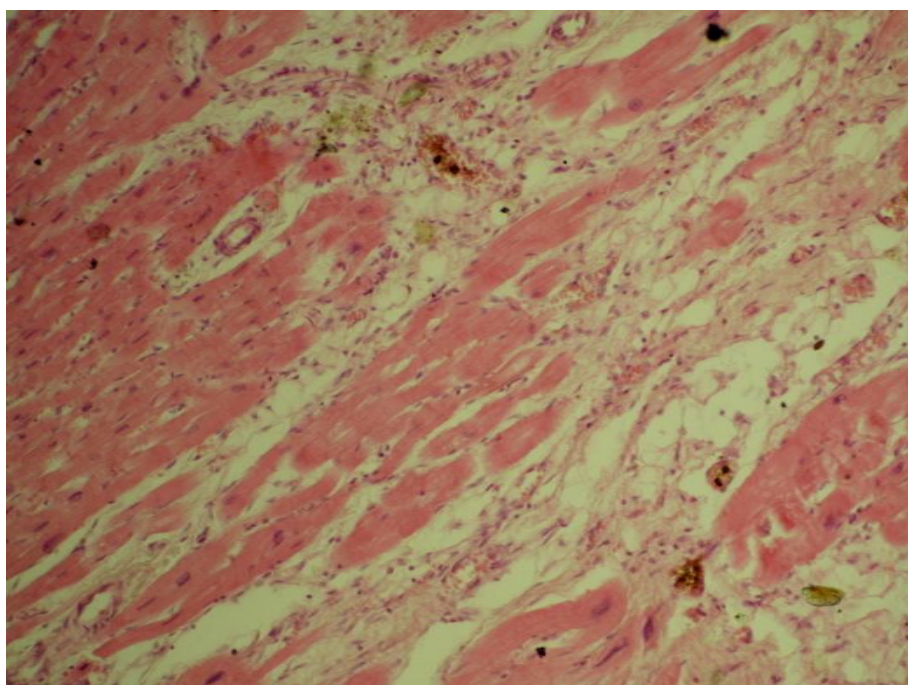


Рисунок 5 – Замещение соединительной и жировой тканью. Кардиомиоциты увеличены, закруглены и гиалинированы.

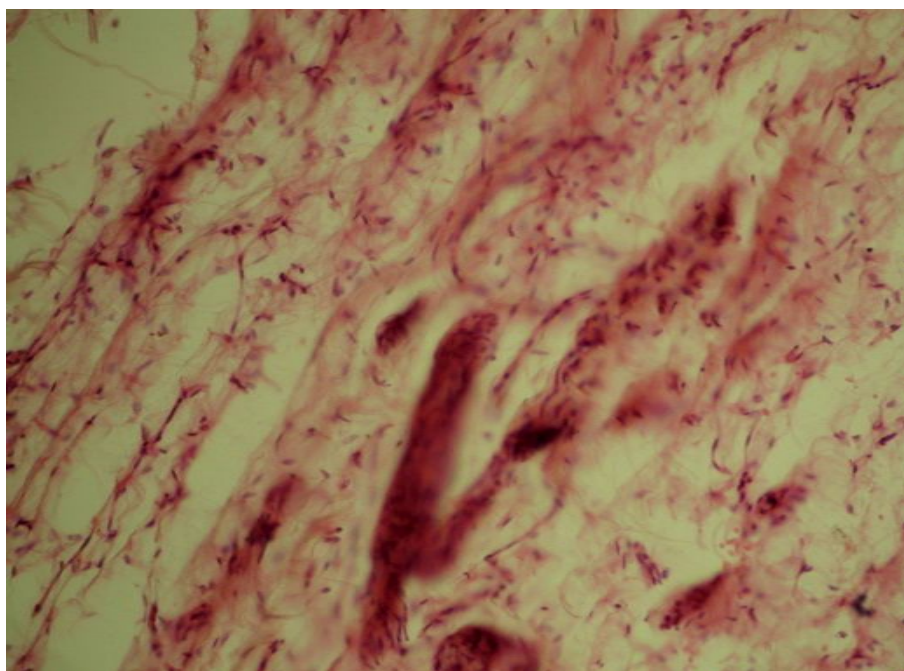


Рисунок 6 – Жировая дистрофия скелетных мышц. Скопление макрофагов вокруг мышечных волокон (а)

В лёгких с обеих сторон видны признаки очагово-сливной гнойной пневмоний.

При гистологическом исследовании: дегенерация, некроз кардиомиоцитов (рис. 5), пролиферация соединительной и жировой ткани. В икроножных мышцах также отмечались признаки некроза мышечных волокон. Сохранившиеся волокна располагались островками между жировой и рыхлой соединительной тканью.

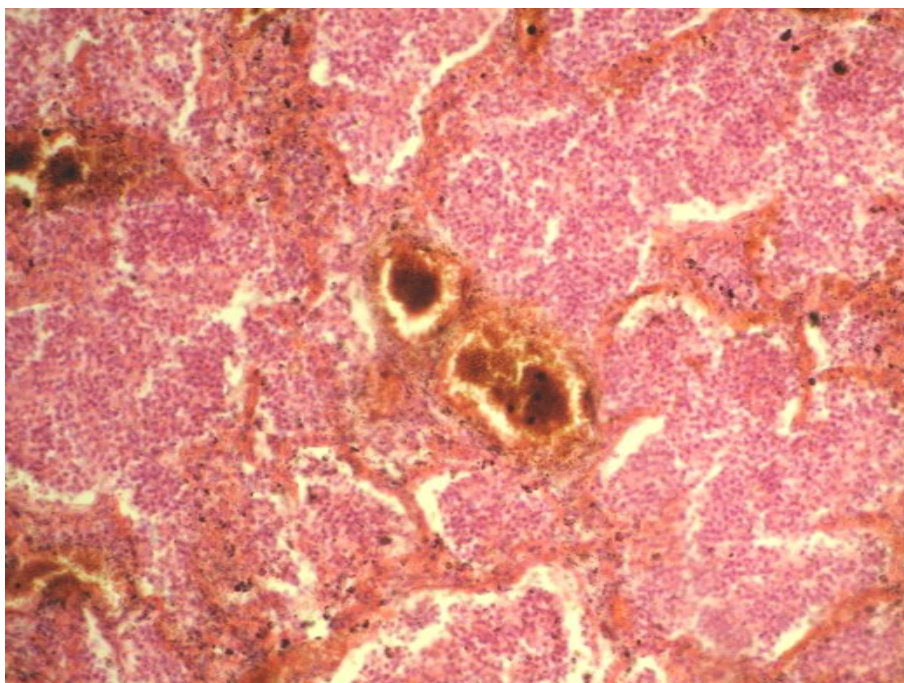


Рисунок 7 – Очагово-сливная, гнойно-геморрагическая пневмония. Венозное полнокровие сосудов.

Вокруг погибших мышечных волокон виднелись скопления макрофагов (рис.6). В печени, почках, миокарде, в селезенке определялись признаки венозного полнокровия. В селезенке: признаки разряжения белой пульпы и убыли лимфоцитов, что свидетельствуют о снижении иммунитета.

Таким образом, выявленные при макроскопическом исследований: атрофия, замещение соединительной и жировой тканью мышц верхних и нижних конечностей, межреберных мышц, миокарда; при микроскопическом исследований: некроз мышечных волокон с фагоцитозом их макрофагами свидетельствуют о системном поражений скелетной мускулатуры и сердца. Больной страдал хронической сердечной недостаточностью, признаками которого являются расширение полостей левого и правого желудочков, венозное полнокровие внутренних органов и отёки на нижних конечностях. Двусторонняя очагово-сливная пневмония (рис. 7) является закономерным смертельным осложнением при системных поражениях скелетных мышц.

Литература:

1. Rowland L. P., Shneider N.A. Amyotrophic lateral sclerosis //New Engl. J. Med. – 344: 1688 – 1700, 2001.
2. Atlas of clinical diagnosis. M. Afzal Mir dch frcp. Edinburgh london New York Philadelphia St Louis Sydney Toronto 2003.

Педиатрия

Pediatrics

ЭНТЕРОВИРУСТЫ МЕНИНГИТТЕРТІҢ БАЛАЛАРДАҒЫ
КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІГІ

Қатарбаев А.Қ., Берденова Г.Т., Кулебаева Э.К.

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қ-сы**Особенности клинического течения энтеровирусного менингита у детей**

Нами проводились клинико-лабораторные исследования 55 детей с диагнозом «серозный менингит энтеровирусной этиологии». Установлено, что заболеваемость энтеровирусным менингитом имеет максимальный подъем в весенне-летний период и энтеровирусная инфекция у детей дошкольного и младшего школьного возраста (72%) протекает в форме изолированного менингита.

Clinical features of enteroviral meningitis in children

Katarbaev A. K., Berdenova G. T., Kulebaeva E. K.

In article the correlation between aetiology of disease and season was revealed on the basis of carried out clinical-laboratory researches of 55 children, enterovirus infection among children of preschool and junior school age is proceed in form of isolated meningitis, in general (72%).

Тұжырым: Энтеровирусты серозды менингит диагнозы мен сырқаттанған 55 балаға клиникалық және зертханалық зерттеулер жүргізілді. Энтеровирусты менингит негізінен көктем-жаз маусымдарында өте жиі тіркеледі және көбіне балабақша мен ерте мектеп жасындағы балалар арасында (72 пайызға дейін) кездесетіні анықталды.

Түйін сөздер: серозды менингит, орталық жүйке жүйесі, энтеровирусная инфекция.

Өзектілігі: Орталық жүйке жүйесінің (ОЖЖ) вирустармен зақымдануы бала денсаулығына және өміріне аса қатерлі. Жедел серозды менингиттердің көтерілісі кезеңінде энтеровирусты менингиттер жиі кездеседі. Қазіргі таңда серозды менингиттердің этиологиясында ЕСНО және Коксаки вирустарының өте маңызды орын алатындығы анықталған [1].

XX ғасырдың соңында және XXI ғасырдың басында вирусты менингоэнцефалиттердің құрылымы көптеген өзгерістермен толықтырылды, яғни нейроинфекциялардың негізгі қоздырғыштары – герпес, цитомегаловирусты инфекция, энтеровирусты инфекциялар және т.б. екендігі анықталды. Қазіргі уақытта вирустарға қарсы дәрілерді ерте қолдануға қарамай, герпесті менингоэнцефалиттер барысында кездесетін жоғарғы өлім (20%-ға дейін) мөлшері, ауыр резидуальды көріністердің анықталуы, ал қызылша менингоэнцефалиттері кезінде өлім мөлшерінің 10 - 20%-ға дейін болуы, ОЖЖ вирустармен зақымдануы инфектологияның аса өзекті мәселелерінің бірі екендігін көрсетеді [2, 3].

Ғылыми зерттеудің мақсаты: энтеровирусты серозды менингиттердің клиникалық көрінісі мен маусымдық ерекшеліктерін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Алматы қаласының №1 БҚЖАА-да «энтеровирусты серозды менингиттер» деген диагнозбен, емделген - 55 балаларға клиникалық және зертханалық зерттеулер жүргізілді.

Нәтижелер және талқылау. Науқастардың 72%-н мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балалар құрады; ерте жастағы және ересек балалар сирек кездесті. 26 науқас балада қосымша және фондық аурулар анықталды: гипертензионды-гидроцефалды, тырыспа синдромдар, эписиндром және резидуальды-органикалық фон. Науқас балалардың 97%

ауруханаға жедел жәрдем арқылы түсті, солардың 8% «жедел респираторлы вирусты инфекция, менингизм белгілері» деген диагнозбен жеткізілді.

Вирусты инфекцияның дамуына организмде көптеген қорғаныс механизмдері қарсылық жасайды: фагоцитоз, интерферон, макрофаг жүйесі. Зерттеу барысында мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балаларда энтеровирусты инфекция көбіне ауыр түрде, яғни менингит, ал ересек балаларда жиі жеңіл - қызба түрінде өтетіндігі анықталды. Ал ерте жастағы сәбилерде энтеровирусты инфекция менингоэнцефалиттің дамуына себепші болды. Бұл сәби организмнің реактивтілігімен және иммундық жүйе жағдайының әлі толық жетілмеуіне байланысты болуы ықтимал.

Науқастардың басым бөлігі (72,3%) ауруханаға аурудың алғашқы күндері түсті, оның 54% - екінші күн.

Ауру барлық науқастарда жедел басталды, жалпы инфекциялық белгілердің пайда болуымен: дене қызуы 38-38,5С-қа дейін (73%) көтерілумен, кей науқастарда 39-40С-қа дейін (27%). Дене қызуы негізінен 1-2 күн (61%) сақталды, ал 7% жағдайда 5 күнге дейін ұзарды. Бас ауру сезімі (76,8%) жылдам кері дамыды, орташа есеппен 2-3 күнге дейін ғана, тек 1 науқаста бір апта сақталды. Ауыз-жұтқыншақ шырышты қабатындағы қызару, «теңбілдену» 64% балаларда анықталып, 3 күн бойы сақталды.

Жеті науқаста серозды менингит герпетикалық баспамен бірге жүрді. 5 науқас бір тәулік бойы іш ауруына шағымданып, сұйық нәжіс күніне 6-7 ретке дейін болып, екі тәуліктен бір аптаға дейін сақталды.

Кей науқастарда (8 бала) көздің ақ қабығының қызаруы, көз алмасының ауру сезімі, жарыққа қарай алмау белгілері анықталды (2 күн бойы сақталды).

Екі науқаста аурудың екінші күні жәншаудағы тәріздес бөртпе пайда болды (1-2 тәулік сақталды), ал екінші балада - геморрагиялық сипатта.

Улану белгілері әлсіздікпен, тынышсызданумен, тәбетің төмендеуімен сипатталды. Аурудың алғашқы күні 84% науқаста бір реттен 15 ретке дейін құсу пайда болды, кей жағдайда құсу 5 күнге дейін сақталды.

Бас миының қабықшасының қабынуы менингеальдық белгілермен және жұлын - ми сұйықтығындағы (ЖМС) өзгерістермен сипатталды.

Бас миының қабықшасының қабынуы науқастарда менингеальдық белгілер: желке бұлшық етінің қатаюы, Керниг және Брудзинский симптомдарымен анықталды. Желке бұлшық етінің қатаюы 100%, Керниг белгісі - 50%, жоғарғы Брудзинский белгісі - 28% жағдайда анықталды, ортаңғы және төменгі Брудзинский белгілері өте сирек анықталды. Менингеальдық белгілер 1-1,5 тәулік сақталды. ЖМС-да қабыну өзгерістері болса да, 3% жағдайда менингеальдық белгілер анықталмады.

Ликвордағы клеткалардың көбеюі аса жоғары болмады, яғни 55% жағдайда 1 мкл-де 85±20 клетка, ал 45% жағдайда 1 мкл-де 62±15 клетка. 9 науқас балада цитоз мөлшері төрт-саннан құралды 1000 - 1735 клетка. Аурудың алғашқы (бірінші-екінші күн) күндері 77% жағдайда плеоцитоз нейтрофильды сипатта болды (нейтрофильдер мөлшері 60-95% аралығында). Алтыншы-жетінші күндері (қайта жасалған пункция қортындысы

бойынша) плеоцитоз лимфоцитрлы болды, ал клеткалар мөлшері азайып, кейде қалыпты санға дейін төмендеді.

ЖМС полиморфты-ядролық лейкоциттердің басым болуы кез келген қабыну құбылысы кезінде дамидын процеске және ерте экссудативті кезеңдегі осы клеткалардың миграциялық белсенділігіне байланысты. Ликвордағы белок мөлшері 54% науқастарда 1,0 – 1,3 г/л дейін жоғарлады. Науқас ауруханаға келіп түскен кейін, 7-8 күні - ликвор қалыпты жағдайға дейін тазарды.

Салыстырмалы диагностика кезінде пайда болған қиындықтар ЖМС қайта зерттеу барысында шешілді. Сонымен қатар науқастарға бактериологиялық және серологиялық зерттеулер жүргізілді, ал ол менингококкты инфекциямен салыстырмалы диагностика жүргізуде көмектесіп, қойылған диагнозды негіздеуге көмектесті.

Аурудың алғашқы күндері 10×10^9 /л - 21×10^9 /л мөлшеріндегі лимфоцитоз сипаттағы лейкоцитоз анықталды. 12 науқаста нейтрофилді лейкоцитоз (кей жағдайда жас клеткаларға дейін) және эритроцитардың тұну жылдамдығының (ЭТЖ) – 35 – 45 мм/сағ. дейін жоғарлауы анықталды.

Вирустарды бөліп алу және оларды типтендіру көптеген техникалық қиындықтар тудыратындықтан, қазіргі кезде вирусологиялық зерттеу қортындылары ерте диагноз қоюға көп септігін тигізбейді. Нәжістен вирустың бөлінуі антидене титрінің жоғарлауын анықтау үшін жасалатын серологиялық - қанның қос сары суды зерттеу әдісінің нәтижесіздігі диагностикада аса маңызды орын алмайды. Сонымен қатар, вирусологиялық зерттеудің оң және теріс қортындысы клиникалық көрініспен қатар қаралып негізгі шешімге әсер етуі керек.

Айқын диагностика жүргізілу үшін клиникалық көрініс пен эпидемиологиялық жағдай қатар қаралуы керек. Науқас балалардың 83%-да жедел респираторлы вирусты инфекциямен және серозды менингитпен сырқаттанған балалармен қарым-қатынаста болғандығы, ал 14% жағдайда сырқаттың су жолымен жұққандығы (жабық және ашық су қоймалары, құдықтар) анықталды.

Энтеровирусты инфекцияға қарсы этиотропты емнің жоқтығы ем қолдануды қиындатады. Аурудың алғашқы күндері ауруханаға түскен кей науқастарға антибиотик тағайындалды (пенициллин), ол қайта жұлын сұйықтығын зерттеу қортындысына байланысты

емнен алынды. Менингиттерді емдеу - стандартқа сәйкес: дезинтоксикация, дегидратация емдерін қамтиды, яғни магний сульфат, лазикс, диакарб және 10-15% маннитол дәрілерінің жасына сай дозасымен жүргізілді. Тырыспаға қарсы финлепсин, седуксен, карбамезипин, ал ми қан айналысының өзгерісіне қарсы – кавинтон, актовегин, цинарезин тағайындалды. Комплексті терапия құрамына антигистаминді дәрілер, В - витамин тобы кірді.

Қортынды:

- дәрігерлер арасында диагностика сұрақтары бойынша әлде білімнің жетіспеушілігінің барлығын көрсетті;
- Аурудың этиологиясы және жылдың маусымы арасында байланыс барлығы анықталды, яғни энтеровирусты менингиттердің жиі кездесуі көктем-жаз уақыты, ең жоғарғы көтерілуі шілде-тамыз айларында болады.
- мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балаларда энтеровирусты инфекция (72%) жекеленген менингит түрінде жүреді.
- менингеалды белгілер 97% науқастарда анықталып, негізінен желке бұлшық етінің қатаюы, Керниг және Брудзинский белгілерімен сипатталды.
- Энтеровирусты серозды менингиттердің бағаналық клиникалық көрінісі дене қызуының 38,5-39С-қа дейін (73%) көтерілумен, айқын бас ауру сезімімен (76,8%), қайталап құсумен (84%) сипатталды
- Негізгі клиникалық көріністер орта есеппен 2-4 күн (61%) сақталды.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Зинченко А. П., Острые нейроинфекции у детей: /Ленинград. 1986. 319 б.
2. Носов С. Д., Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем: / Ленинград. 1980. 131 б.
3. Лещинская Е. В., Мартыненко И. Е., Папилова Е. И., Острые энцефалиты и менингоэнцефалиты вирусной этиологии у детей: /Методические рекомендации. – Москва., 1982. 112 б.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Катарбаев А. К.

Казахский Национальный медицинский университетим. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Установлено, что кратность летальных исходов детей проживающих в «грязной» зоне увеличивается на 2,2, по сравнению с «чистой» зоной. Достоверная связь отягощенного преморбидного фона у детей, проживавших в «грязной» зоне, свидетельствуют экологическое влияние на неблагоприятный исход жизни детей.

Ключевые слова: инфекционные болезни, дети, смертность, экология.

FACTORS AFFECTING ON THE HEALTH OF CHILDREN AND PROVISION OF PRIMARY CARE

Katarbaev A. K.

Kazakh National Medical University. SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

It is found that the multiplicity of the mortality of children living in a "dirty" area increased by 2.2, compared with a "clean" zone.

Significant association of aggravated premorbid background in children living in a "dirty" area, according to the environmental impact on the poor outcome of children's lives.

Keywords: infectious diseases, child mortality, ecology

Балалар денсаулығына тигізетін факторлар және алғашқы медициналық көмек көрсету

Зерттеу барысында «лас» аймақта тұратын балалар арасында «таза» аймақпен салыстырғанда өлімнің тіркелуі 2,2 есе жиі екендігі анықталды. «Лас» ауданда тұрған балалардың денсаулық индексінің «таза» ауданда тұрған балалармен салыстырғанда бірнеше есе төмендегі дәлелденді.

Введение Современном этапе эти проблемы можно условно разделить как «инфекционная модель», «поведенческая модель» и экологическая модель» [1,2]. «Экологическая модель» фокусируется на понятии, что заболевание – это продукт взаимодействия общества с окружающей эко-средой и обращает внимание на категорияхнеадекватности, неравенстве и экономической активности, как основных рисков развития болезней у населения. В эту сектор можно отнести и социальные факторы: перенаселенность, бедность, неинформированность и отсутствие доступа к мерам профилактики.

Загрязнение окружающей среды во многих регионах земного шара, в том числе в нашей республике приводит к образованию искусственных (техногенных) биогеохимических провинций с изменениями биологических, химических и физических факторов в экосистеме. Эти факторы оказывают влияние на различные показатели здоровья и уровень заболеваемости населения, а также на исходы заболеваний [3].

Целью работы явилось изучение, состояние атмосферного бассейна в г. Алматы и ее влияние на течение и исходы инфекционных заболеваний среди детей в возрасте до 5 лет.

Материалы и методы исследования Анализ случаев смерти детей от 0 до 5 лет проводился путем использования анкеты - «экспертная оценка историй умерших новорожденных, младенцев и детей до 5 лет» (авторское свидетельство № 125).

Таблица 1

Зоны загрязненности воздуха по районам проживания умерших детей (г. Алматы)

Зоны загрязненности	Ксум.ср.сут		Кратность различий с условно «чистой» зоной
	Абсолютный показатель	% от среднегородского	
Зона №1 (условно «чистая») – Медеуский, Бостандыкский, Жетысуский районы	1,91	56,45	-

Анкета предназначена для сбора информации об умерших детях в возрасте от 0 до 5 лет и о родителях умершего ребенка, которая заполняется в процессе экспертной оценки следующей медицинской документации: истории родов, истории развития новорожденных, истории болезни детей, амбулаторных карт. Для проведения оперативного анализа данных, было предусмотрено кодировка каждого признака, это позволяет осуществлять их обработку в любой вариации в компьютере. Характеристику загрязнения атмосферного воздуха г. Алматы мы проводили на основании данных контрольных постов Гидрометцентраи городского СЭС. За основу были взяты концентрации загрязнителей воздушного бассейна промышленного города: пыль, оксид углерода, диоксид азота. Кроме того, по содержанию основных ксенобиотиков учитывались наличие других веществ. Так, наличию оксида углерода, диоксида азота и пыли, как правило, сопутствуют – аэрозоли металлов и определенные концентрации выхлопных газов.

Результаты и их обсужденияИсследования проводились в разных по степени загрязненности районах г. Алматы. Для этого, с учетом среднесуточных значений коэффициента суммарного (Ксум.ср.сут) загрязнения атмосферного воздуха, пылью, оксидом углерода, оксида азота за период с 1996 по 2006 гг. были выбраны районы (таблица 1): относительно благополучный районы (Медеуский, Бостандыкский, Жетысуский) - зона №1 («чистая зона»), где практически нет промышленных предприятий или действует не на полную мощь (Ксум.ср.сут – 1,91); вторая – зона №2 («грязная зона»), это Турксибские, Ауэзовские, Алмалинские районы города, где проходит основные автомагистрали, с интенсивным движением автотранспорта, крупные предприятия загрязнители: ТЭЦ –1, завод теплоэнергооборудование, завод «Поршень», АО «АЗТМ», автомагистраль Розыбакиева-Раимбека и др (Ксум.ср.сут. - 4,14). Показатели Ксум.ср.сут загрязненной зоны №2 была выше в 2,17 раза, чем в «чистой» зоне №1.

Проведенный нами, анализ летальных исходов детей в возрасте от 0 до 5 лет от инфекционной патологии в различных зонах загрязненности за период 1996-2006 гг. выявил, что из 216 умерших детей 62,96% независимо от возраста родились и проживали в «грязной» зоне №2 (P<0,005). В наиболее загрязненной зоне №2 количество умерших детей от инфекционной патологии превышало показатели «чистой» зоны №1 в 1,70 раз (P<0,005). Углубленный анализ показал, что у умерших детей из «грязной» зоны преморбидное состояние было более отягощенное, чем в «чистой» зоне. По нашим данным, у детей с летальным исходом, проживающих в зоне №2 чаще встречались анемия (67,59%), недоношенность (56,02%), врожденные пороки развития (59,72%), аллергические реакции (61,11%), чем в «чистой» зоне №1 (соответственно 32,41%, 43,98%, 40,28% и 38,89%) (P<0,005). Кроме того, дети, проживавшие в «грязной» зоне №2 в 2,7 раз чаще болели острой респираторной инфекцией, 1,4 раза – пневмонией, чем дети из «чистой» зоны №1.

Зона №2 (условно «грязная») – Турксибские, Ауэзовские, Алмалинские районы	4,14	108,95	2,48
---	------	--------	------

Структура основных причин летальности детей в возрасте от 0 до 5 лет от инфекционных заболеваний в зависимости от зоны загрязненности атмосферного бассейна показал, что среди детей проживавших в «грязной» зоне причиной смертности чаще были болезни органов дыхания (72,15%), микст-инфекция (64,71%), внутриутробные инфекции (62,50%), сепсис (60,61%) ($P < 0,005$), по сравнению «чистой» зоной (соответственно 27,85%, 35,29%, 37,50% и 39,39%). Наиболее тесная зависимость существует между болезнями органов дыхания и пылью ($r = 0,89$), а также между микст-инфекцией, внутриутробной инфекцией и оксид углеродом ($r = 0,78$). Таким образом, выявлено корреляционной зависимости между болезнями органов дыхания, микст-инфекцией, внутриутробной инфекцией и загрязнителями воздуха, а также достоверная связь отягощенного преморбидного фона у детей, проживавших в «грязной» зоне (анемия, недоношенность, врожденные пороки развития, аллергические реакции, острая респираторная инфекция, пневмония) подтверждают экологическое влияние на исходные состояния здоровья детей и на течение и исходы инфекционных болезни у детей в возрасте до 5 лет.

Смертность детей от нейроинфекции, острых кишечных инфекций, и врожденного сифилиса наблюдались почти с одинаковой частотой как в «чистой» зоне (55,56%, 45,45%, 55,00%) ($P < 0,005$), так и «грязной» зоне (44,44%, 45,00%, 54,55%) ($P < 0,005$). В наиболее загрязненной зоне №2 количество умерших детей от болезни органов дыхания (ОРВИ, грипп, пневмония) превышало показатели «чистой» зоны в 2,6 раза, микст-инфекция – в 1,83, ВУИ – в 1,67, сепсис – в 1,54.

Выводы и рекомендации Таким образом, у детей с «грязной» зоны преморбидное состояние было более отягощенное, чем в «чистой» зоне. Кроме того, дети, проживавшие в «грязной» зоне в 2,7 раз чаще болели острой респираторной инфекцией, 1,4 раза – пневмонией, чем дети из «чистой» зоны. А также, кратность летальных исходов детей проживающих в «грязной»

зоне увеличивается на 2,2, по сравнению с «чистой» зоной. Нами установлена корреляционной зависимости между уровнем загрязненности атмосферного воздуха в г. Алматы и основными причинами смерти детей (болезни органов дыхания, микст-инфекция, внутриутробная инфекция, сепсис) в возрасте от 0 до 5 лет от инфекционных заболеваний. В реальной практике необходимо разработать национальный план действия для борьбы с инфекционными заболеваниями. Поэтому прежде всего в республике необходимо создать условия для: осуществления контроля факторов риска, влияющих на распространение инфекционных заболеваний, включая в себя как экологические, так и демографические; информирования общественности и санитарного просвещения населения о рисках, связанных с инфекционными заболеваниями, и экологических методах борьбы с ними.

Список литературы

1. Аканов А.А. Концептуальные подходы к актуальным проблемам профилактики инфекционных заболеваний в Казахстане. //Материалы Международной научно-практической конференции. «Проблемы профилактики инфекционных заболеваний в популяции Казахстана». – Алматы. – 2002. – С.4-8.
2. Германюк Т.А. Методологические подходы к первичной профилактике инфекционных заболеваний. // Материалы Международной научно-практической конференции. «Проблемы профилактики инфекционных заболеваний в популяции Казахстана». – Алматы. – 2002. – С.8-15.
3. Sullivan J.M., Rutstein S.O., Bicego G. T. Infant and Child Mortality. Demographic and Health Surveys Comparative Studies No. 15. Calverton, Md, USA. 1994.

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В ПЕДИАТРИИ

*Божбанбаева Н.С., Байгазиева Г.Ж., Абдуллаева Г.М., Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А., Бейсекова А.А.
Кафедра неонатологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

Резюме В данной статье представлены особенности коммуникативной культуры будущего врача-педиатра, его взаимоотношения с ребенком. Установлено, что наличие коммуникативной компетентности врача-педиатра предотвращает эмоциональное выгорание и является залогом успешной профессиональной деятельности. Поэтому педагоги медицинских вузов, особенно педиатрических кафедр должны использовать на практических занятиях инновационные методы обучения, способствующие развитию всех компетенций студента, в том числе и коммуникативных навыков.

Ключевые слова коммуникативная культура, коммуникативная компетентность, активные формы обучения

Communicative skills in pediatrics

Bozhbanbayeva N.S.d.m.c., docent, Baygasieva G.Z.c.m.c., docent, Abdullaeva G.M. c.m.c., assistant, Mustafazade T.S. assistant, Esenova S.A. assistant, Beisekova A.A. assistant.

The neonatology department of KazNMY

Abstract This paper presents the features of the communicative skills of the future pediatrician, and his relationship with the child. It is established that the presence of communicative competence pediatrician prevents emotional burnout and is the key to a successful career. Therefore, teachers of medical schools, especially the pediatric departments should use in practical classes innovative teaching methods that promote the development of student skills, including communication skills.

Keywords communicative skills, communicative competence, active forms of learning

Педиатриядағы коммуникативті машықтар

Божбанбаева Н.С. м.ғ.д., доцент, Байгазиева Г.Ж. м.ғ.к., доцент, Абдуллаева Г.М. м.ғ.к., ассистент, Мустафазаде Т.Ш. ассистент, Есенова С.А. ассистент, Бейсекова А.А. ассистент С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің неонатология кафедрасы

Түйін Бұл мақалада болашақ бала дәрігерінің коммуникативті мәдениеті мен оның баламен қарым-қатынасының ерекшеліктері атап өтілген. Бала дәрігерінің коммуникативті компетентті болуы, оның эмоционалды шаршауын алдын-алып, кәсіби тұрғыда сәттіліктің кепілдемесі болатыны анықталған. Осыған орай медициналық жоғары оқу орындарының, әсіресе педиатриялық факультеттерінің мұғалімдері тәжірибиелік сабақтарда студенттердің барлық компетенцияларын, оның ішінде коммуникативті машықтарын дамытатын оқытудың инновациялық әдістерін қолдану керек.

Кілтті сөздер коммуникативті мәдениет, коммуникативті компетенттілік, оқытудың белсенді түрлері

На сегодняшний день, очевидно, что каждый врач, кроме знаний, должен обладать коммуникативной культурой. Коммуникативная культура - совокупность тех специальных коммуникативных знаний, навыков и умений, с помощью которых человек предотвращает возникновение психологических трудностей. Формирование коммуникативной культуры включает не только знания и умения владения речью, но и соблюдение социальных норм речевого общения, правил речевого поведения [1,2]. Следовательно, врач владеет коммуникативной культурой, если владеет профессиональными коммуникативными умениями, то есть практические и коммуникативные навыки врача тесно переплетаются.

Коммуникативная культура имеет особое значение для специалистов лингвоинтенсивных сфер деятельности, к числу которых относится и педиатрия, поскольку во

взаимоотношениях между врачом и родителями ребенка возникает коммуникативное пространство. Если отношения в этом пространстве выстроены в положительном ключе, то имеет место выраженный терапевтический эффект.

В педиатрии взаимоотношения врача и пациента имеют особое значение, связанного с психическим развитием ребенка [2, 3]. Ребенок - это, прежде всего развивающийся человек, к которому взрослые должны обеспечить условия для нормального развития психики. Первую безопасную среду для малыша создают родители и медицинские работники. Если у родителей и медицинских работников имеются психологические проблемы, то они могут препятствовать формированию такой безопасной среды для развивающегося человека. Иногда дети боятся врачей в «белых халатах», последние ассоциируются с болью, страхом и другими негативными чувствами, что может неблагоприятно влиять на психику развивающегося ребенка. Поэтому от умения врача-педиатра, от его коммуникативных навыков зависит эффективность лечения.

Возможно, что психологические проблемы врача-педиатра возникают вследствие дефицита разнообразных возможностей профессионального общения с коллегами в зависимости от специфики работы. Особенно это касается участковых педиатров. Участковый врач вследствие дефицита времени как бы «варится в собственном» соку, поэтому у него могут возникнуть разнообразные психологические проблемы: разочарование, неуверенность, социальная апатия, либо, наоборот, самоуверенность, снижение самооценки и др. Такие проблемы, безусловно, могут привести к эмоциональному выгоранию. В связи с этим внесение новой информации о совершенствовании коммуникативной культуры является способом упорядочить, повысить организованность врачебной деятельности.

В исследованиях Чусовляновой С.В. (2009) установлено, что наибольшее влияние на формирование коммуникативной культуры по собственной оценке студентов оказывают следующие факторы: семья (80,3 %), книги (65,3 %), а также преподаватели вуза (63,4 %) [4]. Таким образом, формирование положительных качеств коммуникации у студентов, будущих врачей, есть кропотливый труд педагогов высшей медицинской школы, целенаправленный труд самого студента на всех этапах его обучения в вузе. Понять себя должен и преподаватель медицинского университета. Прежде всего, он сам должен владеть коммуникативными навыками, от его коммуникабельности, уровня коммуникативной культуры может зависеть становление как профессиональных, так и коммуникативных навыков студента, становление личности специалиста. В этой связи следует говорить об *интегрированной системе формирования и развития коммуникативных навыков студента* [2]. В частности, студент, будущий врач-педиатр должен обладать навыками эмоционального коррективного опыта, а также навыками общения с родителями ребенка, с детьми, а в неонатологии «крохотным» новорожденным ребенком.

В выборе форм и методов обучения коммуникативным навыкам предпочтение отдается активным формам (составление сценариев). На старших курсах примерное название элективов «Перинатальная психология», «Исследование личности и интеллекта ребенка в клинике», «Игровые приемы в работе врача-педиатра», «Психологические основы помощи в кризисных состояниях» и др.

При подготовке практических занятий на старших курсах можно использовать ролевые и деловые игры, метод мозгового штурма, научно-практические конференции, симпозиумы,

творческие проекты, диспуты. Отрадно то, что эти методы обучения развивают студента как в профессиональном, так и в коммуникативном отношении. Обязательным компонентом должна стать обратная связь со студентами. Эффективная обратная связь - один из краеугольных камней в основе эффективного обучения коммуникативным навыкам [3,5]. Основные требования к обратной связи: ясное изложение, регулярность, сбалансированность и конструктивность, индивидуальная направленность, объективность.

Таким образом, владение коммуникативными навыками в совершенстве, то есть, фактически наличие коммуникативной компетентности – одно из условий успешной профессиональной деятельности, устойчивости к эмоциональному выгоранию.

Литература

1. Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А., Игнатъев Ю.В. Коммуникативные навыки: Учебник.-Алматы.-2008.- 212 с.
2. Телеуов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мацеевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки: - Методические рекомендации. - Караганда. - 2010 г. - 46 с.
3. Дернер К. Хороший врач. Учебник основной позиции врача. // Пер. с нем. И.Я.Сапожниковой, Э.Л.Гушанского. - М.:Алтейя, 2006.- 544с.
4. Чусовлянова С.В. Автореф. дис.к.п.н. Коммуникативная культура студентов медицинского вуза в контексте их жизненных и профессиональных ценностей в Российском обществе начала 21 века. М., 2009.- 38с.
5. Герасименко С.Л. Совершенствование коммуникативной культуры студентов в условиях медицинского вуза. // Электронный педагогический журнал. - 2007. - №1

ANALYSIS OF PERINATAL AND NEONATAL MORTALITY CAUSES IN ALMATY IN 2008-2010

N.S. Bozhbanbayeva, A.A. Berikbayeva, A.I. Amanbekova, A.S. Kurbanova

Neonatology Department

Kazakhstan National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

Abstract Analysis of mortality and juvenile neonatal mortality in Almaty for the period 2008-2010 was carried out. Among the causes of juvenile neomortality the leading position belongs to infections. 82.6% of neomortality cases fall within premature infants.

Keywords perinatal period, infant, prematurity.

2008-2010 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДА АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ БОЙЫНША ПЕРИНАТАЛЬДЫ ЖӘНЕ НЕОНАТАЛЬДЫ ӨЛІМШІЛДІК СЕБЕПТЕРІНІҢ САРАПТАМАСЫ

2008-2010 жылдар аралығында Алматы қаласы бойынша перинатальды және неонатальды өлімшілдік сараптамасы жүргізілді. Ерте неонатальды өлімшілдік себептерінің ішінде жетекші орынды инфекциянды фактор алатыны анықталды. Неонатальды өлімшілдік құрылымында шала туылғандар 82,6% құрайды.

Анализ перинатальной и неонатальной смертности по городу Алматы за период 2008-2010 гг

Проведен анализ перинатальной и неонатальной смертности по городу Алматы за период 2008-2010 гг. Выявлено (определено?) что среди причин ранней неонатальной смертности ведущее место занимает инфекционный фактор. В структуре неонатальной смертности недоношенные составляют 82,6%.

Immediate problem of modern pediatry is still the prevention of exigent conditions and reduction of infant mortality, including neomortality (juvenile and late). Neomortality rate is one of the key indicators of healthcare system and it is used for political, administrative and managerial decisions. Proper and on-time analysis of infant mortality enables to develop a series of specific measures focused on improvement of pregnant women and children's health, to evaluate effectiveness of preventive measures,

work of local healthcare authorities related to protection of motherhood and childhood.

The aim of the study was to conduct a perinatal audit with regards to the rate level and causes as a basis for the development of measures focused on reduction of perinatal and neonatal mortality.

Material and methods of study

We conducted a retrospective analysis of 2760 mortality cases in Almaty during the period of 2008-2010.

Study results and discussion

During the study of direct neonatal mortality cases (anatomopathological diagnosis) it was found that the leading position belongs to asphyxia (31.1%), second position to intrauterine pneumonia (27.5%), respiratory distress syndrome, (20.5%), congenital malformations (14.9%), other (6.1%).

The studies revealed that 1139 newborns died in the juvenile neonatal period and it amounted to 41.3% out of the whole number of mortality cases of 0-27 days old infants and stillborns. Out of the total number of stillborns and infants who died within the first 27 days, 605 newborns died within the late neonatal period which amounts to 21.9%. 1016 cases (36.8%) of stillbirths were registered. As for the place of death, most mortality cases occurred in maternity hospitals (32.7%), perinatal center (54.7%), infectious hospitals (3.5%) and children's hospitals (9.1%).

Of all cases of mortality in neonatal period there were 82.6% of preterm infants, 15.5% of full-term infants and 1.9% of post-term infants.

Only 32.1% of infants with birth weight between 500 and 999 and 24.4% of infants with birth weight between 1000 and 1499 grams died. Consequently there were 56.5% of small premature infants.

There were 26.1% of newborns with birth weight between 1500 and 2499 grams and 17.4% of newborns who weighted more than 2500 grams (see Table 1 below).

Table 1. Information on stillbirths and infants who died within first 27 days of their life (including those born at 22 weeks of pregnancy and more) 2008-2010 in Almaty

Birth weight (in grams)	Stillbirths	of which		Died in juvenile neonatal period (0-6 days)	Died in late neonatal period (7-27 days)
		death occurred in antenatal period	death occurred in intrapartum period		
500-999	332	189	143	446	108
1000-1499	210	171	39	297	168
1500-2499	278	256	22	252	189
2500 and more	196	143	53	144	140
Total	1016	759	257	1139	605
	2760				

Among all stillbirths the majority of infants (74.4%) died in antenatal period, and 25.3 died in intranatal period.

In the structure of mothers' illnesses infections are leading: cold-related diseases (72.1%), chronic tonsillitis (46.3%), chronic pyelonephritis - (74.5%), chronic adnexitis - (31.8%), sexually transmitted infections (53.2%). The high frequency of anemia (92.6%) indicates to abnormal conditions, nutrition, lifestyle and is an unfavorable factor for gestational process. Among social and domestic factors it should be noted that 38% of women were not in a registered marriage, so most pregnancies were not planned and wanted, 17.8% live in inadequate housing conditions.

If distributed by Almaty districts, the highest percentage of cases was noted in Turksib, Auezov and Zhetysu districts.

According to data received, an important risk factor of perinatal and neonatal mortality is gestational toxicosis of pregnant women (88.3%), severe preeclampsia (17.8%). A threat of pregnancy termination was observed in 44% of women. Young mothers amounted to 2.6%, primiparas of older age - 22.9%.

It was found out that 85.7% of children were born prematurely and among them 52.5% had severe conditions at birth with Apgar score of 1-5 points. Most (45.5%) children died within the first two days, 17.1% - on 3-4 day, 23.4% on 5-6 day, 8.1% on the 7th day. We noted that among the causes of juvenile neonatal mortality the frequency of asphyxia and birth trauma decreases from the 1st day of newborn's life and the frequency of fetal infection increases to the 3rd-4th day of life.

Fast and rapid labors resulted in the death of 37.5% of newborn children, prolonged labor of 21.3% of women resulted adversely.

Thus, the analysis of postnatal deaths causes and risk factors (social and domestic conditions, woman's health, peculiarities of pregnancy and labors) has shown that all these factors in varying degree influence the state of a newborn child, however the major importance among the reasons of juvenile neonatal mortality has infectious factor. In this regard, prevention of juvenile neonatal mortality for mothers should include sanitation of infection focal points and pregnancy planning.

Conclusions

1. Among the causes of newborn children morbidity and mortality the "leading" factors occurring in perinatal period are the following: growth retardation and malnutrition, neonatal icterus, fetal hypoxia, birth asphyxia, birth trauma.
2. Within the years analyzed the frequency of "fetal hypoxia, asphyxia at birth" significantly decreased, and the frequency of "birth trauma" decreased too but to a lesser extent.
3. In the dynamics of most indicators shown by the official statistics that characterize basic obstetric practice there are distinct positive trends that prove the effectiveness of events carried out in accordance with clinical guidelines being introduced.

Литература

1. Котова Е.Г. Роль акушерского консультативного центра в снижении перинатальной смертности / Котова Е.Г., Мурашко М.А. //Материалы симпозиума «Здоровье человека на Севере» в рамках Третьего Северного социально-экологического конгресса «Социальные перспективы и экологическая безопасность». Сыктывкар, 2006. – С. 34.
2. Вартапетова Н.В. Показатели смертности доношенных детей и мертворождаемость - как факторы качества организации работы учреждений родовспоможения // Социальные аспекты здоровья населения – электронный научный журнал. – [ИНСТИТУТ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ](#), Москва, 2010.
3. Кудайбергенов Т. Пути снижения материнской и младенческой смертности. Казахстанский опыт. // Москва, октябрь, 2011.
4. РК АГИУВ ЗАО «Казахская академия питания». Причины младенческой и детской смертности в Казахстане // Министерство здравоохранения Алматы, 2002
5. Байрашева В.К., Дудниченко Т.А. Анализ ранней неонатальной смертности у юных матерей // Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И. Мечникова Санкт-Петербург, Россия. 459 с.

ИНДЕКС АВИДНОСТИ АНТИТЕЛ КАК ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ*Байгазиева Г.Ж., Божбанбаева Н.С., Ксетаева Г.К., Турланова А.К., Султанбаева С.Н.**Казахский национальный медицинский университет,
кафедра неонатологии*

Представлены результаты исследования по ранней диагностике герпесвирусных инфекций у детей с применением индекса avidности антител. Установлено, что определение avidности антител является вспомогательным методом диагностики перинатальных герпесвирусных инфекций.

Ключевые слова: герпесвирусная инфекция, индекс avidности, иммуноглобулины

Герпесвирусті инфекцияларының диагностикасын қосалқы әдіс сияқты қарсы денелердің avidность индексі*Б.Д.Тастанбеков, Г.Ж.Байгазиева, Н.С.Божбанбаева,**Г.А.Жетпісбаев, Г.К.Ксетаева, А.К.Турланова**Қазақ ұлттық дәрігерлік университеті,**неонатология кафедрасы*

Түйін Герпесвирусті инфекциялардың ерте диагностика бойынша зерттеу нәтижелер қарсы денелердің avidтілігін индексің қолдануы бар балаларында елестеткен. Қарсы денелердің avidностьін анықтау перинатальді герпесвирус инфекцияларының диагностикасын қосалқы әдіс болып табылғанын анықталған.

Сөздің негізгілері: герпесвирус инфекциясы, иммуноглобулин, avidность индексі

Avidity index of antibodies as an auxiliary method for diagnosis of herpesvirus infections*Tastanbekov B.D., Bajgazyeva G.Zh., Bozhbanbaeva N.S.,**Zhetpisbayev G.A., Ksetaeva G.K., Turlanova A.K.**Department of neonatology**Kazakh national medical university*

Research results are presented on early diagnostics of herpesviridae infections for children with the use of index of avidity antibodies. It is set that determination of avidity antibodies is the auxiliary method of diagnostics perinatal herpesviridae infections.

Keywords: herpesviridae infection, index of avidity immunoproteins.

В последние годы наблюдается тенденция к росту герпесвирусных инфекций, которая обусловлена и истинным ростом частоты этих инфекций, а также улучшением их диагностики.

Возросшая роль в перинатальной патологии матери и ребенка (самопроизвольное прерывание беременности, врожденные пороки развития, фетопатии, преждевременные роды, заболевания новорожденных и детей раннего возраста, перинатальная заболеваемость и смертность) возбудителей герпесвирусных инфекций объясняется высокой частотой их реактивации во время беременности /2,3,4/.

Проблема современной диагностики оппортунистических инфекций, особенно у новорожденных и детей раннего возраста, содержит много нерешенных вопросов. В существующих программах большое значение придается серологической диагностике. Перечень методов серологической диагностики широк и включает реакцию связывания комплимента, реакцию нейтрализации, реакцию торможения геммагглютинации, иммунофлюоресценции, латекс-агглютинацию и др.

Однако традиционные методы, используемые для серологической диагностики острой фазы вирусных и паразитарных инфекций, имеет ряд ограничений. Причиной этого является атипичная динамика антителообразования, когда наличие иммуноглобулинов класса М (IgM) не является достоверным признаком для определения стадии заболевания. Было доказано, что их можно выявить в сыворотке периферической крови спустя месяцы или даже годы (так называемые хронические IgM). Кроме того, выявление IgM

может дать ложноположительные результаты, например, вследствие вторичной инфекции (экзогенная реинфекция или эндогенная реактивация инфекции) /5/. У новорожденных и детей раннего возраста замедлена выработка IgM, в связи с чем их проявления в сыворотке крови новорожденного отстает от клинических проявлений.

Раннее выявление специфических IgM характерно не для всех новорожденных /4,6/, а повышение титра IgG может быть следствием как гуморального ответа плода, так и трансплацентарного перехода антител из крови матери в кровотоки плода.

Для установления точного времени инфицирования и разграничения первичной инфекции, реинфекции и реактивации инфекционного процесса в 1988 г. был предложен тест на определение avidности IgG антител. Avidность отражает силу связывания между антителом и поливалентным антигеном. Величина avidности зависит от аффинности (снижение специфического сродства активного центра к антигенной детерминанте) специфических антител и количества связывающих центров. Тест на определение avidности является простым методом, позволяющим отличить антитела с низкой avidностью, продуцируемые в начальной фазе первичной инфекции от антител с высокой avidностью, характерных для длительно текущей инфекции. Тест позволяет исключить свежие первичные инфекции с длительностью менее 3 месяцев.

С целью оптимизации диагностики герпесвирусных инфекций изучена целесообразность применения данного метода у новорожденных и детей раннего возраста.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 49 детей в возрасте от 2 дня жизни до 7 месяцев с клиническими проявлениями ЦМВИ и герпетической инфекции и 40 детей без клинических проявлений, родившихся в родильном доме №1 и находившихся на стационарном лечении в отделениях неврологии и патологии новорожденных ДИГКБ г. Алматы.

Основанием для обследования детей служили подозрение на наличие внутриутробной инфекции (отягощенный акушерский анамнез у матери, патологическое течение беременности и родов, недоношенность, пролонгированная желтуха, гнойно-септические заболевания, полиорганная патология). Исследования проведены методом ИФА, материал исследования – сыворотка крови. Так же нами проведено определение иммунного статуса пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований, специфические IgG антитела были выявлены у всех детей (100%) в титре от 0,374 до 2,873, что, очевидно связано с наличием в сыворотке крови трансплацентарных материнских антител. Достоверных различий специфических IgG антител между детьми с клиническими проявлениями и здоровыми детьми не установлено. Факт детекции антиЦМВИ и антиВПГ IgG антител имел низкое диагностическое значение. Угроза быстрого нарастания симптоматики и возможность летального исхода у новорожденных, выраженная неврологическая симптоматика, полиорганная патология у детей раннего возраста диктовали необходимость оперативной диагностики заболеваний и назначения специфического лечения. В связи с этим повторное исследование сыворотки крови через 2-3 недели с целью выявления нарастания титра IgG антител вряд ли было бы оправдано, и это явилось основанием для комплексного обследования ИФА методом с определением низкоавидных антител.

При обследовании контрольной группы методом ИФА с определением индекса avidности специфических IgG антител не зарегистрировано ни одного случая низкоавидных антител.

Дети основной группы имели следующие клинические симптомы: гепатоспленомегалия (58%), затаяная желтуха (65%), гипертензионно-гидроцефальный синдром (89%), задержку психомоторного развития (58%), грубая пирамидная недостаточность (92%), синдром двигательных расстройств (98%), синдром гипервозбудимости (98%), грубое органическое поражение головного мозга (54%), судорожный синдром (35%), постгеморрагическая энцефалопатия (44%), а также изменения в гемограмме и биохимическом анализе крови в виде анемии (60%), тромбоцитопении (28%), билирубинемии (68%). В данной группе регистрировались низкоавидные антитела к ЦМВ и ВПГ у 55% детей, из них в 30% выявлена пограничная avidность, что указывает на позднюю стадию первичной инфекции, так называемая «серая» зона и подтверждалось верификацией ДНК возбудителя в ПЦР в 100% случаях.

В случае выявления низкоавидных антител к ЦМВИ и ВПГ исследовался иммунный статус больных. При острой форме инфекции у детей раннего возраста выявлен дисбаланс иммунокомпетентных клеток, снижение субпопуляций Т-хелперов (индукторов CD4-Т лимфоцитов) и увеличение числа супрессоров киллеров (CD8-Т лимфоцитов), одновременно отмечалось снижение соотношения CD4/CD8 (<1,0 при норме > 1,0). Полученные данные о нарушениях Т-клеточного иммунитета являются основанием для применения иммуномодуляторов, то есть для проведения патогенетически обоснованной терапии.

Таким образом, при наличии клиники ЦМВИ и ВПГ инфекции и факта клеточного иммунодефицита, определение avidности антител является дополнительным диагностическим методом, а следовательно, обоснованием для назначения специфической терапии.

Выводы

1. Определение avidности антител является вспомогательным методом диагностики перинатальных инфекций
2. Комплексное обследование (ИФА, ПЦР) позволяет диагностировать наличие инфекции у ребенка
3. Нарушения Т-клеточного иммунитета у инфицированных герпесвирусными инфекциями детей требуют проведения иммуномодулирующей терапии.

Литература

1. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. – М.: Медицина, 2003. – 424 с.
2. Асканкулова Д. Б. Эпидемиологические особенности цитомегаловирусной инфекции среди различных контингентов населения Узбекистана // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2003. -№ 3. - с. 19-21.
3. Боровкова Е. И., Сидорова И. С. Факторы и условия, влияющие на процесс инфицирования плода на разных сроках беременности // Вестник Российской Академии Медицинских Наук. – 2004. - №1. – С. 48-50.
4. Reliability of four methods for diagnosis of acute infection by Epstein-Barr virus / Gutierrez T., Rodriguer M., Maroto M.C. and oth. // G. Clin. Lab. Anal. in press. – 1996. – Vol. 55. - № 1. – P. 67-76.
5. Lozzarotto T., Guerra B., Spezza-catena P. et al. Prenatal diagnosis of congenital cytomegalovirus infection. G. Clin. Microbiol. – 1998. – 36. -3540-3544.
6. Changes in antibody avidity after virus infections, detection by an immunosorbent assay in which a mild protein-denaturing assent is employed / Ynonves., Heseгава A. and oth. // G. Clin. Microbiol. – 1984. – Vol. 10. – P. 525-529.

ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ МЕДЕУСКОГО РАЙОНА Г. АЛМАТЫ

З.С.Жапарханова, А.А.Нурбекова, И.А.Аскарова, Ю.Л.Стрелецкая

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

Городская детская поликлиника № 7 г. Алматы

Резюме С целью выявления эндокринной патологии среди здоровых школьников 10 лет, проживающих в Медеуском районе г. Алматы, осмотрено 1697 детей. Проанализировано количество детей, состоящих на диспансерном учете с эндокринной патологией (ожирение, эндемический зоб) в городской детской поликлинике № 7. Методы исследования: пальпация щитовидной железы, антропометрия, подсчет избытка массы тела. Количество детей, состоящих на диспансерном учете с эндемическим зобом и ожирением за последние три года, снизилось. Однако профилактический осмотр среди здоровых школьников показал высокую распространенность как эндемического зоба, так и ожирения. Таким образом, тенденция роста эндемического зоба и ожирения среди детей сохраняется. Сохраняющийся йододефицит обосновывает необходимость бесплатного обеспечения школьников препаратами йода. Высокая частота ожирения требует соблюдения диетических рекомендаций в школьных столовых для детей с избытком веса.

Ключевые слова школьники, профилактический осмотр, эндемический зоб, гипоталамический синдром, ожирение

Алматы қаласының Медеу ауданының оқушыларының арасындағы эндокринді патология

З.С.Жапарханова, А.А.Нурбекова, И.А.Аскарова,

Ю.Л.Стрелецкая

С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Алматы қ, № 7 қалалық балалар емханасы

Түйін Алматы қаласының Медеу ауданының 10 жастағы дені сау оқушылар арасында эндокринді патологияны анықтау мақсатында 1697 бала қарап тексерілді. Алматы қ, № 7 қалалық балалар емханасында эндокринді патология (семіздік, эндемиялық жемсау) бойынша диспансерлік бақылауда тұратын балаларға анализ жасалды. Зерттеу әдістері: қалқанша безінің пальпациясы, антропометрия, артық дене салмағын есептеу. Соңғы 3 жыл көлемінде семіздікпен, эндемиялық жемсаумен диспансерлік бақылауда тұратын балалар саны азайды. Дегенмен, сау балалар арасында жүргізілген алдын –ала жүргізілген тексеріс семіздік пен эндемиялық жемсаудың кең таралғандығын көрсетті. Осылайша семіздік пен эндемиялық жемсаудың балалар арасында өсуі сақталғандығын көреміз. Йод жетіспеушілік күйдің сақталуы оқушыларды тегін йод

препараттарымен қамтамасыз етуді негіздейді. Семіздіктің жиі кездесуі артық салмағы бар балаларға арналған емдәм ұсыныстарын мектеп асханасында сақталуын талап етуді қажет етеді.

Түйінді сөздер мектеп оқушылары, алдын –ала жүргізілген тексеріс, эндемиялық жемсау, гипоталамикалық синдром, семіздік.

Endocrine pathology among school children of Medeu district of Almaty

Z.S.Zhaparkhanova, A.A.Nurbekova, I.A.Askarova, J.L.Streleckaya

Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov

District children’s polyclinic 7, Almaty

Abstract To identify endocrine pathology among healthy school children 10 years old examined in 1697 children. Analyzed the number of children enrolled at the dispensary with endocrine disorders in an urban pediatric clinic 7 (obesity, endemic goiter). Methods: palpation of the thyroid gland, anthropometry, calculation of excess body weight. Number of children, consisting in the dispensary with endemic goiter and obesity over the past three years, decreased. Routine inspection of healthy school children showed a high prevalence of endemic goiter and obesity. Thus, the trend growth of endemic goiter and obesity among children remains. The continuing iodine deficiency justifies the need to provide school children free iodine preparations. The high frequency of obesity requires compliance with dietary recommendations in the school canteens for children with obesity.

Keywords school children, prophylactic examination, endemic goiter, hypothalamic syndrome, obesity

Введение. В соответствии с Законом РК «Об образовании» от 27.07.2007 года (ст.48) здоровье школьников относится к приоритетным направлениям государственной политики в сфере образования. В последние годы отмечается стойкая тенденция к ухудшению показателей здоровья детей школьного возраста. Такая ситуация, возможно, является следствием сохраняющегося йодного дефицита, экологически неблагоприятного состояния окружающей среды, наличия сопутствующей патологии, что снижает компенсаторно-приспособительные возможности детского организма. Большое количество работ, посвященных оценке здоровья школьников,

обращает внимание на то, школьная нагрузка нередко предъявляет высокие требования к учебе, что не всегда соответствует физиологическим возможностям школьников. Одновременно с этим наблюдается снижение физической активности школьников, нарушение режима труда и отдыха. Проблема эндокринной патологии у детей в настоящее время продолжает оставаться актуальной, поскольку чаще всего речь идет о хронических заболеваниях, которые могут приводить к инвалидизации ребенка. Кроме того, эндокринные расстройства в детском возрасте являются фактором, который влияет на физическое, половое, психическое развитие ребенка. На фоне гормональных расстройств часто формируется соматическая патология.

Цель работы. Выявить частоту наиболее распространенных эндокринных заболеваний (эндемический зоб, ожирение) среди здоровых школьников 10 лет, проживающих в Медеуском районе г. Алматы.

Материал и методы. Для оценки состояния здоровых школьников были выбраны десятилетние школьники из 17 школ Медеуского района г. Алматы. За два года осмотрено 1697 детей. Кроме того, проанализированы данные по количеству состоящих на диспансерном учете детей с эндокринной патологией в городской детской поликлинике № 7 Медеуского района г. Алматы.

Проведение медицинского осмотра учеников включало антропометрию, пальпацию щитовидной железы, подсчет индекса массы тела, исследование пульса. Результаты измерений заносили в индивидуальные карты.

Уровень физического развития школьников определяли путем сопоставления основных антропометрических показателей с возрастнo-половыми стандартами. В 2010 году осмотрено 784 (86,2 %) школьника, отсутствовало – 125 (13,8 %). Всего подлежало осмотру 909 детей.

Профилактическому осмотру в 2011 году подлежало 1062 ребенка, из которых осмотрено 913 (86,0 %), отсутствовало 149 (14,0 %).

Результаты. В таблице 1 представлены данные о количестве больных с эндокринной патологией, проживающих в Медеуском районе г. Алматы.

Таблица 1

Количество диспансерных детей с эндокринной патологией, проживающих в Медеуском районе г. Алматы

Период наблюдения	Всего больных, состоящих на диспансерном учете у эндокринолога	Из состоящих на учете с диагнозом	
		гипоталамический синдром (ожирение)	эндемический зоб
2007 год	2866	803 – 28,0 %	428 – 14,9 %
2008 год	2776	754 – 27,2 %	328 – 11,8 %
2009 год	3093	631 – 20,4 %	267 - 8,6 %

При анализе количества диспансерных больных с эндокринной патологией за 2007-2009 год отмечается рост больных с 2866 до 3093. Однако, частота диспансерных детей как с гипоталамическим синдромом, так и эндемическим зобом снизилась. Вероятно, это связано с осуществлением активной профилактики эндемического зоба и активизацией здорового образа жизни. В частности, были приняты закон «О

профилактике йоддефицитных заболеваний» от 14.10.2003 с внесением дополнений от 5.02.07 г. [1], постановление правительства РК № 1283 «О профилактике йоддефицитных расстройств среди детского населения РК на 2001-2005 годы». Реализация данных документов привела к снижению распространенности эндемического зоба среди детей. Снижение частоты ожирения, вероятно, связано с

формированием здорового образа жизни, активным выявлением и лечением гипоталамических нарушений.

Для уточнения положительных тенденций в распространенности указанных заболеваний в 2010 и 2011 годах нами проведен

профилактический осмотр здоровых школьников, проживающих в Медеуском районе г. Алматы.

В таблице 2 представлены данные профилактического осмотра здоровых школьников в 2010 году.

Таблица 2

Данные профилактического осмотра здоровых школьников Медеуского района г.Алматы в 2010 году

подле жало	отсутствов ало	Всего осмотрено	Из числа осмотренных выявлено				
			здоров	Эндемический зоб 1 степени	Эндемический зоб 2 степени	Гипоталамический синдром (ожирение)	Конституц иональная задержка роста (КЗР)
909	125 – 13,8 %	784 – 86,2 %	587 – 64,6 %	137 – 15,1 %	5 – 0,6 %	53 – 6,8 %	2 – 0,3 %

Таблица 3

Данные профилактического осмотра здоровых школьников Медеуского района г. Алматы в 2011 году

подле жало	отсутствовал о	Всего осмотрено	Из числе осмотренных выявлено				
			здоров	Эндемический зоб 1 степени	Эндемический зоб 2 степени	Гипоталамический синдром (ожирение)	КЗР
1062	149 – 14,0 %	913 – 86,0 %	794 – 74,8 %	50 – 5,5 %	16 – 1,8 %	53 – 5,0 %	2 – 0,2 %

Обсуждение и заключение. Профилактический осмотр в 2010 году показал высокую распространенность эндокринной патологии среди здоровых школьников - 13,0 %. Высокая частота эндокринной патологии связана, прежде всего, с широкой распространенностью эндемического зоба I степени (15,1 %). 2 степень зоба была выявлена только у 5 детей (0,6 %). В следующем году отмечена значительно меньшая частота эндемического зоба 1 степени – 5,5 %. Вероятно, это связано с лечением выявленных больных. Однако при этом отмечен рост эндемического зоба 2 степени с 0,6 до 1,8 %. Невыполнение врачебных рекомендаций, отсутствие контроля за состоянием щитовидной железы, возможно, привели к трехкратному росту данного заболевания. Не исключено, что 2 степень зоба была обусловлена наличием других заболеваний щитовидной железы, в частности, аутоиммунного тиреоидита.

Вторым по частоте выявлен гипоталамический синдром, нейро-обменно- эндокринная форма (ожирение). Распространенность данной формы ожирения несколько снизилась с 6,8 до 5,0 %. Выявленная частота ожирения среди здоровых школьников соответствует мировым тенденциям увеличения детей с избыточной массой тела вследствие гиподинамии, изменения образа жизни, питания и т. д. Как правило, выявлялась 1 или 2 степень ожирения, которая, как правило, не беспокоит ни ребенка, ни родителей, поскольку не сопровождается ограничением трудоспособности. Но даже при такой степени ожирения у детей наблюдаются достаточно выраженные гормональные нарушения, которые без адекватного лечения в дальнейшем могут привести к развитию метаболического синдрома, гипертонической болезни, сахарного диабета 2 типа, желчнокаменной болезни, остеопороза, нарушениям липидного обмена и другой патологии. [2, 3, 4]

Обращает внимание рост числа выявленных здоровых детей с 64,6 в 2010 году до 74,8 % в 2011 году. В то же время вызывает тревогу большое число отсутствующих – 13,8% в 2010 году и 14,0% в 2011 году. Это категория часто и длительно болеющих простудными заболеваниями детей с низким уровнем неспецифической устойчивости организма к действию различных факторов (пониженная или повышенная температура, сквозняки и др.). Кроме того, увеличение школьной нагрузки, препубертатная перестройка приводят к срыву адаптационных механизмов и увеличению уровня

заболеваемости. Усложнение образовательных программ, дефицит свободного времени, предпечение пассивного отдыха приводят к снижению двигательной активности. Все это приводит к снижению уровня здоровья и повышению заболеваемости.

Таким образом, несмотря на положительные тенденции в частоте эндокринной патологии по данным обращаемости активное выявление среди здоровых школьников выявило значительное распространение указанной патологии.

Выводы

1. Несмотря на положительные тенденции, наиболее распространенные формы эндокринной патологии (эндемический зоб и ожирение) продолжают возрастать, что требует дальнейшего совершенствования медицинской помощи школьникам.
2. Учитывая эндемичность местности по йододефициту, одним из направлений совершенствования медицинской помощи могло бы явиться бесплатное обеспечение препаратами йода школьного населения города.
3. Большое число детей с ожирением среди здоровых школьников требует соблюдения диетических рекомендаций в школьных столовых и возможной медикаментозной коррекции.

Список литературы

1. Закон «О профилактике йоддефицитных заболеваний». О внесении дополнений в закон РК. //Ведомости Парламента РК.- 2007 г.- № 4.- С. 25
2. Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение//Москва, М-медпрактика.-2002 г.--128 С.
3. Тыртова Л.В., Паршина Н.В. Липидный обмен у детей и подростков с первичным ожирением//Тезисы докладов «Балтийский форум современной эндокринологии».- 2008 г.- С. 59-60
4. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А., Бельнов А.Ю. Ожирение у подростков// Санкт-Петербург «Элби-СПб».- 2003 г. – 216 С.

УДК: 616.248-053.2

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кайбагорова Н.Н.

ГККП «Рудненская станция скорой медицинской помощи»

В статье представлены сведения о бронхиальной астме у детей школьного возраста на догоспитальном этапе. У родственников больных детей выявлен высокий процент аллергических заболеваний. Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция, физическая нагрузка, отрицательные эмоции, аллергический компонент. Для детей школьного возраста характерны свои клинические особенности приступа бронхиальной астмы: вынужденное положение больных и рецидивы удушья после улучшения состояния.

Ключевые слова: бронхиальная астма, дети, школьный возраст, приступный период

BRONCHIAL ASTHMA AT CHILDREN OF SCHOOL AGE AT THE PRE-HOSPITAL STAGE

Кайбагорова Н.Н.

Abstract In article data on bronchial asthma at children of school age at a pre-hospital stage are presented. At relatives of sick children the high percent of allergic diseases is revealed. The first manifestations of a disease at children fell on early age (1-3 years – 39 %) whereas the diagnosis of bronchial asthma is exposed 1,5-2 later more often. Provoking factors of obstruction were: respiratory and virus infection, physical activity, negative emotions, allergic component. For children of school age the clinical features of an attack of bronchial asthma are characteristic: compelled position of patients and asthma recurrence after condition improvement.

Key words: bronchial asthma, children, school age, attack period

МЕКТЕП ЖАС ШАМАСЫНЫҢ БАЛАЛАРЫНДА ГОСПИТАЛҒА ДЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕГІ ТЫНЫС ДЕМІКПЕСІ

Н.Н.Кайбагорова

Бапта мектеп жас шамасының балаларында госпиталға дейінгі кезеңде тыныс демікпесі туралы хабар-ошар елестеткен. Балалардың ауруларының бауырластарында аллергиялық ауруларды биік пайыз айқындалған. Аурулар алғашқы эсер ету балаларда (1-3 жыл - 39%) ерте жас шамаларына жиірек дәл келді, тыныс демікпесінің диагнозы сонда 1, 5-2 жылдан кейін салынған. Обструкционизмдар арандататын факторлармен болып табылды: респиратор - вирустық инфекциясы, дене күш жүктеме, теріс эмоциялар, аллергиялық компонент. Тыныс демікпесінің баса көктеуін тән өз клиникалық ерекшеліктерінің мектеп жас шамасының балалары үшін: аурулардың мәжбүр жағдайы және тұншықтырудың қайталанатындары күйді жақсартудан кейін.

Негізгі сөздер: тыныс демікпесі, балалар, мектеп жас шамасы, ұстамалы ауру тобы

Бронхиальная астма (БА) продолжает оставаться одной из сложнейших проблем современной медицины ввиду значительного распространения и повсеместно продолжающегося роста [1]. Как правило, начинаясь в детском возрасте, заболевание продолжает занимать лидирующие позиции среди хронической бронхолегочной патологии и в зрелом возрасте нередко становится причиной инвалидности [2]. По мнению Намазовой Л.С., тяжелые инвалидизирующие формы БА более характерны для возрастных групп от 10 до 17 лет (2011) [3]. Неуклонно растет смертность от БА, причем 80% смертей приходится именно на школьный возраст [4].

В целом в популяции детей, больных БА, школьный возраст составляет 36-40% [5]. Школьный возраст один из критических этапов в жизни человека, когда происходит гормональная перестройка и половое созревание ребенка, завершаются

процессы миелинизации проводящих путей нервной системы, активно идет становление личности [6].

Благодаря последовательному внедрению программы (GINA), регламентирующей лечение БА у детей, все чаще у детей школьного возраста встречается более легкое течение заболевания, однако, именно у них с легкой БА могут развиваться тяжелые обострения и 30-40% госпитализаций педиатрами скорой медицинской помощи (СМП) приходится на долю пациентов с легкой формой [7]. Однако дети школьного возраста, трудно поддающиеся контролю, чаще госпитализируются с тяжелыми обострениями.

Цель исследования - установить клинико-anamnestические особенности течения приступного периода бронхиальной астмы у детей школьного возраста на догоспитальном этапе.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 100 больных детей бронхиальной астмой в приступном периоде, обратившихся за СМП, в возрасте от 7 до 15 лет, средний возраст - $10,9 \pm 0,14$ лет, средний стаж болезни - $8,05 \pm 0,33$ года. В половом аспекте преобладали мальчики – 69%. Диагноз бронхиальной астмы и тяжесть течения установлены в соответствии с рекомендациями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008).

Анализ статистических данных осуществлялся с помощью программы «STATISTIKA 6.0» для Windows. Математическая обработка результатов исследований проводилась с использованием описательных статистик: вычислялась средняя арифметическая вариационного ряда (M), ошибка средней арифметической ($\pm m$), среднеквадратичного отклонения. Различия между средними величинами в сравниваемых группах считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ анамнестических данных выявил у родственников больных БА высокий процент аллергических заболеваний. Наследственная отягощенность по БА чаще встречалась по второй линии родства и среди лиц мужского пола (32%, $p = 0,0003$). Из других проявлений аллергии у родственников встречались: пищевая аллергия (21%, $p = 0,0146$), нейродермит (19%, $p = 0,0070$), поллиноз (16%, $p = 0,0032$). Соматические заболевания среди родственников чаще встречались в семьях детей БА: бронхиальная астма (66%, $p = 0,0001$), болезни органов пищеварения (88%, $p = 0,0001$), болезни костно-мышечной системы (79%, $p = 0,0046$), онкологические заболевания (42%, $p = 0,0141$), заболевания кожи (30%, $p = 0,0007$).

В анамнезе заболевания выявлено, что в результате постановке аллергопроб в период ремиссии БА выявлены положительные реакции на бытовые аллергены (домашняя и библиотечная пыль) – 70%, шерсть животных – 63,3%, эпидермальные и пищевые – 53,3%, цветение деревьев и злаков – 26,6%, в 16,6% случаев пробы были отрицательные.

Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (до 1 года – 14%, 1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Диагностике БА предшествовали повторные обструктивные бронхиты (от 2 до 5 раз в год). Провоцирующими факторами в раннем и дошкольном возрасте являлись респираторно-вирусная инфекция (86,3%), пищевая аллергия (15,1%), контакт с домашними животными (8,2%), в младшем школьном – вирусная инфекция (66,7%), физическая нагрузка (33,3%), аллергический компонент (25%). Впервые БА в возникла у 15 детей школьного возраста (11 мальчиков и 4 девочки).

Первые приступы заболевания в этой когорте детей совпадали со значимыми в жизни ребенка событиями (переход в новую школу - 4 подростков, развод родителей - 7, гибель близкого

человека - 4). Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция (78%), физическая нагрузка (51%), отрицательные эмоции (42%), аллергический компонент (33%).

Клинический диагноз бронхиальной астмы выставлен врачами СМП: легкая персистирующая у 96% детей, легкая интермиттирующая – 4%. Бронхиальная астма в «чистом» виде регистрировалась у 60 детей, в сочетании с аллергическим ринитом встречалась у 20, с atopическим дерматитом – 13, у 7 - присутствовали все три нозологические единицы.

Около половины детей школьного возраста (48%) обучались в гимназиях и лицеях. Каждый четвертый школьник с БА (23%) постоянно занимался в спортивной секции (плавание, фигурное катание, волейбол, футбол). Свободное время все дети проводили у компьютера (среднее время пребывания от 2 до 6 часов в день), мальчики предпочтение отдавали компьютерным играм, девочки - интернету.

Каждый четвертый школьник с БА являлся курильщиком ($p=0,0461$). Самый ранний возраст начала курения приходился на 9 лет (2 мальчика и 1 девочка). Табакокурение среди детей школьного возраста чаще встречалось в тех семьях, где курит один из родителей. Достоверно чаще табакокурение встречалось у матерей детей, больных БА (30%). Каждый шестой ребенок проживал в семье, где курят оба родителя ($p=0,0479$).

Отсутствие доверительных отношений больных БА с родителями и врачом обусловили низкий процент базисного лечения (31%). Собственный пикфлоуметр имели 79% детей, но периодически использовали его только в 24% случаев из 100. Дневник самоконтроля вели 7 человек. Плановое посещение пульмонолога осуществляли 27% детей, однако и эти дети рекомендуемое базисное лечение продолжали не более 1 месяца без должного контроля. Рекомендации врача использовать сальбутамол при начинающемся приступе многие дети (41 из 100) дополняли приемом препарата по собственному усмотрению.

Неумение дифференцировать начинающийся приступ от неприятных ощущений другого происхождения, чаще ваготонической направленности (волнение, духота в помещении, нехватка воздуха, необъяснимая тревога, боли в сердце) обусловили прием β_2 -агонистов короткого действия у 14 детей в возрасте 7-11 лет и у 10 – 12-15 лет. С целью симуляции приступа препарат использовали дети 11-14 лет (боязнь вызова на уроке – 4, ссора родителей – 7, для пропуска школы – 3). Двое детей школьного возраста 14-15 лет считали, что сальбутамол устраняет изжогу.

Среднее физическое развитие отмечалось у 62% детей школьного возраста, ниже среднего – 22%, дисгармоничное развитие за счет избытка массы тела выявлено у 16% детей.

При клиническом осмотре в периоде ремиссии БА у 43% детей отмечалась бледность кожных покровов, у 23% – выраженный периорбитальный цианоз. Затруднение носового дыхания отмечалось в 47% случаев, из них у каждого второго – слизистое отделяемое. Сухие свистящие хрипы на выдохе регистрировались у 21 из 100 детей школьного возраста, во всех этих случаях проведенная ингаляция беродуалом была эффективна.

Систолический шум функционального характера на верхушке сердца у половины больных БА был обусловлен аномалией хордального аппарата, которая в половине случаев сочеталась с пролапсом митрального клапана I степени без нарушения гемодинамики. Чаще выявлялся у больных БА множественный кариес зубов (90%), что объясняется нарушением правил гигиены при использовании ингаляционных глюкокортикостероидов.

У детей БА диагностировались болезни нервной системы (64%), психические расстройства и расстройства поведения (51%), патология желудочно-кишечного тракта (63%), лямблиоза кишечника.

Семь детей с БА характеризовались высоким образовательным уровнем родителей. Полную семью имели только 39% детей школьного возраста. В 27 семьях дети проживали с небологическими родителями, с которыми не сложилось дружеских отношений.

У детей 7-11 лет в периоде предвестников встречались изменения поведения: беспокойство отмечали 57,3%, раздражительность - 31,2%, слабость - 31,2%, сонливость - 22,2% детей. Нарушение сна беспокоило 12,1% обследуемых, возбуждение отмечалось в 10,1% случаев. Угнетенного состояния, испуга, эйфории у данной группы детей не было. Вегетативные расстройства у большинства детей (28,7%) выражались в бледности кожных покровов (53,4%), тахикардии (7,7%). Покраснение лица было всего у 2,5% пациентов, головная боль – у 5,2% человек. Явления поллиноза в данный период беспокоили почти всех обследуемых детей данной группы. Так, ринит отмечали 82,2%, зуд в носу – 59,8%, першение в горле – 64,5% пациентов. Заложенность носа и чихание беспокоили соответственно 91,2% и 72,3% детей. Тяжесть и заложенность груди при незатрудненном вдохе и выдохе беспокоили 41,8% обследуемых.

У обследуемых детей БА (11-15 лет) период предвестников практически не наблюдался. У тех пациентов, которые ощущали данный период, клинические проявления носили характер поллиноза: наиболее часто отмечались першение в горле (22,3%), зуд в носу (21,2%) и ринит (19,2%). Заложенность носа отмечали 11,2% детей.

При астматическом приступе у детей встречалось возобновление удушья после улучшения состояния.

Таким образом, у родственников больных детей школьного возраста бронхиальной астмой выявлен высокий процент аллергических заболеваний. Первые проявления заболевания у детей чаще приходились на ранний возраст (1-3 года – 39%), тогда как диагноз бронхиальной астмы выставлен спустя 1,5-2 года. Провоцирующими факторами обструкции являлись: респираторно-вирусная инфекция, физическая нагрузка, отрицательные эмоции, аллергический компонент. Для детей школьного возраста характерны свои клинические особенности приступа бронхиальной астмы: вынужденное положение больных и рецидивы удушья после улучшения состояния.

Список использованной литературы:

- 1 Цыбульский Э.К. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 160 с.
- 2 Новик Г.А. Бронхиальная астма у детей. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2009. – 352 с.
- 3 Жуков В.Н. Эффективность оказания неотложной помощи детям с обострением бронхиальной астмы // Вестник Российского государственного медицинского университета. 2006. № 2. С. 282.
- 4 Сависько А.А., Батюшин М.М., Лебеденко А.А., Семерник О.Е. Прогнозирование риска развития неконтролируемого течения бронхиальной астмы у детей // Фундаментальные исследования. 2011. № 6. С. 154-157.
- 5 Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» / Российское респираторное общество. – М.: Атмосфера, 2008. – 108 с.
- 6 Garg A. Asthma in children // Acta Med Croatica. 2011;65(2):169-79.
- 7 Lindemeyer RG, Satpute NS, Katz SH. Evaluation of bronchial asthma as risk factor for early childhood caries // N Y State Dent J. 2011 Nov;77(6):18-21.

Случай диагностики туберкулеза печени у ребенка*Кайназарова С.Е.**Кафедра детских болезней №2**Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова*

Описан случай диагностики редкой формы туберкулеза – туберкулеза печени у ребенка 4,5 лет. Клинически отмечались симптомы интоксикации и гиперпластический синдром. Дифференциальную диагностику проводили с вирусными гепатитами, гемобластомами, лимфомами, в т.ч. лимфогранулематозом, туберкулезом, портальной гипертензией, зоонозными инфекциями, новообразованием печени. Диагностическая лапаротомия с дальнейшим гистологическим исследованием биоптатов пораженного участка печени и лимфатического узла из брыжейки кишечника подтвердили диагноз туберкулеза печени.

The case of diagnosis of tuberculosis of the liver in a child*Kaynarova S.**Department of Children Diseases № 2**Kazakh National Medical University*

A case of diagnosis of a rare form of tuberculosis - tuberculosis of the liver in a child 4.5 years. Clinically, there were signs of intoxication and hyperplastic syndrome. Differential diagnosis was performed with viral hepatitis, hematological malignancies, lymphomas, including Hodgkin's disease, tuberculosis, portal hypertension, zoonotic infections, neoplasm of the liver. Diagnostic laparotomy with subsequent histological examination of biopsies of the affected area of the liver and mesenteric lymph nodes of the intestine confirmed the diagnosis of tuberculosis of the liver.

Сәбиден бауыр туберкулезін анықтау жағдайы*Қайназарова С.Е.**№2 балалар аурулары кафедрасы**С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті*

Туберкулездің сирек кездесетін түрі – бауыр туберкулезінің 4,5 жастағы балада анықталу жағдайы сипатталған. Улану және гиперпластикалық синдром белгілері клиникалық түрде білінген. Дифференциалдық диагностиканы вирустық гепатиттермен, гемобластозалармен, лимфомалармен, оның ішінде лимфогранулематозбен, туберкулезбен, порталдық гипертензиямен, зооноздық жұқпалармен, бауырдың жаңа өскіндерімен жүргізді. Бауырдың зақымдалған бөлігінің биоптаттарын және ішектің шажырқайынан лимфа түйіндерін өрі қарай гистологиялық зерттейтін диагностикалық лапаротомия бауыр туберкулезі диагнозын растады.

Как известно, для ревматических заболеваний свойственна системность патологического процесса, клинически проявляющаяся полиморфной поливисцеральной симптоматикой. В том случае, когда у больного наблюдаются клинические проявления ревматического заболевания, но нет достаточной совокупности симптомов, позволяющих достоверно диагностировать конкретную нозологическую форму, прибегают к термину «недифференцированное заболевание соединительной ткани». Такие дети поступают для уточнения диагноза в отделение кардиоревматологии Научного Центра педиатрии и детской хирургии РК. Нередки случаи, когда в результате анализа анамнестических, клинических данных, дополнительного обследования диагноз ревматического заболевания исключается и дальнейший диагностический поиск выводит врача на такие заболевания, как лейкозы, зоонозные инфекции, туберкулез и др.

В нашей практике не раз были случаи диагностики туберкулеза легких, туберкулеза костей. Туберкулез печени является одной из редких внелегочных форм туберкулеза вообще, и у детей, в частности.

Предлагаем описание диагностики туберкулеза печени у ребенка.

Мальчик 4,5 лет поступил в отделение кардиоревматологии НЦПДХ РК с направительным диагнозом «Острая ревматическая лихорадка. Системная красная волчанка?».

При поступлении в стационар отмечались жалобы на повышение температуры тела, слабость, вялость, ухудшение аппетита, увеличение живота.

Из анамнеза заболевания: повышение температуры тела на протяжении года до субфебрильных, периодически - до фебрильных цифр, постепенно нарастающая слабость, снижение массы тела; на протяжении последних трех месяцев – увеличение живота, сопровождающееся болями; боли в костях нижних конечностей, нарастающая интоксикация, гепатомегалия (печень ниже пупка), спленомегалия +3,0 см., пневмония; гипохромная анемия II ст. (Hb 77 г/л); повышение СОЭ до 49 мм/час.

Состояние при поступлении тяжелое за счет интоксикационного, гиперпластического синдромов. По результатам дробной термометрии - преимущественно субфебрильная температура тела в течение суток, периодически повышение до фебрильных цифр. Кожные покровы бледные. Выражена венозная сеть на передней поверхности туловища. Повышенная потливость. Микрополиадения. В легких дыхание жесткое, справа в нижних отделах ослабленное, влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной сердечной тупости расширены влево: +1-1,5 см. Тоны звучные, с частотой 120 в минуту; систолический шум неинтенсивный с р.тах на верхушке. Живот мягкий, пальпируется увеличенная печень (+6-7 см, плотной консистенции, поверхность ровная, край острый; селезенка +2 см.

Предварительно был поставлен диагноз: «Лихорадка неясного генеза. Гепатолиенальный синдром неясного генеза»

Дифференциальную диагностику проводили с вирусным гепатитом, гемобластомами, лимфомами, в т.ч. лимфогранулематозом, туберкулезом, портальной гипертензией, зоонозными инфекциями, новообразованием печени.

В общем анализе крови: анемия нормохромная I ст., выраженный относительный нейтрофилез (75%), повышение СОЭ при поступлении до 30 мм/час, затем до 51 мм/час.

По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости: гепатомегалия за счет обеих долей; диффузные изменения в печени, мелкие эхоплотные сигналы; уплотнение паренхимы печени; увеличение всех лимфатических узлов брюшной полости в 1,5-2 раза (выражено увеличение лимфатических узлов по ходу брюшной аорты, в воротах печени, в воротах селезенки), лимфатические узлы множественные, расположены «пакетами»

На рентгенограмме: очаговые тени в медиальной зоне нижней доли правого легкого и реакция междолевой плевры справа; корни, особенно правый расширены за счет бронхопультмональных лимфатических узлов; тень сердца расширена в поперечнике (КТО=0,53); верхушка погружена в диафрагму. Верхний этаж средостения умеренно расширен. Заключение: признаки правосторонней пневмонии На компьютерной томограмме (КТ) органов грудной клетки определяются справа увеличение паратрахеальных лимфатических узлов, бронхопультмональных лимфатических узлов.

На КТ органов брюшной полости: печень увеличена; на границе правой и левой долей – участок пониженной плотности с нечеткими контурами 6,0x4,1x3,7 см; в левой доле печени –

участок («кальцинат») диаметром 1,5 см; селезенка умеренно увеличена.

На основании клиничко-лабораторных данных, осмотров специалистов исключены:

вирусные гепатиты (нормальные показатели печеночных проб; отсутствие маркеров вирусных гепатитов 3-хкратно)

консультация фтизиатра: в органах грудной клетки на рентгенограммах и КТ не выявлены поражение лимфоузлов и легких

портальная гипертензия: эндоскопически - картина катарального эзофагита

гемобластозы: проведена стерильная пункция: пунктат клеточный, полиморфный, представлен всеми ростками кроветворения, бластов 0,4%

лимфомы, лимфогранулематоз, новообразование печени: дважды консультирован детским онкологом, на основании клинических, лабораторных данных и данных компьютерной томографии органов грудной клетки и органов брюшной полости диагноз лимфом снят, образование печени надо верифицировать цитологически

туберкулез легких: проба Манту с 2ТЕ от 29.11.05 г. – папула 12 мм с везикулонекротической реакцией; туб.контакт отрицают;

зоонозные инфекции: выявлены *I.cristensenii* при бактериологическом исследовании мазка из зева, мочи; антитела к *I.cristensenii* в титре 1:100 в крови методом РНГА.

Учитывая наличие клинической симптоматики, несмотря на то, что данный титр антител не является диагностическим, диагноз иерсиниоза был подтвержден. Однако анализ анамнестических и клинических данных, их динамики и степень тяжести состояния ребенка не укладывались в клинику иерсиниоза, что послужило нам поводом для продолжения диагностического поиска.

Для постановки окончательного диагноза возникла необходимость проведения биопсии печени и лимфатических узлов. В связи с затруднением эндоскопического доступа к пораженному очагу в печени, в клинике произведена диагностическая лапаротомия.

Результат гистологического исследования биоптатов пораженного участка печени и лимфатического узла из брыжейки кишечника. Заключение: картина лимфаденита в препаратах лимфатического узла; в препаратах печени – гигантские клетки Пирогова-Ланганса.

Заключение консультанта-патологоанатома: туберкулез печени.

После повторного осмотра фтизиатра и пересмотра стеклопрепаратов гистологами Научного Центра проблем туберкулеза (НЦПТ), диагноз туберкулеза печени подтвержден.

УЗИ органов брюшной полости при выписке: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, образование левой доли печени, выражены признаки асцита (жидкость визуализируется во всех этажах брюшной полости); селезенка нормальных размеров, без изменений; почки обычной формы и размеров, на типичном уровне, чашечки и лоханки не расширены; образований в почках не выявлено.

ЭхоКГ при выписке (перевод в специализированный стационар): выраженная тахикардия (143 в мин), в полости перикарда жидкость в незначительном количестве (толщина слоя 0,3 см); умеренное расширение полостей правых отделов сердца; сократительная способность миокарда снижена (ФИ=53%, S=22,2%); в перегородках дефектов не выявлено, клапаны сердца не изменены. Заключение: изменения сердца вторичного характера на фоне интоксикации.

ОАК от 23.12.05 – гемоглобин 110 г/л, гематокрит 36%, лейкоциты – $6,9 \cdot 10^9$ /л, п/я-15, с/я-52, лимф-19, мон-13; СОЭ 7 мм/час

БХА: белок 51,0 г/л; глюкоза 5,0 ммоль/л, мочевины 7,0 ммоль/л, креатинин 0,097 ммоль/л; АЛТ 0,56, АСТ 1,4 ммоль/л; тимол.проба 2,7 ед; билирубин общий 17,0, непрямой – 17,0 ммоль/л; калий – 3,6 ммоль/л

ОАМ: белок 0,165

Ребенок переведен на стационарное лечение в отделение внелегочного туберкулеза НЦПТ, где проводилась специфическая противотуберкулезная антибактериальная терапия. На фоне терапии у ребенка развился асцит, трижды проводился лапароцентез, дренирование брюшной полости. Интенсивная терапия проводилась в течение 5 месяцев. В динамике у ребенка наряду с потерей активности туберкулеза отмечалось развитие цирроза печени.

По данным литературы (1) поражение печени при туберкулезе встречается в трех формах: милиарной, диффузной, реже встречаются очаги типа туберкулом. При милиарной форме в печени образуются типичные туберкулезные гранулемы. Клинически отмечаются желтуха, увеличение печени, спленомегалия. Считается, что туберкулез печени встречается чаще, чем диагностируется. Для распознавания заболевания производят лапароскопию (лапаротомия) с гистологическим исследованием биоптата.

Таким образом, у ребенка с гиперпластическим и интоксикационным синдромами в план диагностического поиска наряду с другими инфекциями необходимо включать и туберкулез органов брюшной полости.

Литература:

«Внелегочный туберкулез». Руководство для врачей под ред. А.В.Васильева. С-Пб., «Фолиант», 2002

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ХРОМОСОМНОЙ АНОМАЛИИ У РЕБЕНКА*Д. САМАТҚЫЗЫ, А.П. ВИБЕ**- Национальный научный центр материнства и детства**- г. Астана, Республика Казахстан, ул. Туран 32.**- Тел.: (717)270-14-14 (2519). E-mail: samatkyzy@mail.ru*

Представлен случай из практики выявления сочетанной формы двух хромосомных аномалий у ребенка при проведении цитогенетической диагностики: трисомия X-хромосомы в сочетании с синдромом Эдвардса.

Ключевые слова: хромосомные аномалии, синдром Эдвардса, трисомия по X-хромосоме, цитогенетическое исследование, мозаицизм.

Clinical case of combined chromosomal abnormality in the child*D. Samatkyzy, A.P. Wiebe*

Practical case of detection of combined form of 2 chromosomal abnormalities in the child (trisomy of the X chromosome in conjunction with the syndrome of Edwards) as a result of cytogenetic diagnosis is presented.

Key words: chromosomal abnormalities, Edwards syndrome, trisomy of the X chromosome, cytogenetic diagnostics, mosaicism.

Хромосомные патологии у новорожденных детей встречаются с частотой примерно 2,4 случая на 1000 родившихся. Большинство хромосомных аномалий (полиплоидии, гаплоидии, трисомии по крупным хромосомам, моносомии) несовместимы с жизнью – эмбрионы и плоды элиминируются из организма матери в основном в ранние сроки беременности [1].

Синдром Эдвардса встречается в популяции 1 случай на 7000 новорожденных. У девочек встречается значительно чаще, чем у мальчиков. Дети с синдромом Эдвардса умирают в раннем возрасте (90% - до 1 года) от осложнений, обусловленных множественными врожденными пороками развития. Характерны нарушения строения лица, аномалии развития ЦНС, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и желудочно – кишечной систем.

Трисомия хромосомы X, частота встречаемости 1 на 1000 новорожденных. Специфические проявления синдрома – задержка умственного развития, склонность к эпилепсии. С возрастом увеличивается риск заболевания каким-либо психозам (часто у взрослых женщин наблюдается шизофрения). Соматически аномалии выражено слабо, иногда наблюдается микроцефалия, эпикант, гипертелоризм глаз, косоглазие, уплощение переносицы, высокое небо, клинодактилия, укорочение мизинцев, неправильное положение зубов, флексосколиоз, нарушение репродуктивной функции [2].

Описание случая

Пробанд – девочка 2-х лет, рожденная от VI беременности (5 беременностей закончились м/а по соц. показаниям), I самопроизвольных родов в сроке 42 недели. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени, простудного заболевания во 2 триместре. В 1 триместре беременности мать пробанда контактировала с химическими веществами, были большие нервные нагрузки. При ультразвуковом исследовании в 24 недели беременности было выявлено - многоводие. Ребенок родился с весом – 2800,0 гр, рост – 50 см, с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Родители пробанда соматически здоровы, на момент рождения родителям было 29/24 года, брак не родственник. Наличия врожденной и наследственной патологии в семье отрицают. В период новорожденности отмечалась вялость, отсутствовал сосательный рефлекс. С рождения ребенок наблюдается у невропатолога, кардиолога, эндокринолога с диагнозом: ДЦП, атонико-астатическая форма. ВПС: Тетрада Фалло. Первичный гипотиреоз.

У ребенка с рождения отмечалась задержка психо-моторного развития. В возрасте 2-х лет оперирована по поводу инвагинации кишечника.

При осмотре: наблюдается выраженное тоническое напряжение мышц, «выгибание», фиксация, отведение вверх взора, цианоз, кормится через зонд, нарушения глотания, жевания, частые поперхивания, крошение зубов. Выявлены следующие аномалии развития: выступающий высокий лоб, низко расположенные ушные раковины, гипоплазия мочек ушей, синофриз, гипотелоризм глаз, короткий нос, микрогенция, неправильный рост зубов, короткая шея, асимметрия лопаток, сколиоз грудного отдела позвоночника, флексорное положение пальцев кистей, частичная кожная синдактилия II-III пальцев стоп.

При дальнейшем обследовании были получены следующие результаты:

МРТ головного мозга: МР – признаки аномалии Денди-Уокера, диффузные атрофические изменения в полушариях мозжечка, асимметричная сочетанная гидроцефалия.

УЗИ ОБП и ЗП: эхопризнаки пневматоза кишечника, гипоплазия и деформация желчного пузыря.

ЭЭГ: Патологический низкоамплитудный тип ЭЭГ с признаками формирования возрастной биоэлектрической активности, извращенным градиентом, отсутствием физиологических паттернов сна. На этом фоне в большом количестве регистрируется патологическая активность в виде комплексов острая – медленная волна в передне-лобных и центральных отделах справа и изолированно от них в центральных отделах слева.

Офтальмолог: Атрофия зрительных нервов.

При цитогенетическом исследовании выявлено: $48,XXX,+18[9]/47,XX,+18[8]$, т.е. в 50% проанализированных клеток обнаружена мозаичная форма трисомии по X-хромосоме и синдром Эдвардса ($48,XXX,+18[9]$) и 50% - трисомия по 18 хромосоме ($47,XX,+18[8]$).

Представленный клинический случай уникален тем, что у данного ребенка отмечается сочетание двух хромосомных синдромов.

Следует отметить, что отклонения в числе или структуре хромосом могут появиться на различных стадиях эмбрионального развития (во время формирования яйцеклетки или сперматозоидов, процесса оплодотворения или раннего клеточного деления). Часто дети с хромосомными патологиями рождаются у возрастных родителей, вероятно вследствие старения яйцеклетки. Кроме того, повышенный риск существует, если имеются хромосомная нестабильность у родственников, наличие сбалансированной транслокации, проживание в экологически неблагоприятном регионе, при воздействии тератогенных и мутагенных факторов.

В медицинской литературе данный случай описан впервые, ранее встречались сочетание хромосомных синдромов $47,XY,+21/47,XYU$ и описан случай ($46,XX/47,XX,+18$) клеточного мозаицизма при синдроме Эдвардса [3].

Супружеской паре рекомендовано цитогенетическое исследование с целью дальнейшего прогноза рождения здорового ребенка.

Комплексная оценка состояния здоровья детей по результатам скрининговых осмотров

Мамбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыхова А.Ж., Еспанова А.С., Шугаева Н., Нургельдиева Л.С. КазНМУ, ГДП №1, ГДП№8 г. Алматы

Исследования проводились у 4467 учащихся общеобразовательных школ в возрасте 7-15 лет (из них 2060 мальчиков, 2407 девочек), согласно утвержденным правилам проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения. Медицинскими работниками и врачами у детей проводились антропометрические и общеклинические лабораторные исследования, определялось функциональное состояние основных органов и систем., дана комплексная оценка состояния здоровья.

Скрининг қараулардың нәтижелері бойынша балалардың денсаулық жағдайына жиынтықты баға беру

Мәмбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыхова А.Ж., Еспанова А.С., Анабаева Д.М., Нургельдиева Л.С. ҚазҰМУ, №1 ҚБЕ, №8 ҚБЕ Алматы

Түйіндеме Бекітілген халықтың нысаналы топтарына профилактикалық медициналық тексеру жүргізу тәртібі бойынша, мектеп жасындағы 7 жастан 15 жасқа дейінгі 4467 балаға (оның ішінде 2060 ұл, 2407кыз) зерттеулер жүргізілді. Медициналық қызметкерлері мен дәрігерлер балаларға антропометриялық және жалпы клиникалық лабораториялық зерттеулер мен негізгі ағзалары мен жүйелерінің функционалдық жағдайларын анықтады, денсаулық жағдайларына жиынтықты баға берілді.

Comprehensive assessment of child health based on results of screening studies

Mambetova I.Z., Smagulova A.B., Zhadykova A.Zh., Espanova A.S., Anabayeva D. M., Nurgeldiyeva L.S. KazNMU, CCP №1, CCP№8 Almaty

Studies involved 4467 pupils age 7 to 15 (2060 boys and 2407 girls). According to approved rules of preventive medical examination for target groups by doctors, children had anthropometric and general lab examinations, and functional check of primary body organs and systems. Comprehensive health assessment was done.

В современное время на здоровье детей влияет целый комплекс неблагоприятных факторов, среди которых наиболее значимые роли принадлежат различным загрязнителям внешней среды, нерациональному питанию, социальной и экономической нестабильности в семье, что приводит к ухудшению физического здоровья детей и подростков, увеличению распространенности функциональных отклонений и хронических болезней. [1] Основными из «школьно-обусловленных факторов риска» являются значительный рост интенсивности образовательного процесса, сопровождающийся низкой двигательной

активностью (гиподинамией, гипокинезией), увеличением стрессовых воздействий и перегрузкой учащихся.[2]

С этих позиций, состояние здоровья детей и подростков школьного возраста вызывает обоснованную тревогу врачей. Так, по итогам ежегодных профилактических медицинских осмотров в Казахстане специалистами выявлено, что общая заболеваемость детей, за последние годы выросла с 80,9 до 82,1%, а процент заболеваемости среди школьников до 14 лет составил 19,3 %. (Анализ современного состояния проблемы из Программы "Дети Казахстана" на 2007–2011 годы.)

Цель работы: Провести комплексную оценку состояния здоровья детей школьного возраста по результатам профилактических медицинских осмотров в ГДП№1, ГДП№8 г. Алматы.

Материалы и методы. Исследования проводились у 4467 учащихся общеобразовательных школ в возрасте 7-15 лет (из них 2060 мальчиков, 2407 девочек), согласно утвержденным правилам проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения [3]. Антропометрические и общеклинические лабораторные исследования, определение соматического состояния проводились по общепринятым методикам [4]. Результаты скрининговых осмотров были внесены в статистическую карту профилактического медицинского осмотра (ф. 025-07/у).

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми в вариационной статистике методами с определением значений средних арифметических величин (M±m). Для определения достоверности, нужной при абсолютных величинах для сравнения двух групп, использовался t-критерий Стьюдента, при достоверности различий P <0,05. [5]

Результаты и обсуждение.

Физическое развитие детей – одна из важнейших характеристик здоровья детей, так как определяет степень гармоничности развития и соответствия его возрасту. Одним из методов оценки физического здоровья являются соотношения между массой, длиной тела, окружностью грудной клетки в зависимости от возраста с использованием центильных таблиц [4].

При сочетанной оценке длины и массы тела детей, гармоничным считалось физическое развитие при котором масса тела и окружность груди попадали в 25-75-ю центили. Величины, находящиеся в более крайних положениях центилей нами расценивались, как дисгармоничное физическое развитие.

Таблица 1–Средние показатели длины и массы тела школьников по возрастным группам (см)

Возраст	Мальчики	Девочки	P
7 лет	120,5±1,22	119,5±0,9	<0,05
8 лет	126,6±1,07	123,1±0,8	<0,05
9 лет	131,0±1,03	129,4±1,08	<0,05
10 лет	134,4 ±0,9	134,5±1,0	>0,05
11 лет	139,6±1,13	140,6±1,12	>0,05
12 лет	147,7± 1,14	147,6±1,04	>0,05
13 лет	155,8±1,04	155,6±0,92	> 0,05
14 лет	166,1±1,24	159,8±0,8	<0,05
15 лет	168,5±1,24	165,4±0,9	<0,05

Анализ полученных результатов выявил, что в возрастных группах 7-9 лет длина тела у мальчиков достоверно на 1-2см, в

возрасте 14-15 лет на 2-3см выше (P<0,05), чем у девочек. По данным Доскина В.А с соавторами, волнообразность процессов роста связана с половой специфичностью [6].

Таблица 2–Средние показатели массы тела школьников по возрастным группам (кг)

Возраст	Мальчики	Девочки	P
7 лет	23,2±0,8	22,9±0,6	>0,05
8 лет	24,6±0,7	24,5±0,8	>0,05
9 лет	27,1±0,9	26,6±1,0	>0,05
10 лет	30,8±0,7	30,4 ±0,8	>0,05
11 лет	34,8±1,18	33,7±0,7	<0,05
12 лет	37,4±0,19	36,7±0,8	<0,05
13 лет	42,5±1,04	42,0±0,72	<0,05
14 лет	48,6±1,24	46,0±0,9	<0,05
15 лет	53,5±1,78	52,4±1,02	<0,05

Также, у девочек имеет раннее начало пубертатной прибавки массы тела и ее большая интенсивность по сравнению с ростом. В то же время мальчики к 13-14 годам вновь обгоняют девочек, как по длине, так и по массе (P <0,05).

При антропометрических обследованиях детей было выявлено, что 1,2% детей имели низкое физическое развитие, 4,6% - ниже среднего, 85,2%- среднее, 7% - выше среднего, 2% - высокое физическое развитие.

На основании пяти основных критериев (уровня физического и нервно- психического развития и степени их гармоничности, уровня полового развития у подростков, наличия или отсутствия в момент обследования хронических заболеваний и степени их клинических проявлений, функционального состояния основных органов и систем, уровня резистентности организма), нами дана комплексная оценка состояния здоровья детей. [7] Количественное распределение по группам здоровья показано в таблице №3.

Таблица 3–Группы здоровья детей школьного возраста

Группа здоровья	Абс. число	Отн. показатели
I-группа (здоровые)	1343	30,1%-
II–группа (группа риска, дети с легкими функциональными отклонениями)	2444	54,7%
III-группа (дети, больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации)	680	15,2%
IV –группа (дети, больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации)	-	-
V –группа (дети, больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации)	-	-
Всего	4467	100%

Как видно из таблицы, большая часть детей вошли в I и II группу здоровья: 30,1% - здоровые дети, 54,7% - дети из группы риска или имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения органов и систем, 15,2% - больные дети с хроническими заболеваниями в стадии компенсации (III группа).

Структуру соматической патологии детей составили 25,1% - неврологические заболевания (синдром вертебробазиллярной недостаточности, внутричерепная гипертензия) и соматоформная вегетативная дисфункции сердца и сердечно-сосудистой системы, 24,2%-гастроэнтерологическая патология (хронические гастриты, гастродуодениты), заболевания желчевыделительной системы (функциональное расстройство билиарного тракта, холециститы), 13,6%-глазная патология (миопия, астигматизм), 10,8% - ЛОР-заболевания (тонзиллиты, гаймориты), 9,3% - эндокринные заболевания (эндемический зоб I-II степени, ожирение I-IIстепени), 9% заболевания мочевыводящей системы (хронические пиелонефриты, циститы), 8% заболевания опорно-двигательной системы (сколиозы, плоскостопие). У 33,6% детей определен кариес зубов.

По результатам профилактического медицинского осмотра на каждого ребенка был оформлен эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития, остроты зрения и слуха, даны рекомендации по физкультурной группе (основная или специальная группа). Каждый ребенок с впервые выявленным хроническим заболеванием был взят на диспансерный учет с составлением реабилитационной программы. В ГДП№1, ГДП №8 было просанировано и оздоровлено 2957 (99%) детей из II группы, 830 (100%) детей из III группы здоровья.

Список литературы:

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник Российской Академии медицинских наук. -2009. - №5. -С. 6-11.
2. Безруких М.М. Образование и здоровое развитие учащихся. (Материалы Всероссийского Форума с международным участием). - М.:Ключ- Школа и здоровье, 2005.. -Ч.1. - С. 21-30.
3. Приказ МЗ РК от 16 марта.2011г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»
4. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий/ Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН .2008. – 216с.
5. Сергиенко В. И., Бондарева И. Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. - М. : Гэотар медицина, 2000. - 256 с.
6. Доскин В.А., Келлер Х. Мураенко Н.М. и др. «Морфофункциональные константы детского организма». - М.: Медицина, 1997.-288 с.
7. Кульниязова Г.М. Комплексная оценка состояния здоровья и развития детей : Учебное пособие.– Актобе,2009.–67с.

УДК 616.34-022-07-071.3

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕУТОЧНЕННОЙ (ШИФР МКБ-10: A08.4)*А.А.Курмангалиева., К.А.Умешева., Б.К.Оразалиев**Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Детская городская клиническая инфекционная больница г.Алматы*

В последнее десятилетие в РК растет удельный вес вирусных кишечных инфекций. В связи с объективными трудностями выявления вируса они шифруются в МКБ10: А 08.4 (вирусная кишечная инфекция неуточненная). Однако, практические врачи мало знакомы с клиникой указанных инфекций, поэтому в статистической отчетности медицинских учреждений эта рубрика остается незаполненной. На основании обзора литературы и собственных наблюдений дан перечень эпидемиологических, клинических, рутинных лабораторных методов обследования, позволяющих поставить этот диагноз и назначить адекватную терапию

Ключевые слова: кишечная инфекция, вирусная, неуточненная, диагностика, критерии.

Этиологиясы белгісіз вирусты ішек инфекцияларының диагностикасының клиникалық критерілері (шифр МКБ-10: А 08.4)*Құрманғалиева А.А., Умешева К.А., Оразалиев Б.К.*

Қазақстан Республикасында соңғы онжылдықта вирусты ішек инфекциясының саны артуда. Вирусты анықтаудың объективті қиындықтарына байланысты, олар МКБ-10-да: А 08,4 (анықталмаған вирусты ішек инфекция) болып белгіленеді.

Тәжірибелік дәрігерлерге вирусты ішек инфекциясы туралы мағлұматтың аздығына байланысты медициналық мекемелердің статистикалық есептерінде бұл тарау толтырылмай қалады. Әдеби шолу және өзіндік бақылаулар нәтижесі негізінде осы диагнозды қоюға және адекватты ем тағайындауға мүмкіндік беретін эпидемиологиялық, клиникалық, қарапайым лабораторлы тексеру әдістерінің тізімі берілді.

Өзекті сөздер ішек инфекция

сы, вирусты, дәлелденбеген, диагностика, нышандар

Clinical Criteria for Diagnosing the Unspecified Viral Enteric Infection (ICD-10: A08.4)*A.A.Kurmangalieva, K.A. Umeshewa, B.K.Orasaliyev*

Abstract During the last decades, there has been a steady increase in the specific density of enteric infections in the Republic of Kazakhstan. Due to the objective difficulties in detecting a virus, in the International Classification of Diseases there infections are encoded as 10: A 08.4 (unspecified viral enteric infection).

However, clinicians are little familiar with the clinical picture of these infections, and, therefore, in the statistical reports prepared by healthcare facilities, this category is left blank. The article gives the list of epidemiological, clinical, and routine laboratory examination practices, which have been identified based on the review of medical literature and my own findings. Utilization of the list would allow diagnosing the infection and administering an adequate treatment.

Keywords enteric infection, viral, unspecified, diagnostics,criteria

В течение последних десяти лет мы являемся свидетелями смены этиологического пейзажа диарейных заболеваний инфекционной природы у детей в Республике Казахстан и в мире. Растет удельный вес острых кишечных инфекций (ОКИ), обусловленных вирусами при значительном сокращении заболеваемости классическими бактериальными кишечными инфекциями [1,2,3,4]. Однако, указанный факт не находит отражения в статистических сводках медицинских учреждений нашей страны. Есть определенные объективные причины расхождения клинической практики и статистической отчетности, а именно сложности в верификации этиологии

вирусных диарей. Поскольку возросшая роль вирусных агентов в инициации кишечных дисфункций общепризнана, а возможность идентификации вируса низкая, МКБ-10 выделила эту группу кишечных инфекций в рубрику А08.4 (вирусная кишечная инфекция неуточненная). Вместе с тем, указанная графа статистического учета остается незаполненной, поскольку практические врачи-педиатры испытывают трудности в выявлении клинических критериев отнесения диареи к категории вирусных. Это порождает ошибочную тактику ведения больных по стандартам бактериальных кишечных инфекций.

В данной статье обобщены литературные данные [1,2,3,5,6,7,8] и собственный опыт, касающийся вирусных диарей, с целью выявления наиболее общих критериев диагностики вирусных кишечных инфекций неуточненных, что поможет врачу в проведении адекватной терапии.

В настоящее время к энтеротропным вирусам относят вирусы четырех групп [3]. Группа 1: двунитчатые ДНК-содержащие: семейство Adenoviridae , род Adenovirus. Группа 2: однопнитчатые ДНК-содержащие: семейство Parvoviridae, род Parvovirus. Группа 3: двунитчатые РНК-содержащие: семейство Reoviridae (respiratory enteric orphans), роды Reovirus и Rotavirus. Группа 4: однопнитчатые РНК-содержащие: семейство Astroviridae, род Astrovirus; семейство Calciviridae, роды Norovirus (ранее норфолк – подобные вирусы) и Sapovirus (ранее сапороподобные вирусы), семейство Coronaviridae, роды Coronavirus и Torovirus; семейство Picornovirus, род Enterovirus. Все перечисленные вирусы имеют круглую форму, небольшие по размеру(70-80нм), РНК-содержащие (исключение аденовирусы), устойчивы к низкой температуре, высокоустойчивы во внешней среде и к различным дезинфектантам. Вирусные диареи распространены во всех странах мира. Так, частота выявления антител к вирусу норфолк у взрослого населения развитых стран приближается к 100%, к астровирусу к 10 годам до 90%, к ротавирусу к 3 годам до 100% [4,5,6]. Таким образом, лидером среди энтеротропных вирусов является ротавирус. В целом острые вирусные кишечные инфекции стали вторыми по распространенности после острых респираторных вирусных инфекций.

В теплое время года высок удельный вес адено-, энтеро-, коронавирусов, в холодное – рота-, калицевирусов, круглогодично встречаются диареи, вызванные норфолк, астро-, реовирусами, но с пиком заболеваемости также в зимнее время. Кишечные вирусы поражают все возрастные категории людей, но наиболее часто с 3-6 месяцев до 4-5 лет, различий распространенности по полу нет. Пути передачи вирусных диарей множественные: контактно-бытовой, алиментарный, водный, воздушно-капельный; у энтеровирусов и реовирусов может быть трансплацентарный.

Входными воротами вирусов являются верхние дыхательные пути и кишечник (рео-, адено-, энтеровирусы). Основной патологический процесс развивается в тонком кишечнике при норфолк, рота-, калицевирусных инфекциях. С преимущественным поражением респираторного тракта протекает короновирусная инфекция (ТОРС), при реовирусной инфекции поражаются верхние дыхательные пути, политропизм свойствен адено-, энтеровирусам. Значительное поражение эпителия ворсинок кишечника при рота-, астро-, калицевирусных заболеваниях сопровождается развитием манифестной вторичной дисахаридазной недостаточностью. При других вирусных диареях указанные нарушения умеренные.

Инкубационный период варьируется чаще 4,8-5,3 суток. Начало острое с болей в животе, тошноты, после чего появляется рвота часто многократная затем диарея. Поражения дигестивной системы может ограничиться только рвотой. Температурная реакция не у всех больных. Стул водянистый, секреторного характера. Дисахаридазная недостаточность особенно демонстративна при ротавирусной инфекции. Поражение респираторного тракта чаще ограничивается катаром верхних дыхательных путей. Вовлечение нижних отделов респираторного тракта рассматривается как следствие активации сопутствующей бактериальной флоры. Длительность диспептического синдрома короткая (около 5 дней) при отсутствии осложнений и суперинфицирования. Изменения в картине белой крови варьируются от лейкопении до маловыраженного лейкоцитоза, в процентном соотношении клеток белой крови от нейтропении до незначительного нейтрофиллеза без сдвига влево. СОЭ как правило без изменений или незначительное ускорение. В копрограмме воспалительный компонент отсутствует (или мало выражен при активации вторичной бактериальной флоры), обнаруживаются ферментативные нарушения, pH кала снижается ($\leq 5,0$) при развитии дисахаридазной недостаточности. Посевы кала на патогенную флору отрицательные, но часто положительные результаты исследования на условно- патогенную флору: что расценивается нами как сопутствующий дисбиоз кишечника. Таким образом доступными для практического врача критериями диагностики вирусной кишечной инфекции неуточненной (A08.4) могут быть

1. холодный (чаще) сезон года
2. возраст от 3-6 мес до 3 лет
3. острое начало
4. сочетание диспептического синдрома с респираторным
5. отсутствие параллелизма между степенью интоксикации (лихорадка) и местными симптомами поражения желудочно-кишечного тракта
6. секреторный характер диареи, стул часто пенистый, урчание по ходу кишечника метеоризм (тем больше, чем выше степень дисахаридазной недостаточности)
7. усиление диспептического синдрома на фоне молочной диеты
8. «равнодушие» к солевым растворам для оральной регидратации (регидрон) в связи с малой потерей электролитов
9. маловыраженная или отсутствие воспалительной реакции белой крови
10. снижение pH кала
11. недлительное (около 5 дней) течение диарейного синдрома при отсутствии осложнений и суперинфицирования
12. отрицательные результаты исследования кала на патогенную кишечную флору

Более активное применение указанных выше критериев сделает более достоверной статистику ОКИ у детей и позволит проводить корректную терапию вирусной кишечной инфекции

Литература

1. Мазанкова Л.Н., Ильина Н.О., Кондракова О.А., Затевалов А.М. Острые вирусные диареи у детей. Consilium Provisorum Том 03, №6 2004.
2. Горелов А.В. Вирусные диареи у детей: Современные подходы к диагностике и лечению. Симпозиум «Современные подходы к диагностике и терапии при заболеваниях органов пищеварения у детей». Нижний Новгород, 2010
3. Малый В.П., Волобуева О.В. «Вирусные диареи» Международный медицинский журнал. №4, 2006, стр. 69-75
4. Centers for Disease control and Prevention (CDC) MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2008; 21,57 (46): 1255-7
5. Дзюблик И.В. с соавторами. Ротавирусная инфекция. Учебно-методическое пособие для врачей. Киев.- Олпринт, 2004, 116с
6. Ключарева А.А., Раевнев А.Е., Малявка Д.В. и др. Педиатрия (Приложение к Consilium Медикум). 2004.Т06:2
7. Тимченко В.И. Инфекционные болезни у детей. Учебник для мед.вузов. Санкт-Петербург 2008г.
8. Инфекционные болезни у детей под ред. Д.Марри, Москва, 2006

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РАЗЛИЧНЫЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ

Наумова Н.В.

Кафедра детских болезней №1 КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

Резюме: Клинические проявления гриппа в эпидемический и межэпидемический периоды различны. В эпидемический период грипп протекает тяжело, с преобладанием интоксикации над респираторными проявлениями, с развитием токсических осложнений (нейротоксикоз, миокардит). В межэпидемический период заболевание протекает с умеренными проявлениями интоксикации, но чаще осложняется бронхолегочной патологией в виде пневмонии и обструктивного бронхита.

Ключевые слова: грипп, клинические проявления, эпидемический сезон, межэпидемический сезон.

Clinical course of influenza in children in the first year of life in different periods of epidemic

Naumova NV

Department of Children Diseases № 1 KazNMU

Abstract This job of clinical features of influenza infection of infants in the epidemic and interepidemic period. Revealed that in the epidemic period, influenza is more severe, with a predominance of respiratory manifestations of intoxication, with the development of toxic complications. In interepidemic period of moderate influenza is often complicated by intoxication and bronchopulmonary diseases.

Keywords influenza, clinical manifestations, epidemic and interepidemic period.

Тұжырым Бір жасқа дейінгі балалардағы тұмаудың эпидемиялық және эпидемия аралық кезеңдердегі тұмаудың клиникалық ерекшеліктерін оқуға арналған жұмыс. Эпидемиялық кезеңде тұмау ауыр түрде өтеді, респираторлық көріністерінен бұрын улану белгілері басымырақ, токсикалық асқынулардың дамуымен жүреді. Эпидемия аралық кезеңде шамалы улану белгілерімен өтеді және де жиі бронхөпелік патологиялардың асқынуларымен жүреді.

Түйінді сөздер тұмау, клиникалық көріністері, эпидемиялық және эпидемия аралық кезеңдер

Острые респираторные заболевания являются самыми распространенными заболеваниями среди детского населения. Среди респираторных инфекций значительной место занимает грипп (12-15%), а в эпидемический период частота гриппа составляет 70-85%. Грипп представляет тем большую опасность, чем моложе ребенок. Так, по данным литературы, летальность от гриппа на протяжении первых месяцев жизни в 3 раза выше, чем во втором полугодии.

Для гриппа характерен подъем заболеваемости в так называемые эпидемические периоды (октябрь-март), однако случаи заболеваемости регистрируются и в межэпидемический период, что связано с процессами персистирования вируса гриппа в организме иммунотолерантных лиц.

Литературные данные указывают на разнообразие клинических проявлений гриппа у детей первого года жизни – от стертых до молниеносных форм с высокой летальностью. Это зависит от множества факторов, требующих дальнейшего изучения.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей гриппозной инфекции у детей первого года жизни в различные эпидемические периоды.

Для решения этой задачи нами было проанализировано 208 историй болезни детей в возрасте от 10 дней до 1 года, находившихся на лечении в ДГИКБ с диагнозом острая респираторная вирусная инфекция, из них 123 ребенка заболели в эпидемический, а 85 - в межэпидемический периоды.

Для верификации вирусов гриппа, как этиологического фактора респираторной инфекции, эти больные были обследованы методом вирусологической детекции гриппозных антигенов в сыворотке крови. У 161 из них вирусологическими исследованиями был подтвержден вирус гриппа (106 – в эпидемический и 52 – в межэпидемический периоды). Эти больные и составили основную группу нашего исследования. Типирование вирусов показало, что у подавляющего большинства больных грипп был вызван микст-инфекцией – сочетанием различных подтипов вируса А или В. Причем это не зависело от эпидемического сезона.

Всем детям проводились общеклинические исследования (ОАК, ОАМ, копрограмма; рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, сонографическое исследование головного мозга – по показаниям).

Анализ клинических проявлений гриппа у детей, заболевших в эпидемический период показал, что начало заболевания, как правило, было острым. Ведущим синдромом была интоксикация, которая преобладала над катаральными симптомами (табл.1). Интоксикация проявлялась повышением температуры от субфебрильных цифр до гипертермии, бледностью кожи, нарушением общего состояния, сна, беспокойством (у 100% больных), отказом от груди, рывгиванием (у 12.8%).

Таблица 1- Клинические проявления гриппа у детей в различные эпидемические периоды

Клинические проявления	Эпидемический период n = 109		Межэпидемический период n = 52	
	Абс.	%	Абс.	%
Повышение температуры	109	100±0,09	52	100±0,1
Беспокойство	109	100±0,09	52	100±0,1
Насморк	51	46,8±4,7	23	44,2±6,8
Кашель	109	100± 0,09	52	100±0,1
Срыгивания	14	12,8±3,2	7	13,5±4,7
Рвота	26	23,8±3,2	23	44,2±6,8
Метеоризм	40	36,7±4,6	33	63,5±6,7
Жидкий стул	49	44,9±4,8	33	63,5±6,7
Одышка	64	58,7±4,7	30	57,7±6,8
Осиплость голоса	21	19,3±3,8	6	11,5±4,4
Судороги	23	21,1±3,9	13	25,0±6,0

У 44,9% больных отмечался жидкий стул, метеоризм(36,7%), рвота (23, 8%). Наблюдаемые нарушения функции желудочно-кишечного тракта были связаны как с проявлениями токсикоза,

так и с сочетанием гриппа с ОКИ, имевшими место у 26 больных (23,4%). У 21,1% больных в дебюте заболевания отмечались генерализованные судороги, чаще тонического характера,

развившиеся, как правило, на фоне повышения температуры выше 38 С. При нейросонографии у всех этих детей была выявлена вентрикуломегалия.

Поражение дыхательных путей при гриппе наблюдались с первых дней заболевания и проявлялись заложенностью носа (46,8%), гиперемией зева, сухим кашлем (100%), осиплостью голоса, У большинства больных (66%) поражение респираторного тракта протекало в виде ринофарингита (60,6%). У 24,8% детей в дебюте заболевания были проявления обструктивного бронхита, а у 11,0% - ларинготрахеит.

У 58,7% больных отмечалась одышка, причем чаще она встречалась у новорожденных детей (66,7%). Одышка у большинства детей была смешенного характера и только у 15% отмечалась инспираторная одышка, что было связано с наличием у них проявлений острого ларингита со стенозом гортани.

Осложненное течение гриппа имело место у 74,6% больных, заболевших в эпидемический период. Осложнения чаще развивались на 4-5 день болезни, за исключением нейротоксикоза, который диагностировался на 1-2 сутки (табл.2).

Наиболее частым осложнением гриппа был отит (у 40,4%), который чаще был катаральным и только в 3% случаев - гнойным. Гриппозная инфекция вызывала изменения и со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, у 34,9% был выявлен миокардит, который проявлялся расширением границ сердца, приглушением тонов, тахикардией, реже брадикардией. Следует отметить, что это осложнение чаще встречалось у новорожденных детей. У 24,8% больных в первые дни заболевания развивался нейротоксикоз.

Таблица 2- Осложнения гриппа у детей в различные эпидемические периоды

Осложнения	Эпидемический период n = 109		Межэпидемический период n = 52	
	Абс.	%	Абс	%
Ларинготрахеит	9	8,3±2,6	11	21,1±5,6
Бронхит	15	13,8±3,3	19	36,5±6,6
Пневмония	26	23,8±4,0	13	25,0±6,0
Нейротоксикоз	27	24,8±5,9	5	9,6±4,0
Отит	44	40,4±6,8	16	30,8±6,4
Миокардит	38	34,9±6,6	10	19,2±5,5

Из респираторных осложнений чаще развивалась очаговая пневмония (23,8%), проявлявшаяся ухудшением состояния на 3-5 день болезни, нередко повторным подъемом температуры, нарастанием одышки и цианоза, тахикардией, развитием дыхательной недостаточности (у 46%). Кашель не являлся ведущим симптомом пневмонии. Перкуторно над легкими выявлялся коробочный звук, аускультативно дыхание было ослабленное, выслушивались мелкопузырчатые хрипы.

Бронхит встречался у 13,8% детей и протекал с признаками обструкции дыхательных путей (обструктивный бронхит). Клинически у больных отмечались нарастание кашля, который носил непродуктивный характер, у 66% - дыхательная недостаточность. Перкуторно над легкими отмечался коробочный оттенок легочного звука. Аускультативно на фоне жесткого дыхания выслушивались разнокалиберные влажные, сухие хрипы, а у части больных – сухие свистящие хрипы. Обструктивный бронхит чаще встречался и более тяжело протекал у новорожденных детей.

В межэпидемический период у большинства больных (80%) заболевание начиналось постепенно. Симптомы интоксикации (повышение температуры, вялость, беспокойство, бледность, снижение аппетита) были выражены умеренно. Это подтверждается более низкой частотой таких токсических осложнений острого периода гриппа, как миокардит (у 19,2%) и нейротоксикоз (у 9,6%). В то же время следует отметить, что у заболевших гриппом в межэпидемический сезон, отмечалась высокая частота кишечного синдрома, проявляющегося учащением и изменением характера стула, метеоризмом, реже рвотой (табл.1). Это объяснялось тем, что у 58% больных гриппозная инфекция сочеталась с ОКИ, вызванной условно-патогенной флорой.

У 25% больных отмечались судороги, чаще генерализованные, клонико-тонического характера. В отличие от заболевших гриппом в эпидемический период, они развивались не в начале заболевания, а в более поздние сроки на фоне осложнений (обструктивный бронхит, пневмония). По-видимому, они являлись проявлением перенатальной энцефалопатии на фоне нарастающей гипоксии (у всех этих больных отмечалась дыхательная недостаточность).

Катаральные проявления со стороны дыхательных путей у 75% протекали в виде ринофарингита, у 11,5% - в виде ларингита у 7,7% - в виде обструктивного бронхита, у 5,8% - острого бронхита. Тяжесть поражения дыхательных путей в дебюте гриппа была умеренной.

В межэпидемический период осложнения у заболевших гриппом детей встречались в 83,7% случаях. Обычно они присоединялись на 4-5 день болезни и носили вирусно-бактериальный характер. Наиболее часто встречались бронхит (36,5%), который у большинства больных (15) был обструктивный с различной степенью дыхательной недостаточности. Пневмония была выявлена у 25% больных и во всех случаях протекала в виде двусторонней очаговой или очагово-сливной. Ларингит развился у 11 больных, у 8 из них были отмечены симптомы стеноза I-II степени.

Клинические проявления респираторных осложнений гриппа в межэпидемический и эпидемический периоды не отличались, но следует отметить более торпидное развитие и течение осложнений в эпидемический сезон, а также низкую эффективность стандартной терапии.

Отит встречался у 30,8% больных, нейротоксикоз у 9,6%, миокардит – у 19,2%, что достоверно реже, чем в период эпидемии.

Клинико-вирусологический анализ показал, что клиническая картина гриппа в различные эпидемические сезоны не зависела от типа вируса, который вызвал заболевание.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что клиническое течение гриппа в эпидемический и межэпидемический сезоны было различным. Так, если в эпидемический период грипп протекал тяжело, с преобладанием интоксикации над респираторными проявлениями, с развитием токсических осложнений (нейротоксикоз, миокардит), то в эпидемический период заболевание протекало с умеренными проявлениями интоксикации, но чаще осложнялось бронхолегочной патологией в виде пневмонии и обструктивного бронхита.

Литература:

1. Искаков А.С. Исмагулова Ж.А. Актуальные вопросы гриппа и вопросы его профилактики. /Методические рекомендации. – Алматы, 2004. 53 с.
2. Осидак Л.В., Дриневский В.П. Грипп у детей. Клинико-патогенетические особенности. Основные принципы диагностики и терапии./ Методические рекомендации. – СПб. 2006 53 с
3. Дерягин Ю.П. Грипп и другие острые респираторные заболевания //Учебное пособие. Ростов-на-Дону, Феникс, 2006; 155с.
4. ShormanM, Moorman JP. Clinical manifestation and diagnosis of influenza/ South Med J 2003; 96 : 737-9

УДК: 616.9-053.13:616-053.2]-036.1

ФАКТОРЫ РЕАКТИВАЦИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Божбанбаева Н.С., Байгазиева Г.Ж., Абдуллаева Г.М.,
Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А., Султанбаева С.Н., Бейсекова А.А.
Кафедра неонатологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

Резюме Проведено динамическое проспективное обследование детей с врожденной ЦМВИ, а именно с хроническим течением инфекции. При рецидивирующем течении отмечено формирование церебральной и соматической патологии. Латентное течение, несмотря на отсутствие рецидивов, также являлось причиной неврологических нарушений детей на первом году жизни. Установлены факторы риска реактивации хронической ЦМВИ с позиции доказательной медицины.

Ключевые слова цитомегаловирусная инфекция, реактивация, персистенция

Цитомегаловирусы инфекцияның реактивация факторлары

Божбанбаева Н.С. м.ғ.д., доцент, Сулейменова И.Е. м.ғ.к., доцент, Байгазиева Г.Ж. м.ғ.к., доцент, Султанбаева С.Н. м.ғ.к., ассистент, Абдуллаева Г.М. м.ғ.к., ассистент, Мустафазаде Т.Ш. ассистент, Есенова С.А. ассистент, Бейсекова А.А. ассистент

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің неонатология кафедрасы

Түйіндемe Туа пайда болған созылмалы ағымымен өтетін ЦМВИ- мен туылған балалардың арасында динамикалық проспективті зерттеу жүргізілді. Церебралды және соматикалық патологияның дамуы жиі рецидивті ағымда байқалды. Бір жастағы балалар арасында неврологиялық бұзылыстардың себебі рецидивтері болмаса да латентті ағым болды. Дәлелді медицина позициясы бойынша созылмалы ЦМВИ реактивация факторлары анықталды.

Түйінді сөздер цитомегаловирусы инфекция, реактивация, персистенция

The factors of reactivation of cytomegalovirus infection

Bozhbanbayeva N.S.d.m.c., docent, Suleimenova I.E. c.m.c., docent, Baygasieva G.Z.c.m.c., docent, Sultanbaeva S.N. c.m.c., assistant, Abdullaeva G.M. c.m.c., assistant, Mustafazade T.S. assistant, Esenova S.A. assistant, Beisekova A.A. assistant.

The neonatology chair of KazNMU

Abstract There have been dynamic, prospective study of children with congenital CMV infection, and specifically with chronic infection. In recurrent process was observed the formation of

cerebral and somatic pathology. Latent process, despite the absence of relapse was also a cause of neurological disorders of children in the first year of life. Established risk factors for reactivation of chronic CMV infection from a position of evidence-based medicine.

Keywords cytomegalovirus infection, reactivation, persistence

Уровень антенатальной, неонатальной и детской смертности и заболеваемости в настоящее время в Казахстане остается высоким, и определяется, прежде всего, эффективностью комплекса профилактических, целенаправленностью превентивных мер предотвращения патологии у матери, плода и ребенка, осуществляемых на основе установленных причин заболеваний.

В качестве причин репродуктивных и фетоинфантильных потерь особого внимания требуют латентно - персистирующие, хронические инфекционные состояния у женщин, вызванные цитомегаловирусной, герпетической и другими оппортунистическими инфекциями. Отмеченные инфекции характеризуются широкой распространенностью в общей популяции, неманифестным или пожизненным течением, но склонностью к реактивации, особенно на фоне физиологического снижения клеточного иммунитета при беременности, высокой тропностью к органам репродуктивной системы и тканям организма в антенатальном и раннем постнатальном онтогенезе. Кроме того, эти инфекции длительно, порой пожизненно персистируют в организме человека. Реактивируясь на различных сроках жизни инфицированного ребенка, они могут стать причиной рецидивирующих и хронических соматических заболеваний.

Целью наших исследований явилось изучение факторов реактивации хронической цитомегаловирусной инфекции. В связи с этим, мы провели сравнительную оценку течения рецидивирующей и латентной ЦМВИ.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 95 детей первого года жизни с верифицированной в неонатальном периоде внутриутробной ЦМВИ хронического течения, находившихся на стационарном

лечении в ДИГКБ, НЦПиДХ РК, а также направленных из 1,3,8,10 поликлиник г. Алматы.

Верификация врожденной ЦМВИ осуществлялась путем комплексного обследования с использованием прямых (ПЦР мочи, слюны, крови) и непрямых методов диагностики (ИФА крови с определением специфических IgG и IgM антител).

Анализ клинико-лабораторных данных 95 больных с хроническим течением ЦМВИ позволил выделить 2 группы детей, имеющих различия, как в клинических, так и лабораторных показателях.

1 группу составили 79 детей с хроническим рецидивирующим течением ЦМВИ и яркой клинической симптоматикой, указывающую на активность инфекционного процесса с формированием полиорганной патологии. Лабораторные маркеры характеризовались высоко-средне и низкотитражными сыворотками с тенденцией к нарастанию в динамике при вирурии и вирусемии.

2 группа представлена 26 детьми с хроническим латентно-персистирующим течением инфекции, имеющих бессимптомную или малосимптомную клинику с монотонно низкими титрами антител в динамике инфекционного процесса и положительной ПЦР мочи, либо слюны.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке течения ЦМВИ выявлены значительные различия, как в частоте, так и в характере нарушений в группе новорожденных с рецидивирующим течением инфекции в сопоставлении с детьми с латентным течением. Так, более 30% больных первой группы родились в тяжелом состоянии ($p < 0,01$). У этих же детей зарегистрирована достоверно высокая частота недоношенности, неврологических и дыхательных нарушений по сравнению с детьми второй группы ($p < 0,01$, $p < 0,001$; соответственно). Тяжесть состояния новорожденных определялась поражением ЦНС (57,9%), токсикозом (45,3%), обусловленным пневмонией и другими полиорганными нарушениями на фоне морфофункциональной незрелости и врожденной патологии. Состояние остальных детей первой группы ухудшалось в позднем неонатальном периоде. Достоверно высокая частота кардиальных нарушений (26,3%, $p < 0,05$), кишечного (24,2%, $p < 0,01$), геморрагического (7,4%, $p < 0,05$), отеочного синдромов (4,2%, $p < 0,05$), поражения почек (4,2%, $p < 0,05$), белково-энергетической недостаточности (8,4%, $p < 0,05$), локальных и генерализованных гнойно-септических заболеваний (8,4%, $p < 0,05$) у детей с рецидивирующим течением инфекции связана с очередной реактивацией цитомегаловируса на фоне хронического инфекционного процесса и присоединением вторичной вирусно-бактериальной флоры.

Ведущими статистически значимыми лабораторными изменениями у новорожденных с рецидивирующей ЦМВИ Таблица 1 - Исследование отношения шансов реактивации ЦМВИ при искусственном вскармливании с точки зрения доказательной медицины

явились анемия ($120,2 \pm 3,8$ г/л), тромбоцитопения ($169,6 \pm 4,6 \times 10^9$), лимфоцитоз ($69,5 \pm 4,7\%$), лейкоцитоз ($23,4 \pm 4,3 \times 10^9$), гипопротейнемия ($48,2 \pm 5,1$ г/л), повышение трансаминаз (АлАТ- $6,3 \pm 2,5$, АсАТ- $7,6 \pm 2,7$). Среднее значение титров IgG антител составило 2,594 при оптической плотности критической величины 0,230, у матерей титр антител был, как правило, ниже – 1,248/0,124.

Анализ характера течения ЦМВИ в постнеонатальном периоде в группе детей с рецидивирующим течением заболевания показал дальнейшее поражение многих органов и систем. Особое место в клинике заболевания занимала патология нервной системы. В динамике инфекционного процесса отмечается достоверное нарастание неврологической симптоматики с формированием структурных изменений головного мозга.

При наблюдении детей с хроническим течением ЦМВИ, имеющих рецидивирующее течение, на первом году жизни отмечено формирование полиорганной соматической патологии. Манифестация клинических симптомов имела место в возрасте от 3-х месяцев и старше, что, по-видимому, явилось следствием реактивации вируса на фоне проведения вакцинации (первой АКДС), а также увеличением числа детей, переведенных на искусственное вскармливание со сниженной резистентностью.

У детей с латентным течением инфекции на первом году жизни отсутствовали признаки манифестации клинических проявлений, лишь в 20% случаев выявлялась фоновая патология в виде рахита, белково-энергетической недостаточности и анемии и незначительные нейросонографические изменения (расширение боковых желудочков головного мозга). Резистентность детей была высокая, все они относились ко второй группе здоровья. Однако к концу первого года жизни и старше наблюдалось прогрессирование неврологических нарушений, которое проявлялось внутричерепной гипертензией в 50% случаев по данным эхоэнцефалографии и глазного дна, церебральным синдромом в 33,3% случаев, задержкой речевого и моторного развития в 33,3%, эпилепсией, гидроцефалией, снижением слуха у 1 ребенка. Двое детей относились в группу часто болеющих (по 5-6 раз в год). При этом в ИФА крови регистрировались высокоavidные антитела в титрах, превышающих оптическую плотность критической величины в 2-4 раза и не более с детекцией ДНК вируса в моче или слюне. Таким образом, латентно-персистирующее течение инфекции, несмотря на отсутствие, клинических проявлений в грудном периоде, приводит в дальнейшем к формированию церебральной патологии.

С целью выявления факторов реактивации ЦМВИ, мы использовали четырехпольную таблицу (таблица 1).

Искусственное вскармливание +	Рецидивное течение	Латентное течение
	26 А	2 В
Искусственное вскармливание -	69 С	24 D
Всего	95	26

Шанс развития факторов реактивации хронической инфекции у детей с рецидивирующим течением - $A/C = 26/69 = 0,37$. Риск развития реактивации ЦМВИ у пациентов с персистирующим латентным течением - $B/D = 2/24 = 0,08$. Отношение шансов - $(A/C)/(B/D) = 0,37/0,08 = 4,6$. По результатам таблицы установлено, что шанс (или относительный риск) развития факторов реактивации ЦМВИ у пациентов с

рецидивирующим течением инфекции при искусственном вскармливании в 4,6 раза больше, чем в группе с латентным течением, что свидетельствует о достаточной силе связи между изучаемыми факторами.

Аналогично было рассчитано отношение шансов реактивации хронической инфекции при вакцинации, низком социальном уровне родителей, интеркуррентной инфекции (таблица 2).

Таблица 2 - Факторы реактивации хронического течения ЦМВИ

Факторы реактивации	Отношение шансов (сила связи)
Искусственное вскармливание	4,6
Присоединение интеркуррентной инфекции	3,0
Вакцинация	2,6
Низкий социальный уровень родителей	2,0

Таким образом, факторами реактивации хронического течения ЦМВИ являются искусственное вскармливание, присоединение интеркуррентной инфекции, вакцинация, низкий социальный уровень родителей.

Выводы

1. Врожденная ЦМВИ имеет хроническое персистирующее течение, что обусловлено внутриклеточной локализацией возбудителя.
2. Хроническое течение ЦМВИ протекает с частыми рецидивами (рецидивирующее течение) либо без рецидивов (латентно-персистирующее течение).
3. Непрерывно-рецидивирующее течение ЦМВИ приводит к формированию церебральной и соматической патологии.
4. У детей с латентным течением ЦМВИ в 50% имеет место внутричерепная гипертензия, в 33,3% - церебрастенический синдром, 33,3% - задержка предречечного и моторного развития.
5. Факторами реактивации хронического течения ЦМВИ являются искусственное вскармливание, присоединение интеркуррентной инфекции, вакцинация, низкий социальный уровень родителей.

Литература

1. Гранитов В. М. Герпесвирусные инфекции. - М: Медицинская книга. - 2001. - С. 80.
2. Григорьева Е. А., Московская И. А. et al. Перинатальная цитомегаловирусная инфекция (клинико-лабораторные параллели) // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2003. - №1. - С. 40-42.
3. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. - М.: Медицина, 2003. - 424 с.
4. Манзенюк О. Ю., Москалец О. В. Цитомегаловирусная инфекция у детей с различной инфекционно-воспалительной патологией // Медицинская иммунология. - 2003. - №3/4. - С. 305-306.

УДК 616.36. – 002.12/.14: 612.648:616 – 053.2

ЖЕЛТУХА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Хайбуллина Г.М., Соколова Е.П., Хван О.Э.,

Чердиченко О.Н., Смирнов К.А., Касаинова Р.К., Тойшибекова Г.А., Есенжанова М.А.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ГККП ГП №15, г. Алматы

Желтуха встречается у 80% всех недоношенных (у доношенных – в 60% случаев), более выражена и длительна (иногда до 3-4 недель) по сравнению с доношенными детьми (1). Желтушный синдром может быть проявлением различных заболеваний, приводить к серьезным последствиям для жизни и здоровья ребенка (1, 2). Ранняя выписка ребенка из родильного дома требует изменения представлений о динамике нарастания уровня билирубина впервые 24-48 часов жизни, а также принципов наблюдения за ребенком с желтухой в неонатальном периоде (3). Поэтому знание врачом причин, методов диагностики и лечения желтух у недоношенных детей имеет большое значение для обеспечения качества дальнейшей жизни ребенка (3,4).

Ключевые слова: шкала Крамера, билирубин, неонатальный период, врачебная амбулатория (ВА), качество жизни ребенка.

Жаңа туылған балалардағы сарғаюдың ерекшеліктері

Хайбуллина Г.М., Соколова Е.П., Хван О.Э.,

Чердиченко О.Н., Смирнов К.А., Касаинова Р.К., Тойшибекова

Г.А., Есенжанова М.А.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

«№15 ҚП» Алматы қ.

Сарғаю синдромы көптеген аурулардың көрінісі ретінде болады және баланың денсаулығына және өміріне қауіп төндірүі мүмкін. Сондықтан, дәрігерге шала туылған балалардағы сарғаюдың анықтау әдістерін және емін білу, баланың кейінгі өмір сүру сапасын қамтамасыз етуде маңызды орын алады.

Jaundice in premature infants

Khaibullina GM, Sokolov EP, Hwang O.E., Cherednichenko O.,

Smirnov K.A., Kasainova R.K., Toyshibekova G.A., Esenzhanova M.A.

Jaundice occurs in 80% of all premature (in term - 60% of cases), more severe and long lasting (sometimes up to 3-4 weeks) as compared to full-term children (1). Icteric syndrome may be a manifestation of various diseases, lead to serious consequences for life and Child Health (1, 2). Early discharge from the hospital the child requires a change in ideas about the dynamics of increase of bilirubin level for the first time 24-48 hours of life, as well as the principles of supervision for a child with jaundice in the neonatal period (3). Therefore, knowledge of medical causes, diagnosis and treatment of jaundice in preterm infants is of great importance to further ensure the quality of life (3,4).

Цель исследования: 1) Оценить эффективность шкалы Крамера в оценке тяжести течения желтушного синдрома у

недоношенных новорожденных в условиях врачебной амбулатории (ВА); 2) Оценить частоту встречаемости и этиологию желтух у доношенных и недоношенных детей; 3) Оценить эффективность схемы лечения желтух у недоношенных новорожденных в условиях ВА.

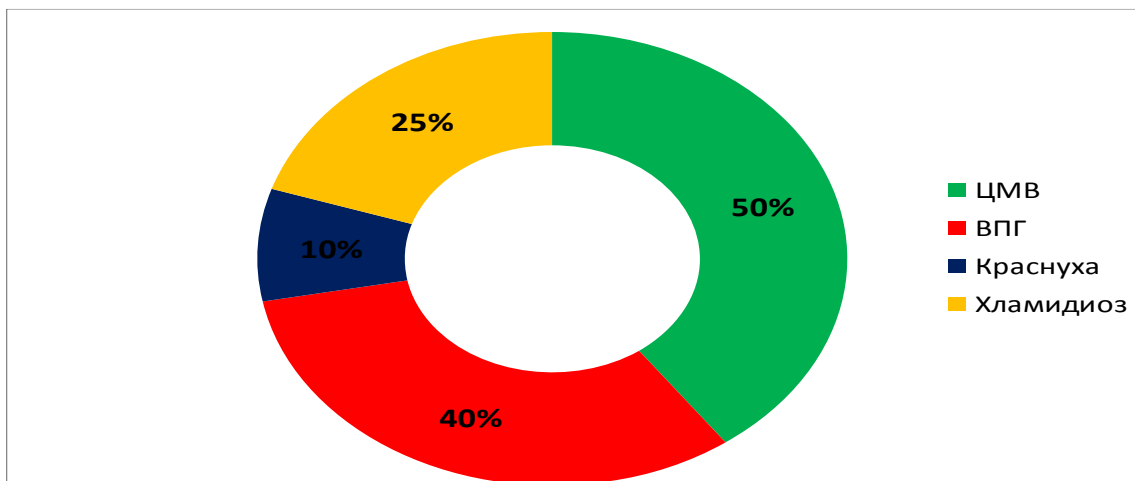
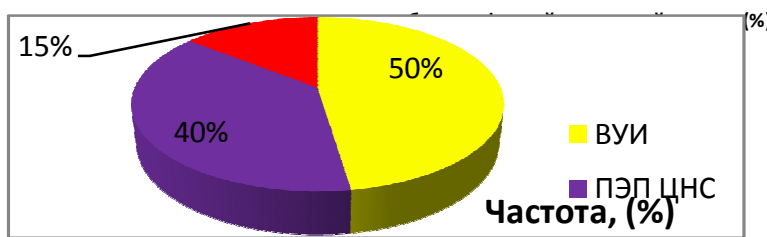
Материал исследования:

Оценка по шкале Крамера проводилась следующим образом: 1 зона – окрашивание кожи лица и шеи, 2 зона - окрашивание кожи до уровня пупка, 3 зона – окрашивание кожи от пупка до колен, 4 зона - окрашивание верхних отделов рук и ног, включая голень, 5 зона – полное окрашивание рук и ног, включая кисти рук и стопы ног (4). По распространенности физиологическая желтуха занимает 1-3 зоны по шкале Крамера, что соответствует уровню общего билирубина в пределах 150 ммоль/л и удовлетворительному состоянию ребенка. Шкала Крамера представляется особенно удобной для работы семейного врача, т.к. банальный забор крови является проблематичным у этого контингента детей.

Результаты исследования: На базе «ГП №15» были обследованы 30 недоношенных новорожденных детей с желтушным синдромом. Были созданы 2 группы: контрольная – ее составили 10 недоношенных детей с физиологической желтухой в 1- 3 зонах по шкале Крамера и основная – с затяжной, свыше 3 недель желтухой, в нее вошли 20 недоношенных детей. По результатам проведенного клинического исследования в 10% случаев, желтуха у новорожденных встречалась при ВУИ. У 10 – ти матерей наблюдалась цитомегаловирусная инфекция, что составило 50% от числа наблюдаемых. Вирус простого герпеса выявлялся у 8 (40%) пар мать - недоношенный ребенок, краснуха у 2 пар (10%), хламидиоз у 5-ти пар (25%). Поражение ЦНС наблюдалось у 50 % недоношенных детей, анемия – у 40%, сочетание 2-х внутриутробных инфекций – у 15% обследованных основной группы.

Частота желтушного синдрома при различных патологиях в основной группе, (%)

Частота развития желтух при внутриутробных инфекциях у недоношенных основной группы (%)



Клинические проявления желтух были следующими: раннее появление и усиление желтухи, гипомегалобластический характер течения желтухи, гепатоспленомегалия, геморрагический синдром, непостоянная ахолия стула, темно-желтая моча, обильная желтуха под правый бок 2 -3 раза в неделю. Согласно доказательной терапии в лечении желтух используются препараты урсодезоксихолевой кислоты. В ходе исследования урсодезоксихолевая кислота назначалась в дозе: 20 мг/кг/сут в 2 приема в острый период. Курс составил 7-10 дней. Затем 8-10мг/кг/сут 1 раз в день, длительно. Курс до 3 мес. Индикаторами эффективности лечения были: удовлетворительное клиническое состояние ребенка; локализация желтухи в 1-3 зонах по шкале Крамера, налаженное грудное вскармливание.

Выводы

- Прогноз развития желтухи у детей, зависит от течения основного заболевания, а также от степени нарушения
- Применение шкалы Крамера при оценке степени желтушного синдрома позволяет оценить уровень общего Вi крови у новорожденных.
- Применение шкалы Крамера семейным врачом позволяет неинвазивно, нетравматично оценить динамику желтушного синдрома у новорожденных, что позволяет широко использовать ее в практике.

Литература

1. Шабалов Н.П. Неонатология 2004г., 608с.

билирубинового обмена показателями которого являются: Вi и его фракции, АЛТ, АСТ.

- ВУИ утяжеляют и пролонгируют течение желтушного синдрома
- 2. Kleiman: Nelson Textbook of Pediatrics, 18 th ed., 2007, Chapter 43.
- 3. Неонатальные желтухи (Пособие для врачей) Москва, 2004г., - 25 с.
- 4. Основы ухода за новорожденным и грудное вскармливание: Руководство Европейского Регионального Бюро Всемирной Организации Здравоохранения, 2002.

УДК 616.211/.23-036.1:611-018.1:574

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

Умбетова Л.Ж.

Кафедра детских болезней №1, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,

Ластанған ауа жағдайында өмір сүріп жатқан балалардың тыныс алу ағзаларының созылмалы аурулары кезіндегі шырыш қабатының өзгерістері

Умбетова Л.Ж.

Ластанған ауа жағдайында өмір сүріп жатқан балалардың тыныс алу ағзаларының созылмалы аурулары кезіндегі шырыш қабатының өзгерістері зерттелді. Арал аймағының ауасы тұз түзуші заттар және ауыр металдармен ластанғаны белгіленді. Тексерілген балалардың 79,5 %-да жоғарғы тыныс жолдарының аурулары анықталды, ал 20,4%-да жоғарғы тыныс жолдарының патологиясы табылмады. Жоғарғы тыныс жолдары ішінде алғашқы орында созылмалы тонзиллит - 50,3%, созылмалы риносинусит – 4,8%, созылмалы фарингит 7,1%, сонымен қатар жоғарғы тыныс жолдарының аралас патологиясы 31,8 % жағдайда кездесті. Цитоморфологиялық тексеруде жоғарғы тыныс жолдарының шырышты қабатының бұзылуы, оның терең де күрделі өзгеруінде, эпителидің клетка деңгейінде дистрофиялық өзгерісі десквамациялық, пролиферациялық және де дисплазияның әр түрлі дәрежесі анықталды.

Изменения слизистой оболочки при хронических заболеваниях органов дыхания у детей, проживающих в условиях загрязнения атмосферного воздуха

Умбетова Л.Ж.

Резюме Изучены изменения слизистой оболочки при хронических заболеваниях органов дыхания у детей, проживающих в условиях загрязнения атмосферного воздуха. Основными загрязнителями атмосферного воздуха Аральского региона являются солеобразующие вещества и тяжелые металлы. Среди обследованных детей у 79,5% выявлены хронические болезни верхних дыхательных путей, а у 20,4% детей патологии верхних дыхательных путей не выявлено. В структуре заболевания верхних дыхательных путей доминирующее место занимает хронический тонзиллит – 50,3%, хронический риносинусит – 4,8%, хронический фарингит 7,1%, а также встречались сочетанные патологии верхних дыхательных путей в 31,8 % случаев. Цитоморфологические исследования мазков-отпечатков слизистой оболочки верхних дыхательных путей представлены глубокими и грубыми нарушениями на клеточном уровне в виде дистрофических изменений эпителия с

десквамацией, пролиферацией и дисплазией различной степени.

Ключевые слова цитология, слизистая оболочка, верхние дыхательные пути, экология.

The change of the mucous membrane with chronic respiratory diseases of children living in conditions of air pollution

L. Zh. Umbetova

Abstract Studied changes in the mucosa of chronic diseases of the respiratory system in children living in conditions of pollution of atmospheric air. The main air pollutants of Aral region are salification substances and heavy metals. Among the surveyed children from 79,5 % identified chronic diseases of the upper respiratory tract, and 20,4% of children diseases is not found. In the structure of illnesses of respiratory chronic tonsillitis is have dominant place-50,3%, chronic rinosinusit-4,8%, chronic pharyngitis-7,1%, and also met composite upper respiratory pathology in 31,8 % of the cases. Severe infringements of cells such as epithelium dystrophic changes with desquamation, proliferation and dysplasia of different degree are revealed during cytological research of smears-prints of upper respiratory tract mucosa.

Keywords cytological, upper respiratory tract, mucosa, ecology.

Органы дыхания ребенка принимают на себя основную часть экспозиции вредных веществ атмосферного воздуха. Общеизвестно, что при загрязнении воздуха взвешенными частицами увеличивается распространенность респираторных симптомов у населения. Хронические эффекты загрязнителей могут проявляться воспалением глаз, носа, горла и увеличением чувствительности респираторного тракта к инфекциям и высокой хронической заболеваемостью органов дыхания [1; 2]. В настоящее время понимание качественных и количественных эффектов ряда загрязнителей атмосферного воздуха остается неизученным. Проблема возможности появления «новых» хронических заболеваний органов дыхания от длительного комбинированного действия загрязняющих веществ, содержащихся в атмосферном воздухе, весьма актуальна [3].

Цель исследования – изучить цитологические особенности повреждения слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей, длительно проживающих в регионе экологической катастрофы Приаралья.

Материал и методы

Исследование проводилось в рамках проекта «Определение химической и радиационной нагрузки на организм детей в регионе экологической катастрофы Приаралья и разработка стратегии реабилитации» по гранту Международного научно-технического центра, выполняемого совместно с Институтом ядерной физики Национального ядерного центра Республики Казахстан.

Учеными проводился анализ воздушных фильтров гравиметрическим методом для определения общего количества взвешенных аэрозольных частиц в атмосферном воздухе в регионе Аральского моря. Анализ макро- и микроэлементного состава проводился с использованием ряда ядерно-физических методов, включая нейтронно-активационный, протонно-индуцированный рентгеновский анализ, атомно-эмиссионную спектрометрию.

Результаты проведенных исследований показали высокое содержание макроэлементов Na, K, S, Cl, Pb, Cr, Cu, Sr, Zr в аэрозольных частицах атмосферы Приаралья. Обнаружено, что концентрация этих макроэлементов во взвешенных частицах воздушного бассейна Приаралья увеличивается по мере приближения к Аральскому морю.

Для выполнения работы применен комплекс общеклинических и цитологических методов исследования 210 детей в возрасте от 4 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении «Экология и дети» Республиканской детской клинической больницы «Аксай» (основная группа). Все пациенты с рождения проживали в Аральском регионе. Также, обследованы 50 детей в возрасте от 6 до 14 лет, составившие группу сравнения, проживающих в пос. Алатау Алматинской области в экологически благополучном регионе. Обследование проводилось после подписания родителями информированного согласия на участие в исследовании и использование персональных данных.

У всех детей осуществлено комплексное клиническое обследование согласно разработанной карте, включавшее сбор

жалоб, анализ анамнеза, данных инструментальных методов исследования.

Для выявления степени поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей (ВДП) проведено цитологическое исследование. Использован метод мазков-отпечатков со слизистой оболочки ВДП. Мазки брали ватным тупфером, смоченным в стерильном подогретом физиологическом растворе, на уровне нижних носовых раковин. Вращательными движениями без надавливания наносили мазки на обезжиренные стекла. Образцы высушивали, фиксировали в смеси Май – Грюнвальда в течение 3 мин. и окрашивали по Романовскому – Гимзе. Микроскопию проводили под иммерсией при стандартном увеличении. Статистическая обработка материала проведена методами вариационной описательной статистики.

Результаты исследования и обсуждение

При обследовании диагностировано наличие хронических болезней верхних дыхательных путей у 79,5 % детей Приаралья. При отсутствии поражения ЛОР-органов подобные заболевания выявлены у пациентов основной группы в 20,5 % случаев. В группе сравнения заболевания ВДП выявлялись в 2 раза реже: в 48,0 и 52,0 % случаев соответственно.

Патология верхних дыхательных путей была представлена такими нозологиями, как хронический тонзиллит, хронический ринит, хронический риносинусит, хронический фарингит, нередко диагностировалась сочетанная заболеваемость ВДП (табл. 1). В основной группе пациентов хронический тонзиллит диагностирован в 50,3, а в группе сравнения – в 66,6 % случаев. Хронический риносинусит обнаружен у лиц основной группы в 4,2 % случаях, хронический ринит – у 3,6 % детей. Искривление носовой перегородки установлено у двоих больных. В группе сравнения эти заболевания не встречались. Тем не менее хронический фарингит в группе сравнения диагностировался чаще (16,6 %) в отличие от основной группы (5,4 %; $p < 0,05$). Сочетанная патология верхних дыхательных путей среди детей основной группы обнаруживались в 2 раза чаще, чем в группе сравнения – в 31,8 и 16,6 % случаев ($p < 0,05$).

Таблица №1

Структура заболеваний верхних дыхательных путей у обследованных детей

Нозология	Дети Приаралья (n=167)		Контрольная группа (n=24)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хронический тонзиллит	84	50,3	16	66,6
Хронический риносинусит	7	4,2	-	-
Хронический ринит	6	3,6	-	-
Хронический фарингит	9	5,4	4	16,6
Искривление носовой перегородки	2	1,2	-	-
Сочетанная патология	53	31,8	4	16,6

Для оценки степени поражения на клеточном уровне проводили цитологическое исследование слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Анализ показателей структурно-клеточных изменений поверхностного эпителия слизистой оболочки ВДП позволил определить дистрофические и диспластические изменения у пациентов

основной группы. Так, при дистрофии I степени клетки эпителия были в виде гидропии, дистрофия II степени характеризовалась появлением единичных очагов некроза, в случае значительного преобладания некротических изменений диагностировалась дистрофия III степени. Также выявлены дисрегенераторные изменения клеток эпителия слизистой оболочки, которые

проявлялись дисплазией слабой или умеренной степени. При слабой дисплазии ядра клеток были крупные с грубозернистой глыбчатой структурой хроматина, крупными нуклеолами,

ядерная оболочка уплотнена. При дисплазии умеренной степени клетки характеризовались наличием крупных ядер с грубозернистой глыбчатой структурой хроматина, крупными нуклеолами, уплотнением ядерной оболочки и выраженными признаками ороговения (кератогиалинизации) при гипохромном крупном ядре. У большинства детей с хроническим тонзиллитом, проживающих в Аральском регионе, выявлены става поверхностного эпителия слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Так, дистрофия слизистой оболочки III степени наблюдалась в 60,7 % случаев, у 29,7 % лиц

выявлены умеренные дистрофические изменения. У этих же детей диспластические изменения поверхностного эпителия слизистой оболочки ВДП слабой и умеренной степени наблюдались в 33,3 и 30,9 % соответственно. В группе сравнения у детей с хроническим тонзиллитом, проживающих в экологически благоприятном районе, выявлена только дистрофия легкой степени (20,0 %). Данные представлены в табл. 2.

Таблица №2

Степень поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей у обследованных детей Приаралья и в группе сравнения по нозологиям

Нозология	Абс	Д I		Д II		Д III		ДСС		ДУС	
		абс	%	Абс	%	абс	%	абс	%	Абс	%
Хр. тонзиллит											
Основная группа	84	7	8,3	25	29,7	51	60,7	28	33,3	26	30,9
Группа сравнения	16	4	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Хр. риносинусит											
Основная группа	7	1	14,2	3	42,8	3	42,8	3	42,8	2	28,5
Группа сравнения	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Хр. фарингит											
Основная группа	9	-	-	3	33,3	5	55,5	1	11,1	5	55,5
Группа сравнения	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Сочетанная патология											
Основная группа											
Группа сравнения	53 4	12 4	22,6 100,0	21 -	39,6 -	18 -	33,9 -	8 -	15,0 -	11 -	20,7 -
Без ЛОР патологии											
Основная группа	43	7	16,3	12	27,9	23	53,4	13	30,2	11	25,5
Группа сравнения	26	2	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-

Примечание: ДI, ДII, ДIII – дистрофия I, II, III степени, ДСС- дисплазия слабой степени, ДУС – дисплазия умеренной степени.

У детей основной группы с сочетанной патологией дистрофия слизистой дыхательных путей III степени наблюдалась в 39,6 % случаев, дисплазия умеренной степени – в 33,9 % случаев. В группе сравнения с сочетанной патологией у 4 детей установлены дистрофические изменения поверхностного эпителия верхних дыхательных путей легкой степени.

У детей основной группы, у которых клинически не выявлена патология ЛОР- органов, в мазках-отпечатках определены структурно-клеточные изменения поверхностного эпителия слизистой оболочки, характерные для дистрофии III (53,4 %) и II (29,7 %) степеней тяжести. В группе сравнения при отсутствии заболеваний ЛОР- органов дистрофия легкой степени встречалась только у 2 детей (см. табл. 2).

Цитологическое исследование слизистой оболочки поверхностного эпителия верхних дыхательных путей у большинства детей Приаралья установило преобладание дистрофических процессов II–III степеней, диспластических изменений слабой и умеренной степени. В группе сравнения подобные изменения не выявлялись либо были легкой степени тяжести. Полученные данные указывают, что загрязнение воздушного бассейна региона Приаралья в значительной степени влияет на состояние верхних дыхательных путей у детей.

Выводы

1. Выявлена высокая частота патологии верхних дыхательных путей у детей Приаралья, очевидно, вследствие контакта с загрязненным атмосферным воздухом. Это способствует раннему формированию глубоких повреждений слизистой оболочки дыхательных путей.
2. Нарушения дифференцировки клеточных элементов эпителия дыхательных путей свидетельствуют о наличии дистрофии и дисплазии различной степени. Обнаруженные изменения в слизистой оболочке ВДП свидетельствуют о неблагоприятной

экологической ситуации и загрязненности воздушного бассейна токсическими веществами.

Список литературы

1. Биличенко Т. Н., Чигирева Э. И., Ефименко Н. В., Минаева Л. Г., Осипов Ю. С. Загрязнение атмосферного воздуха и болезни органов дыхания // Пульмонология. 2003. № 1. С. 10–11.
2. Abbey D. E., Nishino N., McDonnell W. F., Burchette R. J., Knutsen S. F., Lawrence Beeson W., Yang J. X. Long-Term Inhalable Particles and other Air Pollutants Related to Mortality in Nonsmokers // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1999. Vol. 159, № 2. P. 373–382.
3. Пинигин М. А. Теория и практика оценки комбинированного действия химического загрязнения атмосферного воздуха // Гиг. И сан. 2001. № 1. С. 14–18.

Стоматология**Stomatology**

УДК 616.716-001.5-031.14-082

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ*К.Б. Дюсупов, В.О. Кенбаев**Шымкентская городская больница скорой медицинской помощи***Specialized assistance for combined fractures of the maxillofacial region***K.B. Dyusupov, V.O. Kenbai**Shymkent city hospital emergency care*

The authors stressed the necessity of foundation of traumatological centres in big city which could be helpful in rendering specialized skilled dental assistance to the patients with maxillofacial injuries with the aim of preventing organizational, diagnostic and therapeutic errors.

Жақ-бет аумағы сүйектерінің жанамаласқан сынықтары кезінде көрсетілетін арнайы жәрдем

Жанамаласқан бассүйек-ми және жақ-бет жаракаттары кезінде диагностиканы, емдеуді және алдын алуды жақсарту үшін ірі қалаларда осы науқастарға арнайы медициналық жәрдем беретін тиісті жабдықтармен қамтылған травматология орталықтарын салу мәселесін өзекті деп есептеген жөн.

Одной из актуальных проблем стоматологии является оказание специализированной помощи больным с сочетанной черепно-мозговой, челюстно-лицевой и внечерепной травмой.

Интерес к этой проблеме в последнее десятилетие обусловлен значительным ростом летальности при данной патологии по сравнению с таковой при изолированной травме. Согласно данным литературы последних лет, летальность при изолированной травме составляет 1,5-2%, а при сочетанной 28,6% (1).

Переломы лицевого скелета, сопровождающиеся черепно-мозговыми повреждениями, являются наиболее часто встречающейся разновидностью сочетанных травм.

Такие больные составляют, по данным литературы, 51-53% всех стационарных пациентов с травмами (2,3,4).

Для оценки частоты и характера челюстно-лицевой травмы среди больных с множественными повреждениями скелета мы осуществили статистическую обработку карт выбывших из стационара пациентов.

Проанализировано 1577 историй болезни больных, находившихся в Шымкентской городской больнице скорой медицинской помощи.

Установлено, что среди травматологических больных 39,2% имели сочетанную челюстно-лицевую, черепно-мозговую и внечерепную травму. Мужчин было 83,6%, женщин 16,4%. Возраст пациентов колебался от 18 до 60 лет и старше. Наибольшую группу (48,5%) составили больные наиболее трудоспособного возраста, т. е. 21-40 и 41-60 лет.

Характер травм был следующим: наиболее часто отмечалась бытовая травма 78,8% случаев, затем транспортная - 16,7%, производственная - 3,2% и спортивная - 0,4%, заболевания 0,9%.

Из числа пострадавших с сочетанной травмой 51,9% поступили в стационар в состоянии алкогольного опьянения.

Все госпитализированные с сочетанной травмой были разделены условно на 3 группы.

В 1-ю группу включили 424 больных с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой. Преимущественно это были лица мужского пола (368), у которых преобладала бытовая травма (237). Средний койко-день у них составил 10,2.

Во 2-ю группу вошли 68 пострадавших с внечерепными повреждениями при сочетанной травме челюстно-лицевой локализации. Наиболее высокий средний койко-день (21,2 дня)

был отмечен при переломах трубчатых костей в сочетании с травмой челюстно-лицевой области.

3-ю группу составили 192 больных с внутрискелетными повреждениями при сочетанной травме челюстно-лицевой локализации. Наибольшее число больных (77) имели множественную травму. Среди них переломы нижней челюсти, трубчатых костей, ушибы мозга были у 24, переломы нижней челюсти, ребер, сотрясение головного мозга у 18, переломы верхней челюсти, костей таза, основания черепа у 8, переломы трубчатых костей, ребер, раны лица у 21, переломы ключицы, скуловых костей, ссадины лица у 6.

В связи с тяжестью травмы 23 (3,8%) больных 3-й группы при поступлении были госпитализированы в реанимационное отделение, при этом 4 (0,7%) из них умерло, несмотря на комплекс проводимых реанимационных мероприятий.

Согласно нашим данным, больные с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой составили 70,2% всех пострадавших больных с травмой челюстно-лицевой локализации.

Последнее обстоятельство свидетельствует о необходимости оказания данной категории больных специализированной стоматологической помощи в ранние сроки с момента госпитализации.

Таким образом, для улучшения диагностики, лечения и профилактики осложнений при сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме следует считать актуальным создание в крупных городах травматологических центров по оказанию специализированной медицинской помощи указанным больным, оснащенных соответствующим оборудованием. В центре должна круглосуточно работать бригада врачей: травматолог, невропатолог, нейрохирург, окулист, оториноларинголог, анестезиолог-реаниматолог и челюстно-лицевой хирург, а также средний и младший медицинский персонал.

Комплексное обследование пострадавших специалистами позволит осуществлять раннюю диагностику имеющихся повреждений, составлять план необходимых лечебных мероприятий, устанавливать последовательность их проведения с учетом тяжести состояния больного, т. е. проводить полную медицинскую реабилитацию пострадавшего в период стационарного лечения.

Вместе с тем работа травматологического центра поможет устранить диагностические, лечебные и организационные ошибки, имеющие место при оказании медицинской помощи больным с сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травмой.

Резюме:

Для улучшения диагностики, лечения и профилактики осложнений при сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме следует считать актуальным создание в крупных городах травматологических центров по оказанию специализированной медицинской помощи указанным больным, оснащенных соответствующим оборудованием.

Литература:

1. Дерябин Е.И., Пантелеева С.М. Анализ сочетанных травм челюстно-лицевой области // Сб. тез. Докл. V Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб., 2000. - С.51.

2. Лимберг А.А., Запалова Е.В., Муштакова Т.В. Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной и множественной травме // Сов. Мед. - 1987. - №10. - С.58-60.
3. Лукьяненко А.В. Огнестрельные ранения лица. - С-Пб: Специальная Литература, 1996. - 127с.
4. Матрос-Таранец И.Н. Травматические повреждения челюстно-лицевой области: инфраструктура, закономерности локальных мышечных нарушений, лечение: Дис. ... д-ра.мед.наук.: 14.01.22.- Донецк, 2001.- 423с.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ МАГНИЕВОГО СТЕРЖНЯ НА ГЕАНГИОМАТОЗНУЮ ТКАНЬ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Ермуханова Г.Т.

Модуль стоматологии детского возраста КазНМУ

На созданной нами экспериментальной модели гемангиомы изучено действие магниевого стержня. Доказано, что магниевый стержень обладает выраженным тромбообразующим, склерозирующим свойствами.

Ключевые слова: гемангиома, эксперимент, пещеристое тело, магниевый стержень

Экспериментальді мүсінде гемангиоматозды тіннідегі магний таяқшасының өсерін зерттеу

Ермуханова Г.Т.

Тұжырым Гемангиоманың өзіміз тауып шығарған экспериментальді мүсінде магний таяқшасының өсері зерттелді. Магний таяқшасының қан ұютушы, беріштеуші қасиеттері бар екені дәлелденді.

Түйінді сөздер гемангиома, эксперимент, қуысты дене, магний таяқшасы

The study of action of a magnesium rod on a hemangiomas tissue in experimental conditions

G.T.Yermuhanova

On the experimental model of hemangioma created by us the action of a magnesium core is studied. It is proved that the magnesium core possesses expressed thrombogenic, sclerosing properties.

Keywords hemangioma, experiment, magnesium core, cavernous body

Актуальность. В экспериментальной медицине известны примеры использования модели гемангиомы для клинической апробации фармакологических и физических средств воздействия на ангиоматозную ткань. Среди них следует отметить методику Г.Г.Сафиной [1], в которой автор использовала в качестве модели капиллярной гемангиомы сосудистый рисунок кожи бедра кроликов и установила пригодность сульфата бария для окрашивания гемангиом.

Материал и методы исследования. Нами была предложена совершенно новая модель гемангиомы, максимально приближенная к естественному клиническому состоянию данной опухоли [2]. Признанной моделью гемангиомы стали пещеристые тела полового члена собак-самцов, на которых апробировался общеизвестный метод склерозирующей терапии с применением 70% раствора этилового спирта, широко применяемого в клинической практике.

Анатомически пещеристые тела полового члена построены из многочисленных перекладин, состоящих из фибринозноэластических тяжей, а среди густого сплетения перекладин находятся пещеры, выстланные эндотелием и наполняемые кровью [2].

Нами был разработан сплав биогенных металлов на основе 95,0% магния и изготовлен металлический стержень, предлагаемый для склерозирующей терапии гемангиом. Методика склерозирующей терапии с применением металлического стержня на магниевой основе апробирована на экспериментальной модели гемангиомы.

На базе научно-образовательной лаборатории Казахского национального медицинского университета выполнен эксперимент на 15 беспородных собаках-самцах массой тела от 4 до 13 кг в возрасте от 2 до 5 лет, прошедших карантин и выбраковку в условиях ветеринарной лечебницы [3].

Обсуждение результатов. Объектом исследования являлись пещеристые тела полового члена как экспериментальная модель гемангиомы. Сформированы 2 группы собак: 7 животных первой группы выводились из опыта через 14 дней, 8 собак второй группы – через 28 дней.

Эксперимент проводился под общим обезболиванием. Для этого внутривенно вводился 2% рометар из расчета 0,1 мл/кг и внутримышечно калипсол из расчета 0,2 мл/кг веса животных. После наступления глубокого наркотического сна проводилось введение магния в половой член каждой собаке по разработанной нами методике.

Предварительно магниевую проволоку диаметром 1 мм разделили на отдельные стержни длиной 1,5 см с содержанием в нем 30 мг магния, один конец которых заострили для удобства введения в дальнейшем. Перед самым введением каждый стержень опускался в 10% раствор уксусной кислоты для снятия пленки на поверхности металла, образовавшейся путем окисления при соприкосновении с воздухом.

Кожа полового члена оттягивалась до самого корня. Затем в пещеристые тела на 1 см выше головки справа полностью вводился магниевый стержень. Незначительное кровотечение останавливалось посредством механической тампонады. Затем кожа спускалась на место, и все собаки переводились в виварий, где находились на обычной диете. Все животные находились в удовлетворительном состоянии в процессе всего эксперимента и в ходе наблюдения в течение 14 и 28 дней.

Через 14 дней 7 собак первой группы были выведены из опыта. Для этого вышеуказанным способом животные были доведены до состояния глубокого наркотического сна. Обследована нижняя треть полового члена, при этом в области введения магниевых стержней металлические проволоки не обнаружены, пальпаторно определялись участки органа однородной мягкоэластической консистенции. Нижняя треть полового члена собак была ампутирована.

Ампутированные части полового члена всех 7 собак были разделены на три части: центральную – место непосредственного расположения магниевых стержней, две

боковые части – участки, пограничные с центральным. Подготовка этих фрагментов для дальнейшего гистологического исследования проводилась в условиях диагностического центра. По истечении 28 дней по вышеуказанной методике из эксперимента выводятся 8 собак второй группы.

Фрагменты ампутированного участка полового члена фиксировали в 10% нейтральном растворе формалина в течение недели, затем заливали в парафин. Блоки зафиксированного материала разрезали на микропрепараты. Окраску срезов производили гематоксилином, эозином и пикрофуксином по ван-Гизону. Просматривали в бинокулярном микроскопе DMLS с цифровой камерой Leica DFC-280 под увеличением 100,200, 1000 [4, 5, 6].

Морфологические исследования пещеристой ткани полового члена у практически здоровой собаки показали, что сосудистые полости (пещеры-каверны) отделены друг от друга

межтрабекулярными перегородками, состоящими из фиброно-эластических тяжей с примесью гладких мышечных волокон. Сосудистые полости выстланы эндотелием и наполнены кровью (рисунок 1).

В первой группе подопытных животных после введения в пещеристую ткань полового члена металлического стержня на магниевой основе на 14-е сутки наблюдения в центральном участке, где непосредственно находился стержень, в покровном многослойном плоском эпителии отмечалась незначительная базальноклеточная гиперплазия.

В поверхностных слоях паракератоз, а в субэпителиальном слое зафиксирована очаговая умеренная лимфоплазмоцитарная инфильтрация (рисунок 2).

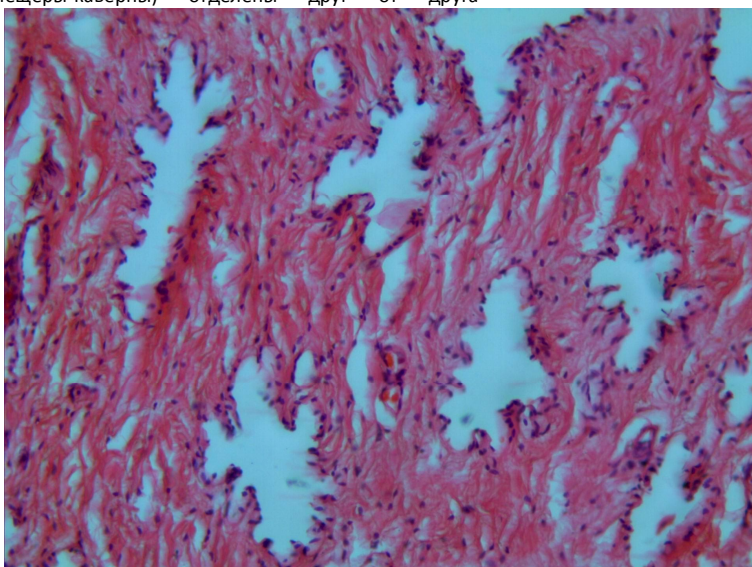


Рисунок 1 - Строение пещеристых тел полового члена собак в норме; окраска гематоксилином-эозином; увеличение 100

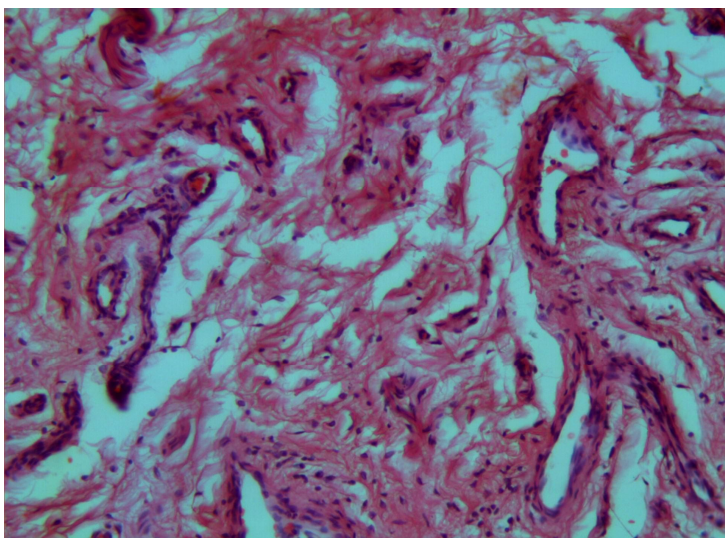


Рисунок 2 – Пещеристое тело полового члена собаки через 14 дней после введения магниевое стержня; отек и скудная лимфогистиоцитарная и периваскулярная лимфоидная инфильтрация; окраска гематоксилин-эозином; увеличение 100

В участках полового члена, прилежащих к центральному, в многослойном плоском эпителии определяются акантоз, паракератоз, очаговая гипоплазия. В пещеристой ткани видно множество сосудистых полостей различного диаметра от резко расширенных до славшихся, в некоторых встречаются

эритроциты. Межтрабекулярные перегородки широкие, фиброзированы; имеются небольшие кровоизлияния. Вокруг сосудов стромы периваскулярный отек, в просвете краевое стояние эритроцитов. В единичных пещерах встречаются мелкие пристеночные красные тромбы.

В центральном участке полового члена, куда был введен металлический стержень на магниевой основе, на 28-й день наблюдения отмечался многослойный плоский эпителий с умеренной базальноклеточной гиперплазией, паракератозом. Подлежащая соединительнотканная строма значительно фиброзирована, с утолщенными волокнами.

Пещеристая ткань состоит из круглых сосудистых полостей, разделенных утолщенными фиброзированными перегородками. В просвете отдельных полостей имеются пристеночные кальцинаты.

Заключение. Таким образом, результаты экспериментальных исследований показали, что применение металлических стержней на магниевой основе на экспериментальной модели гемангиомы приводит к выраженному склерозированию пещеристых тел полового члена подопытных животных. При этом на 14-е сутки после введения стержня в пещеристых телах наблюдалась картина неспецифического воспаления: фибриноидное набухание (гомогенные очаговые изменения), местами отек стромы, разрыхление соединительнотканых волокон. Отмечено множество сосудистых полостей различного диаметра от резко расширенных до спавшихся, в некоторых встречаются эритроциты. Межтрабекулярные перегородки широкие, фиброзированы; имеются небольшие кровоизлияния, а в большинстве пещер обнаружены формирующиеся и сформированные тромбы. На 28-й день после введения металлического стержня на магниевой основе в пещеристые тела полового члена собак-самцов отмечается фиброзированная соединительнотканная строма – в ней отмечается наличие большого количества фиброцитов и фибробластов, пещеристая ткань состоит из круглых сосудистых полостей, разделенных утолщенными фиброзированными перегородками. В просвете отдельных полостей имеются пристеночные кальцинаты, что свидетельствует о процессе склерозирования в пещеристых телах полового органа животных.

Литература

1. Сафина Г.Г. Хирургическая татуировка капиллярных (плоских) гемангиом: Автореф. Дис. ...канд.мед.наук. – Казань, 1982. – 17 с.
2. Ермуханова Г.Т., Соловьев М.М., Супиев Т.К., Колычева Н.И., Галяпин А.С. Способ моделирования гемангиомы. Авторское свидетельство № 1638720 от 1.12.1990.

ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Г.Т.Ермуханова, А.А.Тулетаев

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, стоматологический кабинет «Мастер стом»

При планировании беременности женщина должна пройти полное оздоровление всего организма. При этом особое внимание уделяется состоянию уровня стоматологического здоровья беременной, поскольку это оказывает свое влияние на здоровье ребенка в целом, так и на состояние зубочелюстной системы.

Ключевые слова женщина, беременность, стоматологическое вмешательство

Жүкті әйелдерге көрсетілетін стоматологиялық көмектің ерешеліктері

Г.Т.Ермуханова, Ә.Ә.Төлетаев

3. Западнюк И.П., Западнюк В.И., Захария К.А. Лабораторные животные, их разведение, содержание и использование в эксперименте. – Киев: Вища школа, 1983. – 349 с.

4. Общая патология человека: Руководство для врачей / Под ред. А.И.Струкова, В.В.Серова, Д.С.Саркисова: Т.2. – 2-е изд., перераб. и доп. – АМН СССР. – М.: Медицина, 1990. – 416 с.

5. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Т.1 / Под ред. Н.А.Краевского, А.В.Смоляникова, Д.С.Саркисова – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1993. – 560 с.

6. Берлов Г.А. Гистологическая диагностика важнейших опухолей человека (Практическая онкогистология). Минск, «Беларусь», 1970. - 328 с.3

Тұжырым Дүниеге баланы келтіретін алдында әйел адам өз ден-саулығын сауықтыруы жөн. Соның ішінде стоматологиялық ауруларды да толығымен емдеп шығуы тиіс, себебі болашақ ананың ден-саулығының денгейі баланың жалпы және оның тіс-жақ жүйесінің саулығына өз әсерін білдіреді.

Түйінді сөздер: әйел, жүктілік, стоматологиялық көмек, ерешеліктер

Influence of a pregnancy pathology on level of stomatologic health at children

G.T.Yermuhanova, A.A.Tuletaev

Abstract At planning of pregnancy the woman should pass full improvement of the whole organism. Thus the special attention is given to a condition of level of stomatologic health of the pregnant

woman as it makes the impact on health of the child as a whole, and on a condition of the state dental system.

Keywords women, pregnancy, dentist's invasion, features

Актуальность проблемы. Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний. Основными болезнями полости рта, с которыми сталкивается женщина, являются пародонтит и кариес. Возникают эти проблемы в силу вполне определенных причин.

Беременность – это всегда изменение гормонального фона, результатом которого является изменение кровообращения в коже и слизистых оболочках. Для кожных покровов это означает возникновение растяжек и обострение угревой болезни, для слизистых – ухудшение кровоснабжения. Это в свою очередь способствует обострению или возникновению пародонтита. Происходит это настолько часто, что согласно статистике, большинство беременных женщин страдает от гингивита той или иной степени выраженности.

Беременность всегда сопровождается изменением обмена кальция. В норме у здоровой женщины эти изменения происходят незаметно. Если же в организме есть какие-то неполадки, недостаток кальция сразу же дает о себе знать. 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.

В период беременности обостряются многие хронические заболевания: гастриты, дуодениты, энтериты, колиты – все это может приводить к нарушению всасывания кальция, что в свою очередь также приводит к снижению его уровня в организме.

Целью наших исследований явилось изучение состояния соматического и стоматологического здоровья беременных женщин, зависимости состояния зубов у будущих младенцев от течения беременности у их мам.

Материал и методы исследований. Мы вели наблюдение за 37 беременными женщинами, обратившимися за помощью и затем находившимися на учете в женской консультации городской поликлиники №17 г.Алматы. Возраст беременных женщин был в пределах от 24 до 38 лет. Большинство из них (62%) были повторно рожавшими, что наталкивало нас на мысль о том, что они должны быть в курсе всех требований по планированию беременности, а затем и деторождения.

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. Гинекологи подбирают оптимальную систему питания, назначают соответствующие витамины и медикаменты, а мы, стоматологи, предлагаем программу профилактики стоматологических заболеваний.

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, крошатся на глазах.

Зубы также теряют кальций, точнее сказать, они его недополучают. При беременности, равно как и при многих хронических заболеваниях, изменяется работа слюнных желез. Именно в слюне содержится "реминерализующая" смесь фосфатов и кальция. Омывая зубы, слюна укрепляет эмаль, предотвращая возникновение кариеса. При беременности защитные свойства слюны резко снижаются, и как следствие кариес приобретает агрессивное течение.

Происходит при беременности и ослабление иммунной системы. В полости рта в связи с этим происходит интенсивное размножение микробов, вызывающих кариес.

Результаты исследований. Все эти факторы приводят к крайне высокой заболеваемости пародонтитом, а также к кариесу. Среди наблюдавшихся у нас беременных женщин у 89,1% из них имелись существенные стоматологические проблемы: кариес у 21 и осложненный кариес – у 12 женщин. У 13 женщин (35%) наблюдался разной протяженности дефект зубных рядов, 4 из которых подобные дефекты предварительно, задолго до настоящей беременности успели восстановить мостовидными протезами, съемными микропротезами.

Оставшиеся женщины (10,9%) заблаговременно позаботились о своем здоровье и до наступления беременности прошли полную санацию у врача-стоматолога. Надо отметить, что эти женщины оказались первородящими и к беременности подошли со всей серьезностью.

Имеющиеся в организме воспалительные заболевания представляют опасность не только для зубов, но и для организма в целом и для будущего ребенка. Как утверждают ученые, у беременных женщин, имеющих скрытые очаги инфекции, в 30% случаев наблюдается инфицирование плода. У детей значительно чаще встречается снижение иммунного статуса, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта и других заболеваний.

Изменение гормонального фона во время беременности влияет, в том числе на обменные процессы в пародонте (в тканях, окружающих зуб), что способствует возникновению или обострению пародонтита. Происходит это часто, каждая беременная женщина страдает гингивитом разной степени выраженности. Если во время беременности не пролечить гингивит (воспаление десневого сосочка), то процесс переходит в **пародонтит**(воспаление тканей пародонта). Катаральный гингивит был обнаружен только у 2 пациенток, у большинства из них – у 15 – отмечен гипертрофический и атрофический гингивит, а у 8 – явления катарального пародонтита..

У женщин с проблемами со стороны тканей пародонта десна кровоточила при приеме твердой пищи и при **чистке зубов**. Отмечались образовавшиеся над- и поддесневые отложения. Наличие хронического очага инфекции в полости рта приводит к серьезным негативным последствиям. Молодая мама не имеет права подвергать риску будущего ребенка.

Наличие кариеса у матери означает его наличие и у ребенка. Близкий контакт приводит к быстрому распространению инфекции во рту малыша. На первых же прорезывающихся зубах возникает кариес. Поэтому так важно наблюдение беременной женщины, обследование ее на предмет предрасположенности к кариесу, раннее выявление и лечение кариеса и пародонтита, а также профессиональная гигиена полости рта и специфические профилактические мероприятия.

Профилактика стоматологических заболеваний. Лучшим вариантом будет то, когда во время планирования беременности женщина вылечит все свои зубы и у бактерий, вызывающих кариес, не останется ни малейшего шанса поселиться в возникающих кариозных полостях. Кроме того женщины должны наблюдаться у врача-стоматолога в течение всего периода беременности. Посещать врача-стоматолога беременной женщине следует со следующей периодичностью: первый раз – при диагностике

беременности;

до 20 недель – 1 раз в месяц; от 20 до 32 недель – 2 раза в месяц; после 32 недель – 3-4 раза в месяц.

Кариес приобретает более активное течение с середины беременности, так как начинается минерализация зачатков зубов и усиливается после 30 недель, когда идет интенсивная минерализация скелета плода. Признаком повышенной активности кариеса является появление новых кариозных полостей. Во время беременности на фоне общесоматических заболеваний, изменений гормонального фона, местных факторов полости рта, увеличивается риск заболеваний пародонта, что выражается в отечности и кровоточивости десен, их болезненности, подвижности зубов и т.д. Только при активном содействии беременной женщины врач-стоматолог может не допустить прогрессирования развития кариеса зубов и заболеваний пародонта.

Во время посещения врача-стоматолога на ранних этапах беременности получить все необходимые рекомендации по уходу за полостью рта и провести необходимое лечение. Знать и правильно проводить процедуру чистки зубов, которой должен обучить врач. Вот несколько важных принципов: всегда начинать чистку с одного и того же участка зубного ряда (например, слева, в области жевательных зубов верхней челюсти).

придерживаться определенной последовательности очищения зубов, чтобы не пропустить какого-либо участка, чистку проводить в одном определенном темпе, чтобы выдержать необходимую длительность очищения.

По рекомендации врача, его консультации и обучения, пользоваться дополнительными профилактическими средствами: нитями-флоссами, которые предназначены для удаления зубного налета и остатков пищи с труднодоступных для щетки контактных поверхностей зубов; зубными эликсирами, предназначенными для полоскания полости рта. Эликсиры улучшают очищение поверхности зубов, предупреждают образование зубного налета, дезодорируют полость рта жевательными резинками, содержащими сахарозаменители, особенно ксилит. Ксилит остается в полости рта достаточно долго и оказывает благоприятное воздействие на флору. Пользоваться жевательными резинками следует после приема пищи не более 15-20 минут. Рационально питаться. Диета должна быть индивидуальной, содержать достаточное количество белков, углеводов и жиров, а также необходимые витамины и минеральные вещества.

В связи с тем, что имеется тенденция к массовому увлечению табакокурением среди женщин, мы обязаны напомнить о том, как эта вредная привычка влияет на генеративную функцию женщины, в частности на течение беременности и здоровье ее будущего ребенка. Если у мужчин курение затрудняет зачатие из-за уменьшения количества сперматозоидов и их подвижности, снижения выработки половых гормонов, ослабления потенции, то у **курящих женщин** наряду с уменьшением способности к зачатию и нарушениями менструального цикла формируются такие изменения деятельности органов и систем, которые имеют непосредственное отношение к здоровью потомства.

У женщин, которые недавно приобрели эту вредную привычку и **продолжают курить во время беременности**, ее течение редко бывает благополучным. При курении в организм в избытке попадают вещества, подавляющие иммунную систему, от чего курящие часто болеют. А это небезразлично для плода. Никотин угнетает синтез гормонов – прогестерона и пролактина, что пагубно влияет на ребенка. При выкуривании 10-20 сигарет в день может произойти разрыв плаценты и начаться кровотечение. В плаценте обнаруживаются участки омертвения тканей, уменьшается количество кровеносных сосудов. Под влиянием никотина происходит спазм сосудов матки. Окись углерода, содержащаяся в табачном дыме, образует прочное

соединение с гемоглобином – карбоксигемоглобин, не способный переносить кислород к тканям. Все вместе это приводит к нарушению кровообращения в плаценте, а значит, к внутриутробной гипоксии и гипотрофии. Некоторые **рекомендации беременным женщинам**, нуждающимся в стоматологических вмешательствах.

Рентген зубов при беременности. Иногда для оказания квалифицированной помощи необходим **рентген зубов при беременности**. Осознавая опасность рентгена зубов при беременности, в настоящее время используется аппарат, уменьшающий излучение до долей секунды, и радиовизиограф, способный регистрировать микрооблучение, а для надежной защиты ребенка накрываются специальным фартуком грудная клетка, область живота и таза. **Не рекомендуется делать рентген зубов при беременности в первые и последние три месяца срока.** Если рентген зубов при беременности показал, что на данном этапе нет ничего серьезного, то многие процедуры лечения зубов при беременности возможно перенести на период после рождения вашего ребенка. В остальных случаях необходимо обязательно начинать лечение, а в особо критичных случаях и удаление зубов при беременности.

Удаление зубов при беременности. Как правило, **удаление зубов во время беременности** проводят либо в случае острой необходимости (боли), либо в плановом порядке, но преимущественно во втором триместре беременности. Нам известно, что **существуют противопоказания по лечению и удалению зубов при беременности, но эти противопоказания не являются абсолютными.**

Стоматолог после обследования даст необходимые рекомендации по уходу за полостью рта в домашних условиях и назначит необходимое лечение. Если возникла необходимость удаления зуба при беременности, врач-стоматолог выполнит эту процедуру с особой тактикой. В наше время существует анестезия, разработанная специально для беременных. Препараты, используемые при этом, не проникают через плацентарный барьер и не представляют никакого вреда: ни для женщины, ни для будущего малыша. Однако с более сложными хирургическими операциями (например, **удаление «зубов мудрости»**) при отсутствии на то острых показаний все же стоит повременить до конца беременности.

При удалении зубов врач-стоматолог обязан учесть срок беременности. Однако, надо учесть, что **лечение зубов при беременности под общей анестезией категорически противопоказано беременным женщинам в любом сроке.**

Современная женщина – особенно работающая – всегда бывает так занята, что протезирование зубов постоянно откладывает на потом. И только во время беременности, когда появляется свободное время, она решает пойти к стоматологу, чтобы поставить коронку, вкладку или другой необходимый протез.

Протезирование зубов является неотъемлемой частью стоматологии, но в отличие от терапевтической и хирургической стоматологии, в рамках которых врачебная помощь оказывается часто лишь при острой боли, ортопедическая помощь всегда запланирована заранее и чаще всего не бывает неожиданной. Хорошо бы все стоматологические процедуры провести заранее – до беременности. Однако если беременная женщина не успела этого сделать, то лучше заниматься протезированием в первой половине беременности. Это обусловлено тем, что в данный период общее состояние женщины, как правило, хорошее и визит к стоматологу не будет слишком тяжелым. При необходимости можно посещать стоматолога и во второй половине беременности, если общее состояние здоровья позволяет. При этом стоит отдать предпочтение тем видам протезирования, которые занимают минимум времени и не требуют обезболивания.

Надо отметить, что беременность в большинстве случаев не является противопоказанием к протезированию, и при

необходимости восстановить зубы нужно лишь обратиться к специалисту и подобрать оптимальный метод.

Заключение. Таким образом, из вышесказанного можно сделать вывод: **стоматология для беременных** может быть осуществлена во все периоды беременности и абсолютно никаким отрицательным образом не скажется на состоянии женщины, а только приведет к положительному результату. Лечение должно осуществляться не только стоматологом, но и терапевтом, который подберет для беременной женщины необходимую консервативную терапию, которая позволит сохранить зубы при стоматологическом лечении. Вовремя запланированная санация хронических очагов инфекции в полости рта и в других органах и системах у беременной женщины, поможет сохранить беременность без патологии, нормальному течению эмбрионального периода будущего ребенка.

Литература

1. Энциклопедия профилактической стоматологии / Под ред. С.Б.Улитовского. – СПб.: Человек, 2004. – 184 с.
2. Смирнов А. Беременность без проблем / Под ред. Акад.А.С.Батуева. М.: «Айрис пресс», 2002. – 208 с.
3. Хотимченко С.А., Алексеева И.А., Батурин А.К.- Распространенность и профилактика дефицита железа у детей и беременных женщин: влияние пищевого фактора. - Российский педиатрический журнал.-1999.№1.-С.21-28.
4. Акин А., Стрельцова Д. Беременность: грудное вскармливание, уход и прикорм, все о здоровье. - Май 17, 2010

ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА МЕТОДОМ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ

Д.К.Келденова

ТОО Шипадент, Алматы

Резюме Описан опыт применения метода глубокого фторирования для лечения начального кариеса зубов. Показана эффективность лака Бифлюорид 12 для глубокой флюоризации эмали при лечении начального кариеса.

Ключевые слова кариес, лечение, профилактика, глубокое фторирование, Бифлюорид 12

TREATMENT OF INITIAL CARIES BY DEEP FLUORINATION

D.K.Keldanova

Shipadent LLP, Almaty

Abstract This paper describes the experience of applying the method of deep fluoridation for the treatment of primary caries.

Abstract The article presents the results of the use of Bifluorid 12 for the prevention of dental caries and periodontal diseases among people of a young age. The efficacy of fluoride varnish among patients with dental caries and periodontal pathology was demonstrated. Bifluorid 12 was used among 35 patients with gingivitis following the performance of professional hygiene and among 22 patients after dental fillings using the leaching technique. Patient age was in a range from 18-28 years. It was noted that following a single-application of the drug, fairly low hygiene indices remained for 7 days. No cases of disturbances of the lateral position of the fillings were noted. Simplicity of use, efficacy and economics are noted for the Bifluorid 12 drug for individual prevention of dental diseases.

Key words dental caries, treatment, prevention, deep fluoridation, Bifluorid 12

ТЕРЕҢ ФТОРЛАУ ӘДІСІ АРҚЫЛЫ БАСТАПҚЫ КАРИЕСТІ ЕМДЕУ

Д.К.Келденова

Шипадент ЖШС, Алматы

Түйіндемесі Тістердің бастапқы кариесі үшін терең фторлау әдісін қолдану тәжірибесі сипатталған. Бастапқы кариесті емдеу кезінде эмальдің терең флюорлануы үшін Бифлюорид 12 лагының тиімділігі көрсетілген.

Кілттік сөздер кариес, емдеу, алдын алу, терең фторлау, Бифлюорид 12

Высокая распространенность кариеса зубов среди взрослого и детского населения диктует необходимость ранней диагностики и лечения кариозного процесса с целью предупреждения развития осложненных форм этого заболевания. Наиболее перспективным с этой точки зрения представляется своевременное выявление и лечение начального кариеса. Начальный кариес или кариес в стадии пятна характеризуется развитием в эмали зуба очагов деминерализации, что клинически выражается в появлении так называемых «меловидных пятен». Известно, что применение реминерализующих средств на этой стадии развития кариеса может способствовать редукции патологического процесса [1,2,3]. На состояние эмали зубов большое влияние оказывают фториды. Согласно современным представлениям кариесстатическое действие фторидов обеспечивается накоплением их в тканях и жидкостях полости рта. Ионы фторидов способствуют реминерализации эмали, поэтому постоянное поступление даже небольших количеств фторидов достаточно для поддержания кислотоустойчивости эмали [3,4]. Механизм противокариозного эффекта фторидов обусловлен тем, что фтор, соединяясь с гидроксипатитами эмали, образует фторпатит, понижающий проницаемость эмали. Кроме того фтор, образуя нерастворимые фториды, уплотняет кристаллическую решетку эмали, препятствует прикреплению микроорганизмов к поверхности зуба, угнетает их жизнедеятельность.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата Бифлюорид 12 при лечении начального кариеса. Под нашим наблюдением находились 24 пациента в возрасте 16-37 лет с начальным кариесом. У 18(75%) пациентов определялись единичные кариозные пятна в пришеечной области коронок зубов, у 6(25%) - множественные меловидные пятна различного размера от 1,5 до 3,0 мм в диаметре. В ряде случаев при зондировании определялась

гиперчувствительность эмали в области пятен. Для диагностики состояния эмали использовали 2% раствор метиленового синего.

Бифлюорид 12 представляет собой быстросохнущий лак в состав которого входит фторид натрия и кальция. Препарат хорошо фиксируется на поверхности сухой эмали и дентина, что позволяет достигать длительной флюоризации тканей зуба, особенно в местах излюбленной локализации кариозного процесса. Бифлюорид 12 образует водонепроницаемую защитную оболочку, которая изолирует обработанный участок эмали от химических и термических раздражителей. Перед применением препарата очищали поверхность зуба от налета и высушивали теплым воздухом. Затем тушировали кариозные пятна лаком Бифлюорид 12 с помощью губки Pele Tip, оставляя его на поверхности эмали в течение 10-20 секунд. Высушивали лак с применением теплого воздуха. Пациентам рекомендовали не чистить зубы в течение 24 часов. При таких условиях Бифлюорид 12 остается на поверхности зубов в течение нескольких дней и оказывает влияние на состояние эмали. Повторную обработку поверхности эмали проводили через 7 дней.

Результаты наших исследований показали, что в большинстве случаев (83.3%) кариозные очаги небольшого размера теряли четкость и исчезали через 5-7 дней с начала применения лака Бифлюорид 12. Через 3-4 дня существенно уменьшалась интенсивность окрашивания очагов деминерализации эмали у всех пациентов. При зондировании отмечалось уплотнение поверхностного слоя эмали и отсутствие гиперчувствительности. Таким образом, применение препарата Бифлюорид 12 для глубокой флюоризации эмали показало его высокий противокариозный эффект при лечении начального кариеса, что открывает новые перспективы в профилактике основных стоматологических заболеваний.

Литература

1. Пахомов Г.Н. Первичная профилактика стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 1982
2. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов. - М.: Медицина, 1986
3. Колесник А.Г. Возможности использования мониторинга фторида в стоматологии. // Стоматология для всех. - 1998. - №2. - С.24-26
4. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. - М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003, 288с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕОВИРА И ВИРОГЕЛЯ

Мезильбаева Д.М., Кунанбаева Т.С.

Модуль терапевтической стоматологии и пропедевтики терапевтической стоматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Несвоевременная диагностика и отсутствие рациональной терапии герпетической инфекции приводит к хронической сенсибилизации организма, на что указывает увеличение в крови у этих больных титра антител против вируса простого герпеса в 5-9 раз. Включение в состав комплексного лечения больным с герпетической инфекцией неовира и вирогеля положительно влияет на течение заболевания, предупреждает новые рецидивы.

Ключевые слова: Герпес, герпетическая инфекция, пузырек, эрозия, регенерация, эпителизация, неовир, вирогель.

Актуальность: Причиной развития герпетической инфекции является вирус простого герпеса, который после попадания в

организм человека может вызывать поражения кожи, глаз, слизистых оболочек, нервной системы, сердечно -сосудистой системы. Поэтому, как могут быть многоликими проявления герпетической инфекции – герпеса. Проявления герпеса часто имеет место в полости рта и прилежащих областях (красная кайма губ, кожа вокруг рта и носа, фото №1). Герпетическая инфекция у взрослых протекает довольно часто в виде пузырьков высыпаний в околоротовой области и на красной кайме губ, которые в течение нескольких дней подсыхают и проходят. В полости рта образуются мелкие сгруппированные пузырьки (фото №2), которые довольно быстро вскрываются и образуются очень болезненные эрозии.



Фото-№1

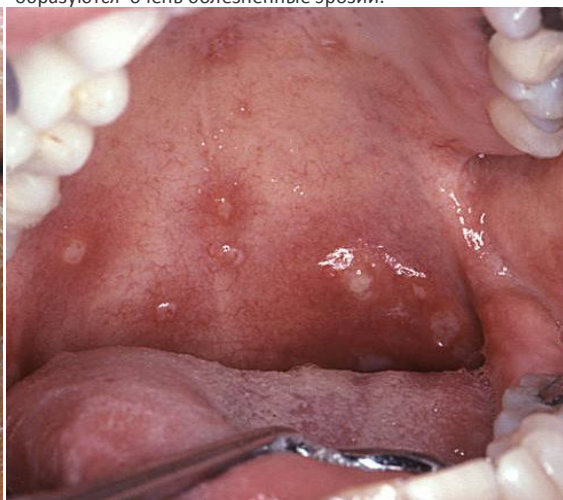


Photo courtesy of CDC – Sol Silverman, Jr., DDS

Фото №2

1

эрозии в полости рта покрываются белым или серо-желтым фибринозным налётом, а через несколько дней постепенно очищаются и эпителизируются. При отсутствии рационального лечения герпетическая инфекция приобретает рецидивирующее течение. При этом эрозии образуются без стадии пузырьков, а в результате цитопатогенного эффекта, оказываемые антителами, выработанными против герпесвируса. При этом происходит глубокое поражение тканей слизистой оболочки рта с переходом эрозии в глубокие медленно и труднозаживающие язвы, что причиняет больным тяжелые болевые страдания, мешающие приему пищи и разговору, а так же полноценному сну. В результате больной вынужден голодать не один день, а до получения рационального лечения, которое не всегда может быть своевременным. Следовательно вопрос, касающийся диагностики и лечения герпетической инфекции является актуальным, требующим своевременного разрешения. **Подход к лечению герпеса у взрослых различный.** При появлении первых симптомов герпеса у взрослых необходимо начать использовать ускоряющие регенерацию препараты – облепиховое масло, масляные растворы витаминов А и Е.

Общее лечение - противовирусные препараты (ацикловир, герпевир, зовиракс – разные названия одного препарата), можно назначить внутрь, а также в стадии заживления можно использовать внутрь, мероприятия направленные на стимуляцию иммунитета, витаминотерапия, которые назначаются в зависимости от степени тяжести болезни и общего состояния больного.

Местное лечение герпетической инфекции - проводится с целью снятия болезненных ощущений, антисептической и противовирусной обработки полости рта и других мест, где есть высыпания. А на стадии заживления лечение направлено на ускорение эпителизации поражённых участков. Нами была изучена клиническая эффективность неовира и вирогеля в комплексном лечении герпетической инфекции.

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ: клинические исследования больных, общий развернутый анализ крови, ИФА венозной крови на выявление антител против вируса простого герпеса, опоясывающего герпеса на цитомегаловирус.

Нами было принято 52 больных с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом, опоясывающим лишаем и рецидивирующим герпесом губ. Всем больным проведен ИФА на выявление титра антител на вирус простого герпеса 1 и 2 типов, на цитомегаловирус и вирус опоясывающего герпеса. Больные были сгруппированы в зависимости от продолжительности заболевания на следующие подгруппы (таблица№1) Продолжительность заболевания до 1 года – 9 больных, от 1-4 лет -12-больных, от 4 лет до 7 лет -12 больных, от 7 до 10 -13 больных и более 10 лет – 6 больных. ИФА – показал, что с увеличением продолжительности заболевания увеличивается титр антител (Ig G) на вирус простого герпеса и цитомегаловирус. При продолжительности заболевания до 1 года титр IgG увеличивается в 3 раза,, при продолжительности 1-4 лет-3,5 раза, от 4-7 лет до 5,5 раза, от 7-10 лет – 9,6 раза.

Таблица №1

Распространение больных в зависимости от пола и продолжительности заболевания

Диагноз заболевания	Возраст больных	Пол	Продолжительность заболевания
---------------------	-----------------	-----	-------------------------------

		Ж	М	До 1-го года	От 1-4 лет	С 4-7 лет	С 7-10 лет	Более 10 лет
Хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС)	18-30	30	8	5	9	10	9	5
Опоясывающий герпес	52-60	2	2	4	-	-	-	-
Рецидивирующий герпес губ	30-45	8	2	-	3	2	4	1
Итого		40	12	9	12	12	13	6

Всем больным не зависимо от пола и возраста, при повышении титра более 5,5 раза в комплексное лечение включали препарат неовир.

Неовир - иммуностимулирующее средство, оказывает противовирусное действие в отношении ДНК- и РНК-геномных вирусов. Активность связана со способностью индуцировать в организме высокие титры эндогенных интерферонов. Клетки, продуцирующие интерферон, при этом приобретают свойство вырабатывать значительно большие количества интерферона в ответ на последующую индукцию, вызываемую патологическим агентом, и это свойство сохраняется длительное время после отмены препарата. Активирует стволовые клетки костного мозга, эффекторные звенья Т-клеточного иммунитета и макрофагов, усиливает активность естественных киллерных клеток, оказывает выраженный стимулирующий эффект в отношении активности полиморфно-ядерных лейкоцитов (миграция, цитотоксичность, фагоцитоз). Обладает также противоопухолевым действием. Пик активности интерферонов в крови и тканях наблюдается через несколько часов после в/м введения препарата и сохраняется в течение 16-20 ч после введения. В результате формируется состояние резистентности клеток к вирусам, а также индуцируются иммунные реакции, направленные на уничтожение вируса и пораженных клеток. Неовир, обладающий интерферогенным и иммуностимулирующим действием всем больным вводился внутримышечно 1 раз в день с интервалом 48 часов, всего не курс лечения назначалось 7 инъекций.

Для местного лечения в первые дни применяли - мазь вирогель, который 2-3 раза наносился на очаги поражения в виде аппликата. Вирогель- рекомбинантный человеческий интерферон альфа-2b выделяют из клеток *Escherichia coli*, в генетический аппарат которых встроены ген человеческого лейкоцитарного интерферона альфа-2b. Полипептидная структура молекулы, биологическая активность и фармакологические свойства рекомбинантного белка и человеческого лейкоцитарного интерферона альфа-2b идентичны.

Вирогель — мазь на гидрогелевой основе — лекарственное средство для наружного применения, представленное адсорбированным на геле гидроксида алюминия интерфероном альфа-2b рекомбинантным, полученным из генетически модифицированного штамма-продуцента. Интерферон альфа-2b рекомбинантный имеет широкий спектр противовирусной активности, бактериостатическое и противовоспалительное действие. Толстый слой мази усложняет образование защитной пленки. Пока пленка находится на коже, происходит высвобождение интерферона и проникновение его в ткани. Показания к применению препарата вирогель: герпетические поражения кожи и слизистой оболочки – простой и опоясывающий герпес,

рецидивирующий герпес лица, гениталий, герпетический стоматит, гингивит, профилактика ОРВИ.

Применение препарата вирогель: мазь наносят на пораженные участки кожи или слизистой оболочки тонким слоем 2 раза в сутки с интервалом 12 часов и подсушивают в течение 10–15 мин для образования защитной пленки. Препарат нужно наносить тонким слоем (насколько это возможно). Количество мази объемом со спичечную головку достаточно для смазывания поверхности размером в пяти-десятиденную монету (больше 4 см²). Длительность курса лечения составляет 5–7 дней (до полного исчезновения нарушения целостности кожного покрова и слизистых оболочек).

Для профилактики ОРВИ смазывают мазью носовые ходы 2 раза в сутки. Продолжительность применения — весь период эпидемии ОРВИ, но не более 1 месяца. Препарат рекомендуется применять при контакте с больными ОРВИ.

После аппликаций мазью вирогель- эрозивные элементы эпителизовались в течение 4-х дней, а в контрольной группе в течение 8 дней. В течение 3-х 4 месяцев у больных рецидивов заболевания не отмечалось, ИФА показал снижение титра антител IgG- 2,75 раза.

Наряду с этим отмечено улучшение общего состояния больных, ускорение сроков заживления патологических элементов на СОПР, удлинение периода ремиссии, что привело к подъему общего настроения, появлению желания жить и трудиться.

Литература:

1. Мезгильбаева Д.М., Бакбаев Б.Б. Осложнения хронической вирусной инфекции. Проблемы стоматологии ,2001, №2(12) 27-30.
2. Дмитриева Л.А. и др. Терапевтическая стоматология М.2003
3. Мезгильбаева Д. М. Герпетическая инфекция и ее осложнения. Проблемы стоматологии 2010 №1-2 (47-48) стр. 69-71.
4. Мезгильбаева Д. М. И др. Комплексное лечение хронического рецидивирующего герпетического стоматита с использованием неовира. Вестник КазНМУ 2011. №4 стр.65-68.

Ауыз қуысының кілегейлі қабығының герпетік зақымдануын неовир мен вирогельді қолдана отырып науқастарды кешенді емді жүргізу

Мезгілбаева Д.М., Құнанбаева Т.С.

Түйін: Герпетік инфекцияны уақытында емес анықтау алмау және тиімді емдеу шараларың жүргізілмеуі тұлғаның созылмалы сенсбилизациялауына алып келеді. Бұн дәлем - науқастардың қанындағы қарапайым герпес вирусына 3-9 есе қарсы антиденелер титрінің көбеюі. Герпетік инфекция мен науқасты кешеді емдеуді неовир мен вирогельді қолдану ауруды, ағымын оң ықпал етеді, ремиссия кезенін ұзартаты..

Түйінді сөздер: Герпес, герпестік инфекция, көпіршік бөрткен, эрозия, регенерация, эпителийленуі, неовир, виругель.

Complex treatment of patients with herpetic lesions of the oral mucosa using neovir and virogel

Mezgilbayeva D. M., Kunanbayeva T.S.

Abstract: Late diagnosis and lack of rational therapy of herpes infection leads to chronic sensitization of the organism, as indicated by the increase in the blood of these patients, the titer against

herpes simplex virus by 5-6 times. The inclusion of a comprehensive treatment of patients with herpes infection and neovir virogelya a positive effect on the disease, warns the new relapses.

Keywords: Cold sores, herpes infection, a vial, erosion, regeneration, epithelialization, neovir, virogel

ОЗОНДЫ ТЕРЕҢ ТІСЖЕГІНІҢ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

Мангытаева Б.Б., Бекболатова К.А.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ терапиялық стоматология пропедевтика модулі

Тісжегіні озонды-ауалы қоспамен 1 минут аралығында өңдегенде, жылдам клиникалық әсеріне жеттік, етті – пептонды табақшасындағы агарда өскен колониялар саны азайды. Стоматология тәжірибесінде озонды кеңінен және қарапайым ретінде қолданылуға болады.

Түйін сөздер: тісжегі, озон, озонатор, микробиология, Петри табақшасы.

Применение озона в комплексном лечении кариеса

Мангытаева Б.Б., Бекболатова К.А.

Применение озонно-воздушной смеси в течении 1 минуты при лечении кариеса привело к быстрому клиническому эффекту, отмечалось снижение числа колоний, выросших на чашке с мясопептонным агаром. Применение озона прост, может широко использоваться в стоматологической практике.

Ключевые слова: кариес, озон, озонатор, микробиология, чашка Петри.

Ozone application in complex treatment of caries

Manгыtayeva B.B., Bekbolatova K.A.

Abstract Application of ozone mixture in the flow of 1 minute at treatment of caries resulted in a rapid clinical effect, the decline of number of colonies growing on a cup with on pep tonn culture agar was marked. Application of ozone is simple, can be widely used in dental practice.

Keywords: dental caries, ozone, ozone, Microbiology, Petri dish.

Барлық заманда және элем халықтар арасында әртүрлі ауруларды тудыратын патогенді микрофлораға қарсы тұру негізгі проблемалардың бірі болып табылады. Ал тісжегі дегеніміз бактериялардың әсерінен пайда болатын, тістің қатты тіндеріндегі жергілікті деминерализация ошағы. Сондықтан, тісжегіні тиімді емдеу үшін, оның басты себебі-қышқыл түзуші бактерияларды жою болып табылады. Ал қазіргі кезде тісжегіні емдеу үшін медикаментозды емес әдістерге көп көңіл бөлініп жатыр.

Өйткені:

- дәрілік препараттарға аллергиялық реакцияның жиі болуы;
- кеңінен қолданылатын антибиотиктер мен антисептиктерге микрофлораның тұрақтылығының пайда болуы.

Медикаментозды емес емдеу әдістерінің бірі- озонотерапия болып табылады. Медициналық озонды медицинаның барлық саласында қолданады.

Қазіргі таңда озонды қолдану заманауи және тиімді әдістер қатарына жатады. ОЗОН- оттегінің үш атомынан тұратын газ тәрізді қосылыс (O₃), бұл молекула бәрімізге таныс, O₂-ге қарағанда өте тұрақсыз және активті болып келеді. Концентрленген озон 10 секунд ішінде 99% патогенді микроорганизмдерді жояды. Ал озонмен емдеу уақытын 30 секундқа созсақ – онда миллиондаған микроорганизмдердің екі- үшеуі ғана тірі қалады, мұндай нәтижеге басқа ешқандай әдіспен қол жету мүмкін емес. Озон тотықтырғыш ретінде тек

патогенді микрофлораға әсер етеді, ал сау, бүтін жасушаларға әсер етпейді.

Озон организмдегі тотығу – тотықсыздандыру үрдісін белсендіретін өте күшті тотықтырғыш. Иммунды жүйенің функциясын екі-төрт есе күшейтеді. Озон-табиғи антибиотик! Организмнің жасушаларымен әсерлесіп майларды ыдыратып, пероксид түзеді. Пероксидбарлық вирустарға, бактериялар мен саңырауқұлақтарға өлтіре әсер етеді.

Озоно – терапия жасөспірімдер мен жүкті әйелдерде де қолдануға болатын абсолютті зиянсыз және физиологиялық әдіс болып келеді.

Озон микроорганизмдерге, вирустарға, саңырауқұлақтарға әсер етіп оның қабығын бұзады, сөйтіп оның өсуі тоқтап организм жасушаларымен байланысу қасиеті бұзылады.

Озон антибактериальді, антивирусты әсер етіп, бірқатар биохимиялық үрдістерді қалыпқа келтіріп, белсендіреді. Озонотерапияның артықшылығы:

- детоксикация үрдісін белсендіреді, ішкі және сыртқа токсиндердердің белсенділігін төмендетеді;
- метаболизм үрдісін белсендіреді (зат алмасу үрдісі);
- микроциркуляцияны жақсартады (қан айналымы);
- қанның реологиялық қасиеті жақсартады (қан қозғалмалы болады);
- тіндердің тыныс алуы жақсартады;
- иммунитет қалыпқа келеді;
- қабыну үрдісі басылады;
- айқын жансыздандырғыш әсер береді.

Қазіргі уақытқа дейін озонның ұлылығы жоғары деп қолданылуы шектелген болатын, сондықтан да газ түзуші генераторлар кең қолданысқа ие болмады. Озоно-терапияны қауіпсіз жүргізу үшін озонның концентрациясын, берілу жылдамдығы мен әсер ету уақытын бақылау қажет. Бұндай аппараттарға озонорезистентті материалдарды ойлап тапқаннан кейін қол жетті.

Қауіпсіздік талаптарына толықтай жауап беретін заманауи озон генераторларына W&H – Prozone, HealOzone аппараттары жатады, және олар эндодонтияда, тісжегіні емдеуде және парадонттың қабыну ауруларында кең қолданысқа ие. Аппараттың қауіпсіздігі- озонның берілу уақыты мен қажетті көлемін арттырмайтын датчигінде. Аппаратта төрт уақыттық режим: 12; 18 және 24 с. қарастырылған және аппаратқа қарамай-ақ өңдеудің басталғаны мен аяқталған уақытты бақылауға болатын олар дыбыстық сигналмен белгіленген.

6-секундтық режим тісжегі қуысына нәкротомия жүрізуге, сонымен қатар ауыз қуысының кілегей қабығының афталары мен герпестік ауруларын өңдеуге арналған. Озонаторлар арнайы жағдайды және медицина қызметкерлерін ұзақ уақыт үйретуді қажет етпейді. Науқастар әдеттегі антисептиктермен салыстырғанда озонның иісінің жағымдылығын ескере отырып энтузиазммен емделеді. HealOzone аппаратын KaVo фирмасы шығарған. Аппараттан өндірілген озон арнайы ұштық силиконды қондырғы арқылы тістің өңделетін бетіне тікелей қойылады.

Озонаторлармен тісжегіні емдеудің негізгі артықшылығы: Сұйық қосылыстарға қарағанда озонмен реакция 3500 есе жылдам жүреді.

Озон молекуласының мөлшері өте ұсақ болғандықтан тістің инфекцияланған тіндеріне тез енеді және толықтай залалсыздандыру жүргізеді.

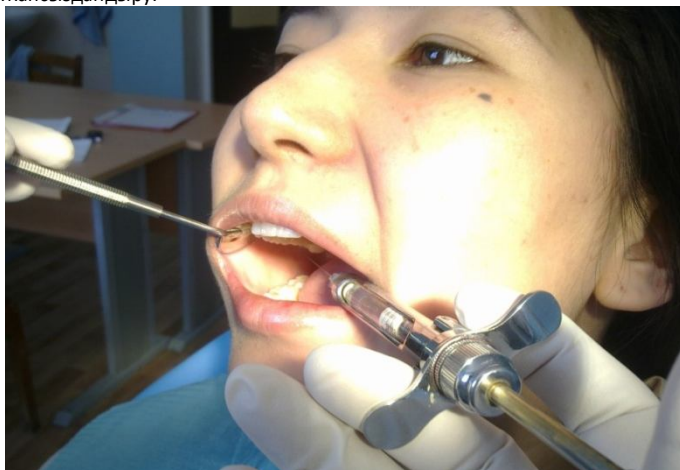
Озонғааллергиялық реакция жоқ.

Озон ауыз қуысының кілегей қабығын тітіркендірмейді.

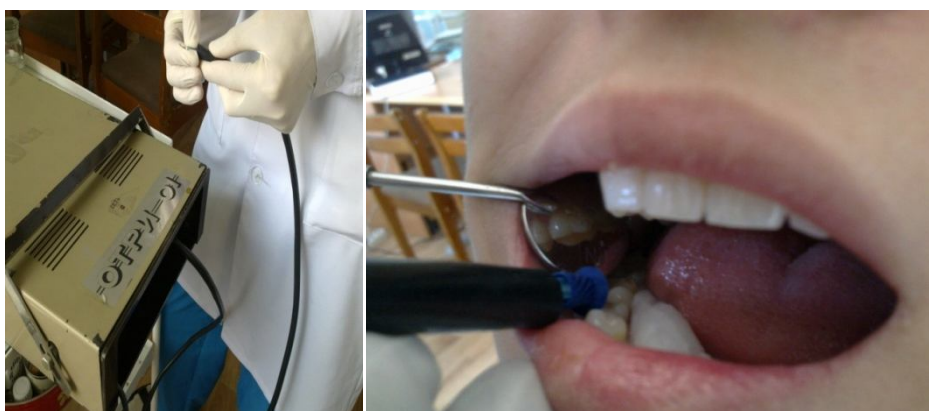
Материалдар мен әдістер: Микробиологиялық зерттеулер ҚазНМУ-дың микробиология, вирусология, иммунология кафедрасында өткізілді.

Жұмыс істеу реттілігі:

Жансыздандыру.



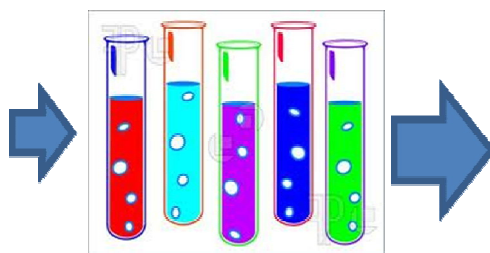
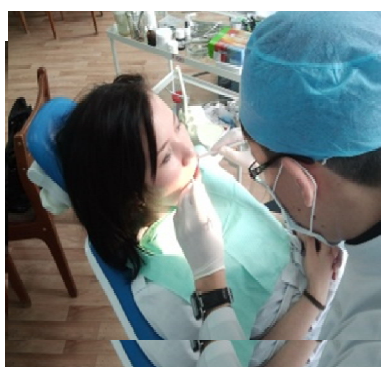
Тісжегі қуысын егеп -тазалау.



Озонатор аппараты ОТРИ -01Егеп тазаланған тісжегі қуысына озонды-ауа қоспаны жіберу

Жақпа терең тіс жегі қуысынан залалсыздандырылған білік арқылы алынды, ол тұзды сарыуызды агарлық қоректік ортаға себілді. Петри шынысына себілген заттар термостатқа орнатылды.

Микробиологиялық зерттеу әдісі:



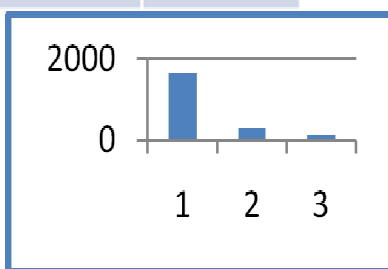
	Егеліп тазаланғаннан кейін	Сутегі асқын тотығымен өңдегеннен кейін	Озонмен өңдегеннен кейін
Колония саны	1656	324	64

$S_{\text{петри}} = \pi r^2 = 3,14 * 5 * 5 = 78,5 \text{ см}^2$
 T = 2 күн



$276 * 6 = 1656 \text{ колония} = a_1$
 $54 * 6 = 324 \text{ колония} = a_2$
 $64 \text{ колония} = a_3$

(Микробиология кафедрасының
 Бекболатова К.А.)



Микроорганизмнің санының өсуін қарап бақыладық. Егеліп тазаланғаннан кейінгі себілген микроб саны 1654 колония, сутегі асқын тотығымен өңдегеннен кейін колония саны 324, ал озоннан кейінсебілген колония саны 64 болды. Озон микроб колонияларының өсуін азайтты, яғни емнің тиімділігін көрсетті.

Қортындылай келгенде Озонның қаріесогенді микроорганизмдерге күшті антимикробты әсері болуын байқадық, өту (ену) қабілеттілігі жоғары болғандықтан антисептикалық әсері тек тістің беткі қабатына ғана емес сонымен бірге орын басушы дентинге де әсер етті. ОЗОН тісжегіні емдеуде тиімді ем қатарына жатады, сондықтан озон-терапияны тек тісжегіні өңдеуде ғана емес сонымен қатар асқынған тісжегіні емдеуде қолданған өте тиімді болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Сағатбаева А.Д. Обоснование применения озono-воздушной смеси при лечении верхушечного периодонтита. Дисс. Канд. мед. наук. - Алматы. -1998, -с.162.
2. Зазулевская Л.Я., Сулейменова Р.А., Сағатбаева А.Д., Танкибаева Ж.Г. Озон в клинике терапевтической стоматологии. Алматы. -2002, -с.-32.
3. Сборник трудов VI Всероссийской научно - практической конференции "Озон в биологии и медицине", - Нижний Новгород, - 2005.
4. Макеева К.М. Применение озона в комплексном лечении стоматологических заболеваний. Дентал таймс, выпуск 8. 2011.

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА РАНО ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИЗЛУЧЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА

Н.М. Онайбекова

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Application of ER-YAG laser for prevention and treatment of dental caries at an early eruption of permanent teeth in children

N. M. Onaibekova

Abstract Preparation of the deep fissures in the early eruption of permanent teeth to seal the rays ER and their subsequent sealing composite material exceeds the efficiency of light-cured filling material to fit the chewing surfaces of teeth, for compare with tradition.

Keywords Teeting terms, caries preventive maintenance, lasers in stomatology, hermetic sealinc, caries treatment.

Балалардың ерте шыққан тұрақты тістерінің кариесін эрбий лазерінің сәулелендіруін қолдану арқылы емдеу

Н.М. Оңайбекова

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Түйін ХХ ғасырдың ғылыми-техникалық революциясының ұлы жетістіктерінің бірі лазерлердің пайда болуы (ынталандырылған сәулелендіру арқылы жарықты күшейту) және олардың медицина тәжірибесіне енгізілуі болып табылады. Лазерлік сәулелендірудің биологиялық тіндерге әсер ету сипаты толқынның ұзындығына, қуат тығыздығына және сәулелендіру тәртібіне – үздіксіз немесе импульстік түрде байланысты болады. Сәулелендірудің үздіксіз тәртібінде жұмыс істейтін лазерлерді қолдану кезінде, негізінен, жылу арқылы әсер ету басымрақ болады.

Одной из величайших достижений научно-технической революции ХХ века является создание лазеров (усиление света с помощью стимулированного излучения) и их внедрения в медицинскую практику. Характер воздействия лазерного излучения на биологические ткани зависит от длины волны, плотности мощности и режима излучения - непрерывного или импульсного. При использовании лазеров, работающих в непрерывном режиме излучения, преобладает в основном тепловое воздействие.

Взаимодействие при импульсном режиме носит взрывной характер и сопровождается как тепловыми излучениями (коагуляция, испарение), так и образованием в биоткани волн сжатия и разряжения, распространяющиеся в глубь биоткани. Основными особенностями лазерного излучения, делающим его перспективным для применения в различных областях медицины, являются высокие направленность, монохроматичность и когерентность.

В хирургии лазерный луч нашел широкое применение в качестве универсального скальпеля, превосходящего по своим режущим и кровоостанавливающим свойствам электронож (Малышев Б.Н., и соавт., 1989). Начиная с 60-х годов 20 века, лазеры стали широко применяться в медицине, в частности, в стоматологии. Теоретические основы и практические вопросы лазерной терапии в стоматологии заложены на кафедре терапевтической стоматологии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова (Корытный Д.Л., Зазулевская Л.Я. и др.). Разработаны методы по применению излучения АИГЛ - аллюмо-итрии-гранатового лазера, который иначе называется эрбиевым лазером. Исследования по применению этого вида лазерного излучения дали положительные результаты. В последнее время эрбиевый лазер стал заменять бормашину, что в детской стоматологической практике имеет большое преимущество. Излучение полупроводникового лазера «Orus-20» имеет следующие параметры: длина волны – 2.940 нм, импульсный, энергия/импульс ≈ 300-1000 мДж.

Цель - определение эффективности использования энергии эрбиевого лазера нового поколения для лечения среднего кариеса рано прорезавшихся постоянных зубов у детей.

Для решения поставленной цели нами в клинике ТОО СП «Daris-ТТЕ» (ген. директор, к.м.н. Антонова Л.П.) наблюдались 41 ребенка в возрасте от 4,5 до 10 лет с рано прорезавшимися постоянными зубами, которым была проведена клиническая апробация излучения эрбиевого лазера (Er:YAG). У наблюдавшихся детей на 106 постоянных молярах обнаружены кариеспораженные моляры, глубокие фиссуры различной формы и глубины (36 - верхних, 70 - нижних). Из них у 39 детей выявлены глубокие и закрытые фиссуры в постоянных молярах. Им после лазерной обработки твердых тканей зуба провели запечатывание фиссур. У 2 детей с РППЗ во время лазерной обработки глубоких фиссур зуба был обнаружен средний кариес, где применялся Er:YAG лазер с мощностью 650-950 мДж. в импульсном режиме для подготовки кариозной полости к лечению. После препарирования твердых тканей и удаление пораженных кариесом твердых тканей зуба на дно полости наносили изолирующую прокладку и постоянную пломбу светового отверждения. Течение кариозного процесса на рано прорезавшихся постоянных зубах были отличительны тем, что кариеспораженная ткань достигала эмалево-дентинного соединения, на дне полости определялся физиологический необызвестленный дентин.

Наш опыт выявил следующие преимущества по использованию энергии Er:YAG лазера: безболезненность процедуры, что имеет важное значение при лечении зубов у детей. Применение лазера вызывает психологический комфорт у ребенка. Нет необходимости в применении антисептических растворов для медикаментозной обработки полости зуба, так как лучи лазера обладают бактерицидным действием. При этом улучшается адгезия пломбирочных материалов ввиду отсутствия "смазанного" слоя. Высокая скорость обработки тканей делает ее беззвучной, а бесконтактная работа обеспечивается за счёт дистанционной работы. При работе с эрбиевым лазером отсутствуют трещины на эмали зуба, не требуется во время лечения применение анестезии и протравки.

Отсутствие вибрации и шума, скорость проведения лечения, безболезненность процедур – эти преимущества лечения кариеса лазером оценили наши маленькие пациенты в клинике ТОО СП «Daris-ТТЕ».

Литература:

1. Зазулевская Л.Я. Актуальные вопросы клинической стоматологии//Материалы III съезда стоматологов Казахстана. – Алматы, 1998.- С. 16-20.
2. Зазулевская Л.Я. и др. Лазеры в биологии и медицине// Учебное пособие для врачей. – Алматы. -1994. – 170 с.
3. Зазулевская Л.Я. Исторические аспекты развития лазерной терапии// Учебное пособие для врачей. – Алматы. -1996. – С. 3-12.
4. Allais G. Зубной кариес – лечение /G. Allais //Новое в стоматологии. – 2008. – Ч. 3.1. - №7/155. - С.1 - 10.
5. Allais G. Зубной кариес – лечение / G. Allais //Новое в стоматологии. -2008. – Ч. 3.2. - № 48. – С. 1 - 12.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ХОЛИСАЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА

Курмашева А.М.

Стоматологический центр АГИУВ, Алматы

Резюме Приведены результаты применения геля Холисал для лечения генерализованного пародонтита. Показаны эффективность и безопасность препарата при местном применении в составе комплексной терапии.

Ключевые слова пародонт, пародонтит, лечение, Холисал

Experience of using the HOLISAL drug in generalized periodontitis treatment

А.М. Kurmasheva

AGIUV Dental Centre, Almaty

Abstract Chronic periodontitis is one of the most common periodontal disease. It is known that in the etiology and pathogenesis of this disease a leading role for the microflora of dental plaque, which in terms of progression of inflammatory-destructive process in the periodontium, it becomes a source of sensitization and intoxication (1,2,3). In this regard, the combined treatment of generalized periodontitis focuses on the antimicrobial and anti-inflammatory therapy. Asked a lot of money and treatment of periodontitis (4,5), among which are preferred topical preparations.

The aim of our study was to determine the clinical efficacy Holisal (Jelfa, Poland) in the complex treatment of patients with generalized periodontitis.

Generalized aggressive periodontitis results in rapid destruction of the periodontium and can lead to early tooth loss in the affected individuals if not diagnosed early and treated appropriately. The diagnostic features of the disease are characteristic, but the clinical presentation and patterns of destructions may vary between patients. Successful management of the disease is challenging especially if diagnosed at advanced stages of the disease, but not impossible with the current therapeutic choices for the disease. A vast array of treatment modalities is available which can be employed in the treatment of generalized aggressive periodontitis with varying success rates, but a definite guideline for the management is yet to be formulated. However, with the exponential rate of developments in periodontal research, regenerative therapy, tissue engineering, and genetic technologies, the future seems promising in regard to options at managing the disease. This paper attempts to describe the clinical and radiographic diagnostic features and the current treatment options along with a suggested protocol for comprehensive management of generalized aggressive periodontitis patients with case reports and a brief review.

Keywords periodontitis, periodontal disease, treatment, Holisal

ЖАЛПЫЛАНҒАН ПАРОДОНТИТТИ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ХОЛИСАЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

А.М. Құрмашева

Алматы

мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институтының
Стоматология орталығы, Алматы

Түйіндеме Жалпыланған пародонтитті емдеу кезінде Холисал препаратын қолданудың нәтижелері берілген. Кешенді емдеудің құрамында жергілікті қолдану кезінде препараттың тиімділігі мен қауіпсіздігі көрсетілген.

Кілттік сөздер пародонт, пародонтит, емдеу, Холисал

Хронический генерализованный пародонтит одно из наиболее широко распространенных заболеваний пародонта. Известно, что в этиологии и патогенезе этого заболевания ведущая роль отводится микрофлоре зубной бляшки, которая, в условиях прогрессирования воспалительно-деструктивного процесса в пародонте, становится источником сенсibilизации и интоксикации организма (1,2,3). В связи с этим в комплексном

лечении генерализованного пародонтита большое внимание уделяется противомикробной и противовоспалительной терапии. Предложено много средств и методов лечения пародонтита (4,5), среди которых, предпочтение отдается препаратам местного применения.

Целью нашего исследования явилось определение клинической эффективности препарата Холисал (Jelfa, Польша) в комплексном лечении больных с генерализованным пародонтитом.

Холисал является комбинированным препаратом, обладающим противомикробным, противовоспалительным и обезболивающим действием. Клинический эффект препарата обусловлен входящими в его состав ингредиентами. Так, холина салицилат, входящий в состав Холисала, обладает анальгезирующим и выраженным противовоспалительным эффектом при местном применении. Холина салицилат угнетает активность циклооксигеназы, функциональную активность нейтрофилов и макрофагов, а также продукцию интерлейкина-1. Реализация противовоспалительного эффекта Холисала объясняется также и способностью холина салицилата подавлять синтез простагландинов. Немаловажное значение имеет тот факт, что холина салицилат быстро всасывается с поверхности слизистой оболочки полости рта, проникая к нервным окончаниям, а также кроме противовоспалительного оказывает противогрибковое и противомикробное действие. Цеталкония хлорид, входящий в состав Холисала является антисептиком, проявляющим активность в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, вирусов и грибов.

Пропилюксibenзоат и метилоксибензоат, которые содержатся в гелевой основе Холисала, также обладают противогрибковым и антибактериальными эффектами.

Гелевая основа Холисала и цеталкония хлорид уменьшают поверхностное натяжение тканей, усиливая тем самым проникающую способность основного действующего вещества – холина салицилата.

Гелевая основа способствует прочной фиксации препарата Холисал на слизистой оболочке полости рта, препятствуя смыванию его слюной.

Под нашим наблюдением находились 32 пациента с хроническим генерализованным пародонтитом в возрасте 19-54 лет. У 12 пациентов был диагностирован пародонтит легкой степени, у 17 – средней степени тяжести и у 5 – тяжелой степени. У всех пациентов отмечались выраженные в разной степени отек и гиперемия десневого края, кровоточивость и болезненность тканей десны. Для характеристики состояния пародонта до и после лечения использовали индекс кровоточивости десневой борозды по Mulemann и Son (SBI), индекс гигиенического состояния полости рта по Green – Vermillion (ONI). Всем пациентам после определения индексов проводили профессиональные гигиенические мероприятия, которые заключались в снятии ультразвуковым скейлером зубных отложений, а также шлифовке и полировке корней и шеек зубов. Промывание карманов проводили теплым физиологическим раствором, а подсушивание десневого края – теплым воздухом. Затем карманы заполняли гелем Холисал, после чего пациент в течение 15 минут оставался в кресле. После окончания лечебной процедуры пациентам давали рекомендацию не полоскать рот и не принимать пищу в течение часа. Рекомендации по гигиене полости рта были как обычно: тщательная 2-х разовая чистка зубов зубной пастой Blend-a-med Expert. Курс лечения состоял из 5-7 лечебных сеансов. Результаты наших исследований показали, что Холисал

оказывал выраженное обезболивающее действие, которое проявлялось уже во время первого сеанса лечения. Обезболивающий эффект препарата наступал через 3-5 минут после аппликации и продолжался в течение нескольких часов. Этот факт отметили 27(79,4%) пациентов, которые оценили состояние после сеанса лечения как «комфортное». Контроль гигиены полости рта во время и после лечения показал, что наблюдались колебания индекса ОНІ в довольно широком диапазоне от $2,3 \pm 1,07$ баллов до лечения и до $1,2 \pm 0,8$ баллов через 7 дней лечения. Холисал оказывал выраженный противовоспалительный эффект - наблюдалось снижение интенсивности отека и гиперемии, нормализации рельефа десны, снижение кровоточивости десневого края. Динамика индекса кровоточивости десневой борозды SBI была представлена следующим образом: до лечения $3,7 \pm 0,6$, после лечения $-1,5 \pm 0,1$. В ходе лечения пародонтита пациенты не отмечали каких-либо побочных эффектов, препарат хорошо переносился пациентами. Быстрое наступление терапевтического эффекта Холисала, по-видимому, можно объяснить способностью препарата после нанесения на слизистую оболочку полости рта быстро всасываться, не оказывая при этом местнораздражающего или какого-либо другого негативного воздействия.

Литература

1. Lange, D.E. Parodontologie in der tagliche Praxis. Quintessenz, Berlin, 1990
2. Flemmig, T.F.: Grundprinzipien und neue Konzepte in der Prevention marginaler Parodontopathien. Zahnartzl Mitt 80, 918 (1990)
3. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991
4. Кузьмина Э.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний. - М.: Медицина, 1997
5. Курякина Р.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. М.: Медицинская книга, 2003

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ КАЗНМУ

Н.Г. Сапаева

Модуль «Терапевтическая стоматология» КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова

Выявлен высокий уровень распространенности стоматологической заболеваемости среди студентов – первокурсников КазНМУ. Предложена комплексная программа санации и профилактики стоматологических заболеваний среди студентов КазНМУ. Реализация данной программы позволит сохранить и улучшить стоматологическое здоровье студентов.

Ключевые слова

Распространенность кариеса, программа санации и профилактики стоматологической заболеваемости студентов-первокурсников, одномоментная санация полости рта.

ҚАЗНМУ БІРІНШІ КУРС СТУДЕНТТЕРІНІҢ АУЫЗ ҚҰЫСЫНЫҢ САНАЦИЯСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Сапаева Н.Г.

Студенттерде стоматологиялық ауруларды алдын алумен кешенді емдеу бағдарламасы құрылды. Осы бағдарлама ҚазҰМУ студенттерінің стоматологиялық ауруларын кешенді емдеп ауыз қуысын сауықтырудың көзі болып табылады.

Түйінді сөздер: тісжегінің таралуы, стоматологиялық аурулардың алдын алу және кешенді емдеу бағдарламасы, ауыз қуысын бір қабылдауда санациялау

ORGANIZATIONAL FEATURES OF SANITATION OF THE ORAL CAVITY OF FIRST-YEAR STUDENTS OF KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

N.Sapaeva

Abstract High level of prevalence of stomatologic incidence among first-year students of KazNMU is revealed. The comprehensive program of sanitation and prevention of stomatologic diseases among students of KAZNMU is offered. Implementation of this program will allow to keep and improve stomatologic health of students.

Key words spreading of caries, program of sanitation and prevention of stomatologic incidence of first-year students, one-stage sanitation of an oral cavity.

Укрепление и охрана здоровья, повышение работоспособности студенческой молодежи — одна из главных целей совершенствования подготовки высококвалифицированных кадров, поскольку состояние здоровья студентов, наряду с профессиональным уровнем, следует рассматривать как один из показателей качества их подготовки [1].

Для планирования программы санации и профилактики стоматологической заболеваемости у студентов КазНМУ нами проведен осмотр, анализ состояния полости рта первокурсников и намечены задачи по оказанию стоматологической помощи. Подтверждается зависимость повышения частоты стоматологических заболеваний от определенного образа жизни, уровня гигиенической культуры и образования индивидуума, характера и режима питания, медицинской активности студентов.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки комплексной программы лечения и профилактики кариеса у студентов КазНМУ. Актуальной задачей стоматологов на данном этапе является совершенствование лечебно-профилактической работы среди студентов университета.

Среди обследованных большинство студентов являлись жителями Алматы и области ($30,3 \pm 5,2\%$), из Южно-Казахстанской области – $20,6 \pm 2,8\%$, из западных регионов республики осмотрено $6,5 \pm 2,1\%$ студентов.

Результаты обследования показали, что стоматологические заболевания выявлены у 90% осматриваемых, причем отмечается высокая распространенность кариеса – 100%. Не выявлено ни одного случая природной санации, т.е. студентов со здоровыми зубами. Средняя интенсивность кариеса по индексу КПУ составила

7,8. Данный показатель соответствует декомпенсированной форме кариеса.

Изучение составляющих индекса КПУ выявил, что максимальное значение интенсивности кариеса составило 18,0, а минимальное – 4,0. В структуре КПУ диагностированные кариозные зубы, требующие пломбирования выявлены у 80% студентов. В среднем интенсивность кариеса была в пределах 4,3. Число студентов, которые имели пломбированные зубы составило 81,3% (47 осмотренных), однако количество заломбированных зубов оказалось ниже нелеченных [2].

Студенты высших учебных заведений составляют особый социальный слой населения, объединенный определенным возрастом, специфическими условиями обучения и образом жизни. Овладение научными знаниями на современном этапе требует от них больших затрат внутренней энергии и психофизических усилий.

Для осуществления санационных мероприятий необходимо решение основных целей университета по улучшению здоровья студентов:

Сохранение здоровья студентов путём совершенствования оказания всех видов медицинской помощи ВУЗа;

внедрить программно - целевое планирование оздоровительных мероприятий среди студентов КазНМУ;

повысить доступность и качество медицинской помощи

Успешное решение поставленных целей возможно путем выполнения следующих задач:

устранить двойственность в обслуживании студентов, сосредоточив руководство и контроль за санацией полости рта у врачей-стоматологов модуля терапевтической стоматологии КазНМУ, выделив в его структуре стоматологов для оздоровления студентов не только стоматологического факультета, но и в целом университета;

обеспечить диспансерный учет студентов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта и пародонта, а также своевременное зубное протезирование;

программы профилактики планировать с учетом особенностей стоматологической заболеваемости у студентов, прибывших на обучение из разных регионов

организовать максимально возможную одномоментную санацию студентов за счет бюджетных средств с привлечением преподавателей, резидентов, врачей интернов всех профильных модулей стоматологического института КазНМУ.

Формировать у студентов мотивации к поддержанию высокого уровня стоматологического здоровья и получению стоматологической помощи;

Регулярно информировать студенческую молодежь университета об основах гигиены полости рта как основы профилактики стоматологической заболеваемости.

На приеме у врача-стоматолога, помимо рекомендаций по питанию и гигиене полости рта, внимание студентов необходимо обращать на взаимосвязь заболеваний полости рта с вредными привычками, такими как, употребление алкоголя, курение.

Для усиления общепринятых профилактических и лечебных мероприятий профилактические осмотры и плановые профилактические санации проводить не менее 2 раз в год;

В целях предупреждения развития кариеса зубов рекомендовать студентам, обучающимся в КазНМУ, применение кальцийсодержащих зубных паст, ежедневно 2 раза в день чистить зубы (утром после завтрака и вечером перед сном). Ограничить прием легкоусвояемых углеводов, особенно в перерывах между приемами пищи.

Для предупреждения развития заболеваний пародонта стоматологам необходимо обучить студентов правильному уходу за полостью рта.

Параллельно с обучением гигиеническому уходу и контролируемой чисткой зубов провести профессиональное удаление зубных отложений. Можно привлечь студентов выпускных курсов и интернов.

Оценка эффективности данной программы будет проводиться на основе регулярных диспансерных осмотров, которыми должны быть охвачены студенты всех курсов. Анализ динамики диспансерных осмотров, санационных мероприятий позволит определить уровень стоматологического здоровья студентов, их удовлетворенность деятельностью университета по укреплению и сохранению не только стоматологического здоровья, но и в целом здоровья организма. На основании результатов исследования необходимо разработать практические рекомендации по повышению эффективности профилактических мер стоматологических заболеваний у студентов КазНМУ.

Литература:

1. Саиджусупова И.С. Медико-социальная оценка состояния здоровья студентов медицинского ВУЗа и пути совершенствования организации медицинской помощи// Автореф. диссер...к.м.н. Москва.-2008.- 17 С.
2. Н.Г.Сапаева, А. Амантаева, Ж.Тосбай. Распространенность кариеса у студентов-первокурсников стоматологического факультета КазНМУ.//Проблемы стоматологии, 2011.-№ - с. 73-74

ПРИМЕНЕНИЕ КУПРАЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Д.К.Кельденова

ТОО Шипадент, Алматы

Резюме Представлены результаты лечения пародонтита с применением Купрала. Установлена высокая эффективность данного препарата при местной терапии воспалительно-деструктивного процесса в пародонте.

Ключевые слова пародонт, пародонтит, лечение, Купрал

APPLICATION OF KUPRAL in complex treatment of periodontitis
D.K.Keldanova

Shipadent LLP, Almaty

Results of treatment of periodontitis with Kupral. The high efficiency of this drug in the topical treatment of inflammatory-destructive process in the periodontium.

Abstract Due to the high incidence of inflammatory periodontal diseases remains important finding effective treatments for this disease. A crucial role in the genesis and progression of inflammation in the periodontal tissues are the microflora and their metabolic products contained in dental plaque. Currently, there are quite a large arsenal of tools and methods of treatment of periodontitis, but preference is given to drugs with high antimicrobial activity (1,2). These include the preparation of copper hydroxide or Kupral calcium (Humanchemie, Germany), suggested Professor Knappvostom (3). Kupral represents a stable equilibrium system containing hydroxide nanoparticles medill with a negative charge and anions gidrooksikuprata, which is highly bactericidal

against all aerobic and anaerobic microorganisms and their use of vegetative formam. Pri Kuprala precluded the development of resistance to the microflora in relation to which it has an activity greater than the activity of calcium hydroxide in 100 times. The treatment of periodontal with Kupral does not exhibit invasive properties, acting within the abnormal tissue. The purpose of this study was to generalize the experience of the drug in the treatment of periodontitis Kupral.

Keywords periodontitis, periodontal disease, treatment, Kupral

ПАРОДОНТИТТИ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ КУПРАЛДЫ ПАЙДАЛАНУ

Д.К.Келденова

Шипадент ЖШС, Алматы

Түйіндеме. Купралды пайдалану арқылы пародонтитті емдеудің нәтижелері ұсынылған. Осы препараттың пародонттың қабынбалы-деструктивті процесі кезіндегі жергілікті емдеудегі жоғары тиімділігі анықталған.

Кілттік сөздер: пародонт, пародонтит, емдеу, Купрал

В связи с широким распространением воспалительных заболеваний пародонта остается актуальным поиск эффективных методов лечения этой патологии. Решающую роль в возникновении и прогрессировании воспалительного процесса в тканях пародонта играют микрофлора и продукты их жизнедеятельности, содержащиеся в зубной бляшке. В настоящее время имеется довольно большой арсенал средств и методов лечения пародонтита, однако предпочтение отдается препаратам, обладающим высокой антимикробной активностью (1,2). К таковым относится препарат Купрал или гидроокись меди кальция (Humanchemie, Germany), предложенный профессором Кнаппвостом (3). Купрал представляет собой стабилизированную равновесную систему, содержащую наночастицы гидроокиси меди II с отрицательным зарядом и анионы гидрооксидкупрата, которая обладает высокой степенью бактерицидности по отношению ко всем аэробным и анаэробным микроорганизмам и их вегетативным формам. При применении Купрала исключается развитие резистентности к микрофлоре, по отношению к которой он обладает активностью, превышающую активность гидроокиси кальция в 100 раз. При лечении пародонта Купрал не проявляет инвазивных свойств, действуя в пределах патологически измененных тканей. Целью настоящего исследования явилось обобщение опыта применения препарата Купрал при лечении пародонтита.

Согласно плану исследований мы применяли Купрал у 28 больных с генерализованным пародонтитом. При этом у 23 пациентов была диагностирована средняя, а у 5-тяжелая степень пародонтита. Возраст больных был в пределах 25-56 лет. Состояние пародонта оценивали по показателям индекса гигиены ОНІ по Green-Vermillion, индекса кровоточивости десневой борозды по Mulemann и Son(SBI).

Применение Купрала проводили следующим образом. Вначале проводили тщательную чистку зубов –профессиональную

гигиену с помощью ультразвукового скалера с последующей полировкой поверхности корней пастой с содержанием фторидов, затем поверхность зубов обрабатывали эмаль-герметизирующим ликвидом. С этой целью на поверхность зубов наносили жидкость №1, представляющую собой безводный фтористый силикат магния и силикат меди и фтористый натрий в качестве стабилизатора. Затем поверхность зуба обрабатывали жидкостью №2, содержащую высокодисперсную гидроокись кальция. В результате воздействия эмаль-герметизирующего ликвида происходило глубокое фторирование эмали, обеспечивающее ее долговременную реминерализацию. Купрал вносили в пародонтальные карманы с помощью бумажных штифтов. Продолжительность лечения составила от 5-7 до 10 дней в зависимости от интенсивности воспалительного процесса в пародонте. Результаты наших исследований показали, что с первых дней применения Купрала четко определялась положительная динамика в состоянии пародонта: стихала болезненность десневого края, уменьшались отек и гиперемия, исчезал неприятный запах изо рта. Через 5-7 дней наблюдалась нормализация рельефа десны из-за стихания островоспалительных явлений. Зондирование карманов выявило существенное уменьшение кровоточивости тканей пародонта. Динамика показателей гигиенического индекса в процессе лечения Купралом была следующей: до лечения $2,2 \pm 0,23$ балла; после курса лечения $0,7 \pm 0,1$ балла, что свидетельствовало о высокой противомикробной активности препарата. Имело значение и тщательность проведения гигиенических мероприятий и глубокое фторирование эмали, повышающие ее устойчивость к зубной бляшке. Динамика состояния пародонта по показателям индекса SBI свидетельствовала о существенном снижении интенсивности воспалительного процесса в пародонте. Так, величина индекса SBI до лечения составила $3,7 \pm 0,3$, после лечения $1,6 \pm 0,4$, т.е. наблюдалось снижение показателя в 2,3 раза, по сравнению с исходными данными. Таким образом, применение Купрала при лечении больных с генерализованным пародонтитом показало его высокую эффективность, что позволяет рекомендовать его как средство патогенетической терапии заболеваний пародонта воспалительного генеза.

Литература

1. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М.: Медицина, 1989
2. Flemmig, T.F.: Klinische Parodontologie. In: Korber, E/, Klaiber, B (Hrsg): Dent-Praxis, Thieme, Stuttgart, New York 1993
3. Knappwost A. Das Depotphorese-Verfahren mit Kupfer-Calciumhydroxid, die zur systemetischen Ausheilung fuhrende Atemative in der Endodontie, ZWR, 9, 618-, 1993

ПРИМЕНЕНИЕ АРТИКАИНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.А.Спатаев

Жамбылская районная поликлиника, Алматинская область

Резюме. Обобщен опыт применения анестетика артикаина в стоматологической практике. Отмечены эффективность и безопасность препарата при амбулаторных вмешательствах в стоматологии.

Ключевые слова: анестезия, стоматологические вмешательства, артикаин

APPLICATION of articaine In dental practice

M.A.Spataev

Zhambyl polyclinic, Almaty oblast

The problem of anesthesia in dentistry is extremely important because most interventions in the dental practice is accompanied by pain of varying severity. This fact is related, occurring in many patients the fear of visiting the dentist (1,2). In addition, the negative experience associated with the lack of adequate pain relief in these patients results in delayed treatment of a patient to the dentist, making it impossible to continue a full dental treatment. It should be noted that in recent decades has substantially increased the requirements for patient comfort dental treatment. The quality of anesthetic management of dental intervention plays a crucial role in creating an environment of comfort and in many ways it makes (3). The fact that the performance of anesthesia is a necessary and integral part of dental treatment is no longer in doubt. During anesthesia dentist must take into account two important points: -First, local anesthesia should be as efficient and eliminate the pain sensitivity in the area of intervention; -Secondly, the need to minimize systemic effects on the body of substances that are part of the local anesthetic drug (local anesthetic, a vasoconstrictor, preservatives and stabilizers) (4.5). It is therefore very important for the efficient operation of the choice of anesthetic in each case. The purpose of this study was to examine the effectiveness of articaine 4% with epinephrine INBSA. This is a combined anesthetic drugs, the effect of which is due to its constituent components. Has a local anesthetic action. Epinephrine, causing vasoconstriction at the injection site, hampers its absorption and prolongs the action. Time of onset of effect - 0.5-3 min, duration - 45 min.

Keywords: anesthesia, dental procedures, Articaine

ТІС ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ АРТИКАИНДЫ ПАЙДАЛАНУ

М.А.Спатаев

Жамбыл аудандық емханасы, Алматы облысы

Түйіндеме Тіс емдеу тәжірибесінде артикаин анестетигін пайдалану тәжірибесі жиынтықталған. Тіс емдеудегі амбулаторлық араласуларда препараттың тиімділігі мен қауіпсіздігі белгілі болған.

Кілттік сөздер анестезия, стоматологиялық араласулар, артикаин

Проблема обезболивания в стоматологии является чрезвычайно важной, так как большинство вмешательств в стоматологической практике сопровождается болевыми ощущениями разной степени выраженности. С этим фактом связан, возникающий у многих пациентов страх перед посещением стоматолога (1,2). Кроме того, негативный опыт, связанный с отсутствием адекватного обезболивания у таких пациентов влечет за собой несвоевременное обращение пациента к стоматологу, что делает невозможным в дальнейшем полноценное стоматологическое лечение.

Следует отметить, что в последние десятилетия существенно возросли требования пациентов к комфортности стоматологического лечения. Качество анестезиологического обеспечения стоматологических вмешательств играет наиважнейшую роль в создании обстановки комфортности и во многом ее обуславливает (3). Тот факт, что выполнение

обезболивания является необходимой и неотъемлемой частью стоматологического лечения на сегодня уже не вызывает сомнения. При проведении обезболивания врачу стоматологу необходимо учитывать 2 важных момента:

-во-первых, местная анестезия должна быть максимально эффективна и полностью устранить болевую чувствительность в области вмешательства;

-во-вторых, необходимо свести к минимуму системное воздействие на организм веществ, которые входят в состав местноанестезирующего препарата (местного анестетика, vasoconstrictor, консервантов и стабилизаторов) (4,5).

Поэтому очень важен для эффективной работы выбор анестетика в каждом конкретном случае.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности Артикаина 4% с эpineфрином ИНИБСА. Данный анестетик представляет собой комбинированное средство, действие которого обусловлено входящими в его состав компонентами. Оказывает местноанестезирующее действие. Эpineфрин, вызывая сужение сосудов в месте введения, затрудняет его всасывание и удлиняет действие. Время наступления эффекта - 0.5-3 мин, длительность действия - 45 мин.

Мы применяли этот препарат для инфильтрационной и проводниковой анестезии при лечении и удалении зубов, препарировании зубов под ортопедические конструкции, проведении амбулаторных хирургических вмешательств у 67 пациентов в возрасте 16-57 лет. У 37 пациентов Артикаин был применен при лечении кариеса и его осложнений, у 30 пациентов при операции удаления зубов, вскрытии периостального абсцесса и резекции верхушки зуба. На верхней челюсти как правило проводили инфильтрационное обезболивание, а в области нижней челюсти –проводниковое. В обеих ситуациях количество применяемого анестетика составляло от 0,7 до 1,7мл. При использовании Артикаина в обязательном порядке проводили аспирационный тест для предупреждения попадания анестетика в кровеносное русло. Для выявления влияния препарата на состояние сердечно-сосудистой системы проводили измерение артериального давления, а также числа сердечных сокращений до и после введения анестетика. Результаты наших исследований показали, что у 47(70,14%)пациентов необходимый обезболивающий эффект наступал уже через 2,5-3 минуты после инъекции Артикаина, что обеспечивало комфортные условия для пациента и врача-стоматолога при проведении вмешательств в полости рта. Контроль за показателями артериального давления не выявил существенных колебаний артериального давления у пациентов. Так, лишь у 9 (13,4%)пациентов отмечалось повышение АД до 5 единиц, что вероятно было связано с психоэмоциональным состоянием, а не действием анестетика. Число сердечных сокращений до 10 единиц было зафиксировано в момент вкола иглы у 12(17,9%)пациентов, что также, повидимому, было связано с психоэмоциональным фактором. Во время проведения вмешательств под анестезией и после вмешательств никаких побочных эффектов не наблюдалось. Все пациенты хорошо перенесли Артикаин. Продолжительность обезболивания была вполне достаточной для проведения запланированного лечения в течение 15-35 мин. Таким образом, быстрое наступление и достаточная длительность анестезирующего эффекта, а также безопасность Артикаина при правильном применении позволяют рекомендовать его для широкого применения в стоматологической практике.

1. Рабинович С.А. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. – 144 с.
2. Рабинович С.А., Московец О.Н., Федосеева Т.Д. Как выбрать местноанестезирующие препараты // Клиническая стоматология. – 1999. - № 1. - С. 58-62.
3. Рабинович С.А., Лукьянов М.В., Московец О.Н., Зорян Е.В. Современные методы обезболивания на основе артикаинсодержащих препаратов: Практическое руководство. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ., 2002. – 32 с.
4. енли Маламед Возможные осложнения при местном обезболивании // Клиническая стоматология. – 2000. - №1. - С. 23-26.
5. Шайда Л.П., Лампусова В.Б., Бодякина Э.А., Стягаило С.В. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска // Стоматология сегодня. – 2002. - № 6(9). - С. 10-11.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

А.М.Курмашева

Стоматологический центр АГИУВ,

Алматы

Резюме Приведены результаты лечения хронического гингивита у лиц молодого возраста с использованием препарата Малавит . Показана его эффективность при местном применении.

Ключевые слова гингивит, лечение, Малавит

Высокий уровень распространенности воспалительных заболеваний пародонта обосновывает поиск новых эффективных методов лечения. Многочисленными исследованиями доказана роль микроорганизмов зубной бляшки в этиопатогенезе гингивита и пародонтита (1,2). Для предупреждения развития деструктивного процесса в тканях пародонта актуальна разработка комплекса лечебно-профилактических мер, направленных на раннее выявление и лечение хронического гингивита (3). Поскольку основной причиной возникновения и развития воспалительного процесса в пародонте является патогенная микрофлора в составе которой имеются аэробы и анаэробы, имеющие различную степень участия в воспалительно-деструктивном процессе в тканях пародонта , в комплексное лечение заболеваний пародонта необходимо включать применение средств с антимикробной и противовоспалительной активностью.

В настоящем исследовании мы поставили цель - изучить клиническую эффективность препарата Малавит (ООО «Малавит»,Россия) комплексном лечении хронического гингивита у лиц молодого возраста, обладающего сильным антисептическим и антибактериальным действием практически на все виды аэробной и анаэробной инфекции, а также выраженным противовирусным, антигрибковым, обезболивающим и дезодорирующим эффектами . Малавит создан на основе синтеза достижений информационной медицины, фармакологии и гомеопатии с уникальными дарами природы Алтая и БЭИ-технологии. В состав препарата входят: активные комплексы меди, в том числе минерал малахит; кислоты - молочная и др., муравьиный спирт, ионы - серебра, кальция, калия, лития и др.; сахара (свекловичный, молочный); мумие - традиционное и мумие белое (каменное масло); камень

лиственницы и смола кедра; почки березы и сосны; кора дуба; экстракты корней и трав Алтайского региона (пион уклоняющийся, тысячелистник, шалфей лекарственный, бессмертник, мята перечная, календула, ромашка аптечная, аир болотный, чабрец и др. - всего 37 компонентов) .При изготовлении препарата использована структурированная родниковая вода с низким содержанием спирта без красителей. Мы применили Малавит у 32 пациентов с хроническим гингивитом. При этом у большинства (87,5%) обследованных был установлен хронический катаральный гингивит, у 4 человек - хронический гипертрофический гингивит. Возраст пациентов был в пределах 16-25 лет.

Для оценки общего состояния и пародонтологического статуса нами были использованы следующие методы исследования: опрос, осмотр, определение гигиенического состояния полости рта с вычислением гигиенического индекса Green-Vermillion (ОHI), индекса кровоточивости десневой борозды по Mulemann и Son (SDI), гингивального индекса Silness J., Loe H. (GI) .

Лечение гингивита предусматривало проведение комплекса мер профессиональной гигиены полости рта с контролем зубной бляшки .При этом проводили снятие зубных отложений ультразвуковым скейлером с последующей полировкой зубов. Малавит применяли местно для аппликаций вокруг шейки зубов, у пациентов с гипертрофическим гингивитом препарат вводили на бумажных пинах в ложные карманы.

Лечебные сеансы имели продолжительность 15-20 минут. Курс лечения препаратом Малавит составил от 5 до 7-8 дней, длительность его зависела от характера и интенсивности воспаления десны. Оценку состояния краевого пародонта в динамике лечения препаратом Малавит проводили до и после окончания курса лечения.

Результаты наших исследований свидетельствовали от улучшении показателей, характеризующих состояние пародонта и гигиенического состояния полости рта.

Так, наблюдалось снижение показателей индекса ОHI, что свидетельствовало об улучшении гигиенического состояния

полости рта у больных с гингивитом в результате применения препарата Малавит ($2,8 \pm 0,2$ до лечения и $0,9 \pm 1,1$ после лечения). При этом у пациентов в результате лечения показатель гигиенического индекса снизился втрое по сравнению с исходными данными, что свидетельствует о высокой антимикробной активности препарата и способности ингибировать рост зубной бляшки. Величина гингивального индекса Silness J., Loe H. (GI) также была значительно снижена в динамике лечения препаратом Малавит ($2,4 \pm 0,5$ до лечения и $1,07 \pm 0,3$ после лечения), что характеризовало его выраженный противовоспалительный эффект. Применение Малавита способствовало существенному снижению интенсивности воспалительного процесса - уменьшились отек и гиперемия десны, уменьшилась, а затем исчезла кровоточивость и болезненность десневого края, восстановился рельеф десны. Малавит обладает также дезодорирующим свойством, что оказывало положительное влияние на самочувствие пациентов. Наблюдения в течение 1-3 месяцев не выявили существенного повышения показателей индексов. Таким образом, применение препарата Малавит в комплексном лечении гингивита свидетельствовало о высокой эффективности препарата при местном применении.

Литература

1. Иванов В.С. Заболевания пародонта. М.: Медицина, 1989
2. Боровский Е.В. Биология полости рта. М.: Медицина, 1991
3. Кузьмина Э.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 1997

Application of MALAVIT IN THE TREATMENT OF CHRONIC gingivitis in young adults

A.M. Kurmasheva

*Almaty State Institute of Postgraduate Medicine
Dental Centre, Almaty*

Results of treatment of chronic gingivitis in young adults using the drug in Malavit. It is shown that its effectiveness when applied topically.

The high prevalence of inflammatory periodontal diseases justifies the search for new effective treatments. Numerous studies have proven the role of microorganisms in the etiopathogenesis of dental plaque of gingivitis and periodontitis (1,2). To prevent development of destructive processes in periodontal tissues develop a set of relevant medical and preventive measures aimed at early detection and treatment of chronic gingivitis (3). Since the main reason for the emergence and development of inflammation in the periodontal pathogenic microflora is composed of which are aerobes and anaerobes, which have varying degrees of involvement in the inflammatory and destructive processes in periodontal tissues, in the complex treatment of periodontal disease should include the use of funds from the anti-microbial and anti-inflammatory activity. In the present study, we set a goal - to study the clinical efficacy of Malavit (LLC "Malavit", Russia), treatment of chronic gingivitis in

young adults, which has strong antiseptic and antibacterial effect on virtually all types of aerobic and anaerobic infections, as well as a pronounced anti-virus, anti-fungal, analgesic, and deodorizing effects. Malavit is based on a synthesis of the achievements of informational medicine, pharmacology, and homeopathy, with unique gifts of nature and the Altai PEM technology. The preparation comprises: active complexes of copper, including malachite mineral; acids - lactic, etc., alcohol, formic, ions - silver, calcium, potassium, lithium, etc.; sugar (beet sugar, milk); mummy - mummy and Traditional white (rock oil) resin stone pine and larch, birch buds and pines, oak bark, roots and herbs extracts the Altai region (peony, yarrow, sage, immortelle, peppermint, calendula, chamomile, marsh calamus, thyme and others - a total of 37 components). In the manufacture of the drug used structured spring water with a low alcohol content without dyes. We applied Malavit in 32 patients with chronic gingivitis. In this case, the majority (87.5%) patients was established chronic catarrhal gingivitis, 4 people - chronic hypertrophic gingivitis. The age of patients was 25 years - predela 16. To assess the overall status and periodontal status, we used the following methods: a survey, inspection, determination of the hygienic condition of the oral cavity with the calculation of an index of hygienic Green-Vermillion (OHI), bleeding index gingival sulcus of Mulemann and Son (SDI), gingival index of Silness J., Loe H. (GI).

Keywords: gingivitis, treatment, Malavit

ЖАС АДАМДАРДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ГИНГИВИТ АУРУЫН ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ МАЛАВИТТІ ПАЙДАЛАНУ

А.М. Құрмашева

*Алматы мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институтының
Стоматология орталығы, Алматы*

Түйіндеме. Малавитті пайдалану арқылы жас адамдардың созылмалы гингивит ауруын емдеудің нәтижелері берілген. Жергілікті қолдану кезіндегі оның тиімділігі көрсетілген.

Кілттік сөздер: гингивит, емдеу, Малавит

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕКСИКОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Г.А.Даулетбаева

Жамбылская районная поликлиника, Алматинская область

Резюме. Описан опыт применения геля Гексикон при лечении пародонтита. Отмечена высокая эффективность препарата при местном применении.

Ключевые слова: пародонт, пародонтит, лечение, Гексикон

HEXICON DRUG APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTITIS

G.A.Dauletbaeva

Zhambyl polyclinic, Almaty region

Abstract The purpose of this study was to investigate the clinical efficacy Hexicon in the topical treatment of periodontitis. We observed 34 patients. It is known that the main etiological factor in periodontitis are dental plaque pathogens (1,2). It is proved that parodontopatogeny and their metabolic products can cross the epithelium of the gum, which is subject to numerous microtraumas-inevitable consequence of its function and affect the organs of the peripheral nervous system. In patients with periodontal pathology detected in the blood of specific antibodies against the microorganisms of dental plaque revealed a hypersensitivity reaction in the presence of a number of antigens of dental plaque. In addition, dental plaque contains endotoxins, enzymes, and various factors hematotoxic antigenic substance with the properties to cause and accelerate the degradation of periodontal tissues (3,4). In this connection, antimicrobial therapy is an important task of a comprehensive treatment of periodontitis in patients with chronic generalized periodontitis.

Keywords periodontitis, periodontal disease, treatment, Hexicon

ПАРОДОНТИТТИ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ ГЕКСИКОН ПРЕПАРАТЫН ПАЙДАЛАНУ

Г.А.Даулетбаева

Жамбыл аудандық емханасы, Алматы облысы

Түйіндеме Пародонтитті емдеу кезінде Гексикон гелін пайдалану тәжірибесі сипатталған. Жергілікті қолдану кезіндегі препараттың тиімділігі көрсетілген.

Кілттік сөздер пародонт, пародонтит, емдеу, Гексикон

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности препарата Гексикон при местном лечении пародонтита. Под нашим наблюдением находилось 34 пациента. Известно, что основным этиологическим фактором развития пародонтита являются патогенные микроорганизмы зубной бляшки (1,2). Доказано, что пародонтопатогены и продукты их жизнедеятельности могут преодолевать эпителий десны, который подвергается многочисленным микротравмам - неизбежному следствию ее функции, и воздействовать на органы периферической нервной системы. У больных с патологией пародонта в крови обнаруживаются специфические антитела против микроорганизмов зубной бляшки, выявляются реакции гиперчувствительности в присутствии ряда антигенов зубной бляшки. Кроме того, в зубной бляшке содержатся эндотоксины, ферменты, гемотоксические факторы и различные антигенные субстанции, обладающие свойствами вызывать и ускорять деструкцию тканей пародонта (3,4). В связи с этим противомикробная терапия является одной из важных задач комплексного лечения пародонтита у больных с хроническим генерализованным пародонтитом. У 12 больных была диагностирована легкая степень, у 17 - средняя степень и у 5 - тяжелая степень заболевания. Возраст больных был в интервале 19-47 лет. Для местного лечения пародонтита мы

УДК 616.716.4-001.5-089.22

применили препарат Гексикон в виде 0,5% геля, в состав которого в качестве действующего вещества входит хлоргексидина биглюконат в количестве 0,005 г на 1 грамм геля. Хлоргексидина биглюконат - препарат, активный против грамположительных и грамотрицательных бактерий и простейших, он также обладает активностью против инфекций, вызванных *Chlamydia spp.*, *Treponema pallidum* и др. Местное применение геля Гексикон проводили всем больным после профессиональных гигиенических мероприятий: зубные отложения снимали ультразвуковым скалером после чего полировали поверхность зубов специальной фторсодержащей пастой. Пародонтальные карманы промывали теплым физиологическим раствором, слегка посушивали теплым воздухом затем в карманы вводили гель с помощью шприца с затупленной иглой. После введения препарата больной находился в кресле в течение 20 мин в условиях изоляции десневого края от воздействия слюны. Описанные процедуры местного лечения проводили в течение 5-7 дней в зависимости от выраженности воспалительного процесса в краево пародонте. В течение курса лечения больные ежедневно посещали клинику, где им перед началом процедуры местного лечения, проводили контроль зубной бляшки. Для определения эффективности лечения использовали следующие показатели: индекс гигиены Грина-Вермилльона (ОНИ), индекс кровоточивости десневой борозды (SBI) по Muleman и Son. Полученные нами данные в результате 5-дневного курса лечения показали, что местное применение геля Гексикон вызвало существенное снижение интенсивности воспалительного процесса в пародонте. Это выразилось в уменьшении показателей индекса SBI. Так, если до начала лечения показатель индекса SBI составлял $3,8 \pm 1,2$, то после лечения он снизился до $1,6 \pm 1,05$. Кроме того отмечалось снижение показателя индекса гигиены ОНИ с $2,4 \pm 1,12$ до $1,4 \pm 0,5$ балла, что можно расценивать как положительную динамику в гигиеническом состоянии полости рта при местном применении геля Гексикон у больных пародонтитом. Следует отметить, что в процессе лечения препаратом Гексикон не отмечалось никаких побочных эффектов, больные хорошо переносили препарат и отмечали исчезновение неприятного запаха изо рта и, связанного с этим, дискомфорта уже на 2-3 день лечения. К концу курса лечения существенное снижение интенсивности отека, гиперемии и кровоточивости краевого пародонта способствовали тому, что пациенты имели возможность без затруднений принимать пищу и осуществлять гигиеническую чистку зубов.

Таким образом, результаты наших исследований показали высокую противовоспалительную и противомикробную активность геля Гексикон при местном лечении хронического генерализованного пародонтита, что позволяет рекомендовать его к широкому применению в стоматологической практике.

Литература

1. Иванов В.С. Заболевания пародонта. - М.: Медицина, 1989. - 270с.
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. - М.: Медицина, 1991.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний. - М.: Медицина, 1997
4. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. - М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2003, 288с.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Дюсупов К.Б, Кенбаев В.О.

Проведен анализ 527 больных с переломами нижней челюсти. Из приведенных данных следует, что при использовании проволочных шин с зацепными петлями восстановление степени открывания рта происходит быстрее, чем при наложении костного шва, но медленнее, чем при остеосинтезе аппаратами.

Төменгі жағы сынған науқастарды емдеу әдістері нәтижесінің ретроспективті анализі.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES AND METHODS OF ASSESSMENT OF TREATMENT OUTCOMES

Dyusupov K.B, Kenbai V.O.

The analysis of 527 patients with crises of the bottom jaw is carried out.

From the resulted data follows that at use of wire tires with hooks loops restoration of degree of opening of a mouth occurs faster, than at imposing of a bone seam, but more slowly, than at an osteosynthesis devices.

Further improvements in the treatment of injuries of the facial skull, particularly fractures of the mandible, is relevant, because of their great frequency, and difficulty in choosing the best tactics (1,2).

We analyzed the results of treatment 527 patients with mandibular fractures who were in the maxillo-facial department SHGBSMP from February 2009 to February 2012.

The total number of patients treated during this period in a dental hospital (3261), patients with mandibular fractures were 16.2%.

From the total number of victims to the trauma of maxillofacial area (982), 53.6% were patients with lesions of the mandible.

Among all the damage facial bones (799) fractures of the mandible were observed in 65.9% of cases. Most injuries of the lower jaw found in men than in women. Thus, we observed 490 men and 37 women, the relationship between these groups was 13:1, which should be considered when organizing stationary chambers.

Вопросы дальнейшего совершенствования методов лечения травм лицевого черепа, в частности переломов нижней челюсти, является актуальными, ввиду их значительной частоты и трудностей в выборе оптимальной тактики ведения (1,2).

Нами проведен анализ результатов лечения 527 больных с переломами нижней челюсти, находившихся в челюстно-лицевом отделении ШГБСМП с февраля 2009 года по февраль 2012 года.

От общего количества больных, проходивших лечение в этот период в стоматологическом стационаре (3261), больные с переломами нижней челюсти составили 16,2%.

От общего числа пострадавших с травмой челюстно-лицевой области (982), 53,6% составили больные с повреждениями нижней челюсти.

Среди всех повреждений костей лицевого скелета (799) переломы нижней челюсти наблюдались в 65,9% случаев. Чаще повреждения нижней челюсти встречаются у мужчин, чем у женщин.

Так, мы наблюдали 490 мужчин и 37 женщин, соотношение между этими группами составило 13:1, что необходимо учитывать при организации стационарных палат.

Таблица 1- Распределение больных с переломами нижней челюсти по возрасту и полу.

возраст	муж.	жен.	всего больных	%
15-19	24	1	25	4,74
20-29	246	8	254	48,1
30-39	156	27	183	34,7
40-49	58	1	59	11,2
50-59	6	-	6	1,3
Итого	490	37	527	100

В большинстве наблюдений травма нижней челюсти чаще встречается в возрасте от 20 до 29 лет- 246 (48,1%) больных, 156 больных были в возрасте 30-39 лет, что составляет 34,7%.

Таким образом, в 82,8% наблюдаемых больных с переломами нижней челюсти имели наиболее работоспособный возраст.

Полученные нами данные о сезонных колебаниях травматизма нижней челюсти говорят о возрастании их в летнее и осеннее время года, что соответствует 25,6 и 33,2%.

Таблица 2- Распределение больных с переломами нижней челюсти по временам года.

месяцы	количество больных	%	количество больных	время года	%
декабрь	48	48,9	98	зима	18,5
январь	24	24,5			
февраль	26	26,6			
март	52	43,4	120	весна	22,7
апрель	49	40,8			
май	19	15,8			
июнь	39	28,8	135	лето	25,6
июль	46	34,1			
август	50	37,1			
сентябрь	52	29,8	174	осень	33,2
октябрь	62	35,7			
ноябрь	60	34,5			
ВСЕГО	527				

Чаще травма нижней челюсти происходила в августе, июле, октябре и ноябре, что составляет соответственно 37,1%, 34,1%, 35,7% и 34,5 %.

Травмы, полученные на производстве (производственные и сельскохозяйственные) составили 1,3%. Самая многочисленная

Таблица 3- Характеристика переломов нижней челюсти по виду травмы.

вид травмы	муж	жен	всего	%
производственная	5	2	7	1,3
уличная	10	5	15	2,8
бытовая	446	12	458	86,9
транспортная	21	7	28	5,3
спортивная	4	4	8	1,6
прочие виды	4	7	11	2,1
Всего	490	37	527	100

Характерно, что в этой группе 458 травм произошли в результате драк и только 62 вследствие падения и других причин, что соответственно составляет 86,9 и 13,1%.

15 больных (2,8%) поступили в челюстно-лицевое отделение в результате уличной травмы.

Таблица 4 - Распределение больных с переломами нижней челюсти по времени обращения после получения травмы.

сутки	1	2	3	4	5	6	7	более 7	всего
количество больных	381	68	51	12	7	3	2	3	527
%	72,2	12,9	9,8	2,3	1,4	0,5	0,4	0,5	100

В течение первых суток в челюстно-лицевое отделение поступило 381 пострадавших, что составило 72,2%.

группа больных госпитализирована по причине бытовой травмы – 456 или 86,9%.

Обращает на себя внимание то, что у 198 больных (37,6%) травмы были получены в состоянии алкогольного опьянения. В этой группе больных мужчин было 181 или 15,6%, женщин 17 или 3,2%.

94,9% больных поступили в первые трое суток. Необходимо отметить, что 0,5% травмированных госпитализированы в стационар позже седьмых суток.

167 больных (31,6%), кроме перелома нижней челюсти имели ЗЧМТ, сотрясение головного мозга.

Таблица 5-Характеристика переломов нижней челюсти по количеству изломов.

характеристика перелома	одиночные	двойные		множест	закрытые	всего
		двусторонние	односторонние			
количество больных	324	112	58	8	25	527
%	61,5	21,3	11,0	1,5	4,7	100

Одиночные переломы составили 61,5%, причем левая сторона поражалась чаще 185 (57,1%), у 2 больных линия перелома проходила по центру нижней челюсти. Двойные переломы имели место в 32,3% случаев, из них 21,3% были двусторонние, 1,5% больных лечились по поводу переломов нижней челюсти в трех и более местах.

Оскольчатые переломы наблюдались у 14 больных (2,6%), закрытые переломы составили 4,7% (25), смещение отломков происходило в 75,6% случаев.

В группе больных с одиночными и двусторонними переломами выявляется преимущественная их локализация в области 8-х зубов, но при двусторонних переломах этот показатель уменьшается в 11,6 раз и возрастает частота переломов основания суставного отростка, которые составляют 8,6%.

При одиночных переломах нижней челюсти повреждение центрального отдела наблюдались у 24 больных (7,4%),

бокового отдела у 83 больных (25,6%), угла у 206 (63,5%), ветви у 11 больных (3,5%).

При двусторонних повреждениях в 112 случаях (21,3%) переломы локализовались в центральном отделе, в 45 (40,1%) в боковом, в 59 (52,6%) в области угла, в 8 (7,1%) в области ветви. У 5 больных перелом суставного отростка сопровождался вывихом суставной головки.

Перелом венечного отростка отмечались у 3-х больных. При двойных переломах нижней челюсти наиболее часто встречались сочетания изломов в области 8 и 1,2,3 зубов (20,2%), 8 и 4,5 зубов – (18,3%), 8,8 зубов – (8,5%), основания суставного отростка и 1,2,3 зубов (7,1%).

Лечение больных производилось по общепринятой в челюстно-лицевой хирургии методике: производилась иммобилизация отломков нижней челюсти, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение, физиотерапия.

Таблица 6-Наложение проволочных шин

шинирование (шина Тигерштедта Васильева, Уразалина, Сагандыкова)	шинирование с жесткой межчелюстной фиксацией	мини пластины	вне ротовые аппараты	спицей Киршнера	костный шов	остеоинтез с памятью формы	остеоинтез по Блеку
326	105	21	6	11	36	14	8

Основным методом лечения явилось наложение проволочных шин с зацепными петлями – 431 случаев, что составило 81,7%.

У 96 больных (18,2%) произведены различные виды остеосинтеза.

Таблица 7 - Распределение больных по срокам проведения оперативных вмешательств.

сутки	1	2	3	4	5	6	7	более 7	всего
количество больных	7	19	26	15	12	4	5	8	96

У 8 больных (8,3%) остеосинтез проводили через 7 суток после получения травмы: это можно объяснить тем, что в течение данного времени осуществлялись попытки лечения больных в других лечебных учреждениях консервативными методами, поздними сроками обращения самих больных за специализированной медицинской помощью.

Таблица 8 - Частота ранних и поздних осложнений при лечении переломов нижней челюсти шинированием с резиновой тягой.

ранние			поздние		
нагноение костной раны	острый остеомиелит	гнойные процессы в мягких тканях	хронический остеомиелит	замедленная консолидация	нарушение прикуса
3	4	3	2	4	3

Таблица 9- Частота ранних и поздних осложнений при лечении переломов нижней челюсти шинированием с жесткой фиксацией.

ранние			поздние		
нагноение костной раны	острый остеомиелит	гнойные процессы в мягких тканях	хронический остеомиелит	замедленная консолидация	нарушение прикуса
-	1	-	-	1	-

Нами проведено изучение осложнений переломов нижней челюсти при лечении их консервативными и оперативными методами.

Нагноение костной раны при шинировании встречается реже, чем при остеосинтезе на 17,8%, острый остеомиелит на 7,7%, гнойные процессы в мягких тканях на 6,4%.

Хронический остеомиелит, как осложнение позднего периода, при остеосинтезе наблюдается чаще, чем при шинировании на 1,8%, замедленная консолидация отломков на 4,6%, нарушение прикуса на 3,5%.

Необходимо отметить, что в самих группах, как при консервативном, так и при оперативных методах есть различия по осложнениям.

Для сравнительной характеристики сращения переломов нижней челюсти при различных методах лечения нами проводилось исследование динамики восстановления функции нижней челюсти путем измерения ширины открывания рта (ШОР), силы жевательного давления (СЖД) и силы открывания рта (СОР).

Статистическая обработка полученного материала проводилось по формуле Петерса с использованием фактора Мольденгауэра. Обследовались мужчины с одиночными переломами нижней челюсти: в 1 группу вошли больные леченные шинированием проволокой с зацепными петлями (10 человек), во вторую – после остеосинтеза костным швом (10 человек), в третью группу – больные, остеосинтез которым производили внеочаговыми стержневыми аппаратами (6 человек).

Измерения проводилось через 2 недели, 1,3,6 и 12 месяцев после выписки из стационара. Измерения ширины открывания

Таблица 10 - Нормальные величины гнато и ретрогнатодинамометрии (в кг).

пол	отдел нижней челюсти	правая	левая	центральный отдел	ретрометрия
муж		46,6±0,08	47,7±0,09	27,3±0,08	10,6±0,02
жен		35,8±0,25	37,7±0,37	20,7±0,21	7,1±0,07

Функциональная асимметрия между силой жевательного давления правой и левой сторон нижней челюсти составляет в среднем 1,2 кг у мужчин (p=0,13) и 1,4 кг у женщин (p=0,4).

Соотношение между силой сжатия челюстей и силой открывания рта (гнатодинамометрический индекс) в переднем отделе нижней челюсти у мужчин составляет 2,5:1, у женщин 2,9:1, в боковом отделе у мужчин 4,3:1, у женщин 5,1:1.

рта производилось штангенциркулем путем наложения его рабочей части на режущие края первых верхних и нижних резцов.

Нормальные величины ШОР, полученные нами при обследовании 26 женщин и 26 мужчин соответственно составили 51,4±0,27 мм и 53,1±0,12 мм. При первом измерении в 1 группе больных ширины открывания рта восстанавливалась на 55,1%, во второй группе на 49,9%, в 3 группе на 59,5%.

Через 1 месяц в 1 группе 74,3%, во второй – 71,7%, в третьей на 75,5%.

Через три месяца в 1 группе 84,3%, во второй на 81,5%, в третьей на 85,6%.

Через 6 месяцев регистрируются нормальные величины открывания рта во всех трех группах, которые повторяются при исследовании через 12 месяцев.

Из приведенных данных следует, что при всех сроках снятия показаний ширины открывания рта восстановление подвижности нижней челюсти происходит быстрее в случаях лечения переломов с помощью внеочаговых стержневых аппаратов.

При наложении костного шва восстановление ширины открывания рта идет значительно медленнее. При использовании проволочных шин с зацепными петлями восстановление степени открывания рта происходит быстрее, чем при наложении костного шва, но медленнее, чем при остеосинтезе аппаратами.

Определение силы жевательного давления.

Таблица 11 - Данные гнатодинамометрии, полученные при обследовании в группе больных (шинирование) в кг.

сроки обследования	отдел нижней челюсти	здоровая сторона	поврежденная сторона	центральный отдел	ретрометрия
через 2 недели		3,2 (6,8%)	2,8 (5,9%)	2,2 (8,0%)	2,6 (2,4%)
1 месяц		14,0 (29,7%)	7,4 (15,7%)	8,4 (30,8%)	9,3 (31,1%)
3 месяца		28,1 (59,7%)	22,4 (47,6%)	16,9 (61,9%)	6,7 (63,3%)
6 месяцев		40,2 (85,3%)	36,5 (77,5%)	24,3 (89,0%)	12,2 (81,9%)
12 месяцев		45,2 (96,0%)	46,0 (97,7%)	27,0 (98,9%)	11,3 (106,6%)

Функциональная асимметрия в группе больных составила 0,4; 6,6; 5,7; 3,7; 0,8 кг соответственно при обследовании через две недели, 1,3,6,12 месяцев после выписки.

Гнатодинамометрический индекс в подбородочном отделе нижней челюсти составил 0,8; 2,5; 2,5; 1,9; 2,4; соответственно в сроки обследования две недели, 1,3,6,12 месяцев.

Таблица 12 - Данные гнатодинамометрии, полученные при обследовании в группе больных (костный шов) в кг.

сроки обследования	отдел нижней челюсти	здоровая сторона	поврежденная сторона	центральный отдел	ретрометрия
через 2 недели		3,2 (6,8%)	1,8 (3,8%)	1,9 (6,9%)	1,2 (11,3%)
1 месяц		13,2 (28,0%)	6,5 (15,7%)	8,0 (29,3%)	2,9 (27,3%)
3 месяца		27,4 (58,2%)	19,8 (42,0%)	16,2 (59,3%)	6,0 (56,6%)
6 месяцев		40,3 (85,6%)	33,1 (70,3%)	23,7 (86,8%)	10,2 (96,2%)
12 месяцев		47,2 (100,2%)	46,2 (98,1%)	25,4 (93,0%)	10,2 (96,2%)

Функциональная асимметрия в группе больных второй группы составила 1,4; 6,7; 7,6; 7,2; 1,0 кг соответственно при обследовании через две недели, 1,3,6,12 месяцев после выписки.

Гнатодинамометрический индекс в подбородочном отделе нижней челюсти составил 1,5; 2,7; 2,7; 2,3; 2,5; соответственно в сроки обследования две недели, 1,3,6,12 месяцев.

Таблица 13 - Данные гнатодинамометрии, полученные при обследовании в группе больных (внеочаговый стержневой аппарат) в кг.

сроки обследования	отдел нижней челюсти	здоровая сторона	поврежденная сторона	центральный отдел	ретрометрия
через 2 недели		3,2 (6,8%)	1,8 (3,8%)	1,9 (6,9%)	1,2 (11,3%)
1 месяц		13,2 (28,0%)	6,5 (15,7%)	8,0 (29,3%)	2,9 (27,3%)
3 месяца		27,4 (58,2%)	19,8 (42,0%)	16,2 (59,3%)	6,0 (56,6%)
6 месяцев		40,3 (85,6%)	33,1 (70,3%)	23,7 (86,8%)	10,2 (96,2%)
12 месяцев		47,2 (100,2%)	46,2 (98,1%)	25,4 (93,0%)	10,2 (96,2%)

Функциональная асимметрия в группе больных второй группы составила 1,4; 6,7; 7,6; 7,2; 1,0 кг соответственно при обследовании через две недели, 1,3,6,12 месяцев после выписки.

Гнатодинамометрический индекс в подбородочном отделе нижней челюсти составил 1,5; 2,7; 2,7; 2,3; 2,5; соответственно в сроки обследования две недели, 1,3,6,12 месяцев.

Литература:

1. Безруков В.М., Лурье Т.М. Изучение травматизма челюстно-лицевой области по материалам диссертационных исследований // Тр. VI съезда стоматол. ассоц. России. - М., 2000. - С. 294-295.
2. Гельман Ю.Е., Киняпина И.Д., Мишина Н.В. и др. Сроки и методы иммобилизации переломов челюстей при сочетанной травме // Специализированная помощь пострадавшим с повреждениями лица при сочетанной травме: Сб. науч. тр. - СПб., 1991. - С. 41-48.
3. Лурье Т.М. Организация травматологической стоматологической помощи в мирное время // Травмы челюстно-лицевой области. -М., 1986. - С. 387-394.

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА*Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г., Катасонова Е.С., Кожобеков Е.М.**Кафедра стоматологии Института последипломного образования КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и кафедра стоматологии Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А.Ясауи, г.г. Алматы, Туркестан*

Резюме Комплексная высококвалифицированная и специализированная медицинская помощь детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба с периода новорожденности позволит проводить раннюю медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию маленьких пациентов.

Ключевые слова врожденная расщелина верхней губы и неба, неотложная медицинская помощь, комплексная реабилитация, алгоритм действий специалистов.

Жоғары ерін мен таңдайдың туа біткен жарығы бар балаларға жедел медициналық жәрдем беру

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ Дипломнан кейінгі білім беру институтының Стоматология кафедрасы және Алматы қаласының Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университетінің стоматология кафедрасы, Түркістан қ.

Түйіндемесі Туылғаннан бері жоғары ерін мен таңдайының туа біткен жарығы бар балаларға кешенді жоғары білікті және арнайы медициналық жәрдем беру кішкентай пациенттерді ерте медициналық-психологиялық, педагогикалық және әлеуметтік сауықтыруға мүмкіндік береді.

Кілттік сөздер ерін мен таңдайдың туа біткен жарығы, шұғыл медициналық жәрдем, кешенді сауықтыру, мамандардың іс-әрекет алгоритмі.

EMERGENCY MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE*SUPIYEV T.K., NEGAMETZYANOV N.G., KATASONOVA E.S., KOZHABEKOV E.M.**Department of Dentistry Institute of Postgraduate Education KazNMU and Department of Dentistry International Kazakh-Turkish University. H.A.Yasavi, GG Almaty, Turkestan*

Abstract The complex and highly specialized medical care to children with congenital cleft lip and palate with the neonatal period will allow for early medical and psychological, educational and social rehabilitation of young patients.

Our results showed that the average birth rate of children with congenital cleft lip and palate (VRGN) is 1:889 [1]. The frequency of congenital malformations is an important characteristic of public health. Disability of these children comes from the moment of birth. Mortality associated with defects, takes 2-5 in the structure of infant mortality. With few exceptions, these children have mental disorders. Mental retardation or psychoverbal development is largely due to social maladjustment of the child at the expense of others different from the appearance, speech disorder due to the inadequacy of the vocal apparatus, which can be successfully eliminated by early surgical intervention and further comprehensive rehabilitation. Rehabilitation of patients with congenital cleft lip and palate combines diagnostic, therapeutic, restorative and rehabilitative measures aimed at improving the anatomical, functional and aesthetic performance. It should begin with the first treatment of the sick child in hospital.

Key words congenital cleft lip and palate, emergency medical care, comprehensive rehabilitation, the algorithm acts specialists.

Актуальность проблемы. Результаты наших исследований выявили, что в среднем в РК частота рождений детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) составляет 1:889 [1]. Частота врожденных пороков развития является важной характеристикой состояния здоровья населения. Инвалидность у таких детей наступает с момента рождения. Смертность, связанная с пороками, занимает 2–5 место в структуре детской смертности. За небольшим исключением, такие дети имеют психические отклонения. Отмечаемая же

задержка психического развития или психоречевого развития во многом объясняется социальной дезадаптацией ребенка за счет отличного от окружающих внешнего вида, нарушением речи в связи с неадекватностью речевого аппарата, которая может быть успешно устранена с помощью раннего хирургического вмешательства и дальнейшей комплексной реабилитацией. Реабилитация больных с врожденной расщелиной губы и неба объединяет диагностические, лечебные, восстановительные и реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение анатомических, функциональных и эстетических показателей. Она должна начинаться с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение.

Специализированная, высококвалифицированная помощь детям с данной патологией с участием всех специалистов оказывается лишь в г. Алматы и в некоторых крупных городах. В то же время, специалисты всего мира единодушны во мнении, что дети с ВРГН нуждаются в комплексной реабилитации группой специалистов, объединенных в центре реабилитации таких детей [2,3,4,5].

Цель работы - определение объема неотложной медицинской помощи детям с врожденной расщелиной верхней губы и неба в ранние периоды жизни

Материал и методики. За период с 2009 по 2012 г.г. в Алматинском центре реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области взяты на диспансерный учет 453 ребенка с ВРГН, из них 178 пациентам оказана неотложная медицинская (ортодонтическая). При этом пользовались разработанной нами «Поэтапной методики реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба с периода новорожденности» [6] с изменениями и дополнениями.

Результаты исследований и их обсуждение. Алматинский центр имеет тесную связь со всеми родильными домами города, центром медико-генетической консультации населения и другими лечебными учреждениями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь новорожденному с ВРГН. Сразу после рождения ребенка с расщелиной сотрудник роддома сообщает об этом руководителю центра. Создается бригада в составе врача-ортодонта, челюстно-лицевого хирурга и зубного техника, которая выезжает в соответствующее лечебное учреждение.

Первым этапом является осмотр новорожденного с расщелиной в родильном доме, психотерапевтическая беседа с матерью и членами семьи, организация правильного ухода и кормления ребенка и решение вопроса о времени и месте оперативного вмешательства. Это связано с тем, что родители пациентов с ВРГН, прежде всего, интересуются - когда, в каком возрасте можно устранить врожденный дефект, можно ли провести это вмешательство пораньше и т.д. Поэтому хирург, совместно с врачом-ортодонтом, педиатром и другими специалистами должен отвечать на все вопросы родителей. При этом продолжительность и объем лечебно-профилактических мероприятий зависит от степени тяжести врожденной патологии. Если у детей с ВРГН имеется сопутствующая врожденная патология нервной системы (врожденная алалия, врожденная глухонмота, болезнь Дауна, болезнь Литля), то у них лечебно-профилактические мероприятия проводятся индивидуально по показаниям.

Тактика врача по реабилитации ребенка с ВРГН в условиях родильного дома. Первыми специалистами, с которыми контактирует новорожденный ребенок с расщелиной и его родители, являются акушер-гинеколог и врач-неонатолог

(педиатр). Эти врачи хорошо осведомлены о проблемах, возникающих уже с первых часов жизни ребенка, родившегося с расщелиной верхней губы и нёба, у которого, в зависимости от вида дефекта, в той или иной степени нарушены процессы сосания, глотания, дыхания.

Врач-неонатолог обеспечивает выбор и оптимальный способ кормления детей с ВРГН, который вместе с врачом-ортодонтом в роддоме определяют способ кормления ребенка. Самым важным моментом при лечении детей с расщелиной губы и неба является поддержание жизненно важных функций и кормление ребенка, где возможность сосать грудь сохраняется только при неполной расщелине верхней губы или неполной расщелине неба (рис.1).



1

2-а

2-б

Рис. 1 – Положение ребенка с расщелиной верхней губы при сосании груди матери

Рис. 2 – Кормление ребенка со сквозной односторонней расщелиной верхней губы и неба, пользующегося преформировавшей пластинкой в полости рта (а - вид ребенка без соски, б – с соской).

Большинство медицинских работников (врачи общего профиля, медицинские сестры) не могут дать родителям правильный совет по этому вопросу, более того, зачастую уже в роддомах, детей после рождения сразу начинают кормить через зонд, мотивируя это тем, что у таких малышей отсутствует

сосательный рефлекс. Это ошибочное мнение, так как сосательный рефлекс, под действием которого укрепляются мышцы, и перемещается вперед нижняя челюсть, врожденный, а кормление через зонд приводит именно к его угасанию, что нежелательно [7].

При длительном кормлении через зонд травмируется слизистая оболочка пищевода, в результате чего возникает ее воспаление, и в дальнейшем могут формироваться стриктуры. Поэтому применение зонда должно быть кратковременным. Лишь у детей с синдромом Пьера-Робина, вследствие недоразвития нижней челюсти и большого смещенного кзади языка, возникает значительное затруднение дыхания, что является дополнительнымотягчающим обстоятельством для сосания (в норме ребенок при сосании одновременно дышит).

Самый распространенный способ искусственного вскармливания через обычную соску можно использовать практически во всех случаях расщелин верхней губы и нёба. Эффективность кормления детей соской зависит от нескольких факторов. Среди них давление соски на подлежащие ткани; форма соски; упругостью материала, из которого она изготовлена и диаметром отверстия в соске. Последнее не должно быть очень большим, так как ребенок будет захлебываться, а, кроме того, при таких условиях ему не нужно прикладывать больших усилий при сосании, в связи с чем, нижняя челюсть будет недоразвитой.

Безусловно, формирование искусственного неба с помощью преформирующей пластинки до первого кормления значительно облегчает кормление новорожденного [8]. Но, если имеется сочетанная патология со стороны сердечнососудистой системы и другие этапы изготовления аппарата - снятие альгинатного оттиска с верхней челюсти новорожденного при помощи индивидуальной оттисковой ложки является затруднительным из-за общего состояния ребенка.

Применение obturator для неба позволяет улучшить условия для грудного и искусственного вскармливания ребенка с ВРГН. Такой obturator изолирует носовую полость от ротовой, обеспечивает отрицательное давление при сосании, препятствует расширению дефекта и не оказывает негативного действия на края расщелины (рис. 2 а,б).

Obturator готовится из бесцветной пластмассы либо из прозрачной нетоксичной мягкой термомассы по «Essix»-технологии; он легок, прост в использовании, ребенок быстро привыкает к нему (период адаптации минимальный). Посредством нити такая пластинка фиксируется на лицевую часть ребенка во избежание травмы слизистой оболочки полости рта, потери, падения на пол.

Участковому педиатру, который ведет диспансерное наблюдение за ребенком ВРГН, следует учитывать, что эти дети до 15% и более случаев имеют различные соматические заболевания и другие патологии. Это приводит к необходимости отложить оперативное вмешательство до времени ликвидации очагов воспалительного либо дистрофического характера.

На протяжении нескольких десятилетий известный европейский концерн MAMA GmbH (Цевен, Германия) по праву занимает лидирующее место в производстве и научной разработке специализированной продукции для детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области.

Латексные соски NUK для кормления новорожденных позволяют осуществить полноценное кормление малыша искусственным путем, несмотря на наличие расщелины, и успешно подготовить ребенка к предстоящей операции. В АО «Национальный научный центр материнства и детства» и в отделении патологии новорожденных в 1-й городской детской клинической больнице г. Астаны у 20 новорожденных с ВРГН и сочетанным пороком сердца до операции хейлопластика для вскармливания была использована модифицированная соска NUK (рис. 3) [9].



3

4

Рис. 3 – Вид соски NUK: слева - обычная, справа - модифицированная

Рис. 4 - Специальная детская соска для детей с ВРГН, разработанная Сабитовой К.Е.

Модифицированная соска NUK изготовлена из латекса – высококачественного натурального экологически чистого материала, обладающего высокой эластичностью, особой прочностью, гигиеничностью, низкой восприимчивостью к микроорганизмам. Соска с закручивающимся кольцом для бутылочки подходит ко всем стандартным бутылочкам разной торговой марки. Еще одним важным моментом является, что отверстие в соске отсутствует, имеет широкий загубник, который способствует развитию естественного сосательного рефлекса.

Отверстие продельвается индивидуально для каждого малыша в соответствии с рекомендациями врача и в зависимости от направления расщелины, но не в верхней части соски, закрывающей расщелину. Отверстий в соске должно быть несколько с обычными размерами, чтобы при поворачивании бутылочки с горлышком вниз молоко лишь капало, а не вытекало струйкой. Для профилактики аспирации молока при кормлении мамы держали ребенка в полувертикальном положении, так как основную группу составляли дети с сопутствующей патологией. Время кормления ребенка составляло 10- 20 минут.

В процессе кормления необходимо контролировать глотание смеси или молока. Не следует допускать наличие большого объема питательной смеси в полости рта.

У всех детей при использовании соски питательная смесь каплями поступает в полость рта, круговая расщепленная мышца при этом остается пассивной, спинка языка поднимается вверх, разделяя полость рта и носа. Отмечается наиболее физиологичное сосание у детей даже с расщелиной верхней губы и неба.

В нашей клинике Сабитовой К.Е. разработана специальная массажная соска для детей с расщелиной верхней губы после хейлопластики (рис. 4) [10].

Дети, родившиеся с малым весом, нуждаются в особом внимании. Искусственное вскармливание, на котором чаще всего находится большинство таких детей, не обеспечивает поступление и усвоение необходимых витаминов, микроэлементов, белков в организм ребенка. Результатом

такого вскармливания является развитие у детей рахита, железодефицитной анемии, дисбактериоза и других заболеваний желудочно-кишечного тракта. Частые простудные заболевания, которые возникают у детей с расщелиной вследствие анатомических и функциональных нарушений, ослабляют иммунитет. Главная задача педиатра в таких случаях вылечить и подготовить ребенка к проведению операции.

В результате раннего перехода на искусственное вскармливание у детей с ВРГН развивается кишечный дисбактериоз, который прослеживается у всех больных с ВРГН. Нормальная флора кишечника оказывает иммуногенное и морфогенное влияние на новорожденного, обеспечивает симбиотное пищеварение, когда уровень собственных ферментов, участвующих в полостном и мембранном пищеварении крайне низок. К тому же, у детей с врожденной патологией лица, особенно младшего возраста, часто наблюдается нарушение моторной функции кишечника, и возникают так называемые «функциональные запоры».

Совместно с педиатрами и акушерами-гинекологами уточняются сроки оперативного вмешательства на верхней губе и на мягком нёбе у детей раннего возраста, которые зависят от общего соматического состояния ребенка и вида расщелины. Родителям даются разъяснения о том, что, кроме периода новорожденности, чаще всего расщелину верхней губы в нашей клинике, если нет общих противопоказаний, ликвидируют в возрасте 4–6 месяцев. Для разъяснения сути предстоящей операции помогают фотографии детей с ВРГН, ранее леченых в клинике до - и после операции, которые ярко демонстрируют результаты лечения.

Что касается плановых профилактических прививок до операции на губе и нёбе, то при удовлетворительном общем состоянии ребенка расщелина верхней губы и нёба не является противопоказанием к их проведению.

Деятельность врача-ортодонта в комплексной реабилитации новорожденного с ВРГН заключается:

- в разобщении полости рта с полостью носа,
- нормализации процесса вскармливания новорожденного,
- создание условий для перестройки недоразвитых и порочно расположенных фрагментов верхнечелюстных костей, стимуляция их роста,
- ликвидация дефекта (дефектов) в области альвеолярного отростка, замыкание дуги в единое анатомическое образование,
- создание благоприятных условий для хейлопластики, затем уранопластики.

Для достижения этой задачи у новорожденного с ВРГН снимается слепок верхней челюсти, готовится ортопедический аппарат по методу [11] и сдается ребенку по возможности до первого кормления. В таких случаях новорожденный воспринимает его как неотъемлемую часть органов полости рта, спокойно с ним сосет, съедает все положение по возрасту количества молока. Через отверстие, сделанное фиссурным бором в переднем отделе ортопедического аппарата, соответственно проекции расщелины, проводится нить, которая закрепляется к эластической давящей повязке (эластичный трубчатый бинт №1,2,3). Срок адаптации новорожденного к аппарату 1-2 дня. Ребенок пользуется аппаратом круглые сутки, за исключением времени, отведенного для туалета полости рта и аппарата. Первая коррекция преформированной пластинки осуществляется через один месяц после выписки новорожденного из родильного дома в центре реабилитации. Особенности преформированного ортопедического аппарата является то, он не входит в просвет расщелины, а располагается под ней, что создает благоприятные условия для вскармливания, предупреждает возникновение вторичных деформаций небных отростков и увеличения поперечного размера расщелины, а также улучшает условия для своевременного проведения хейло- и уранопластики, исключив при этом натяжение мягких тканей и костные рассечения.

Нормализованный с помощью ортопедического аппарата акт сосания создает оптимальные условия для последующей перестройки фрагментов верхней челюсти. Акт сосания превращается в лечебный фактор, обеспечивающий перемещение расщепленных фрагментов.

При наличии изолированной (реже сквозной) расщелины верхней губы и отсутствии противопоказаний решается вопрос об оперативном лечении новорожденного в условиях родильного дома или отделении для новорожденных детской хирургической клиники.

Взгляды на сроки хейлопластики. Стандартный подход во всех случаях к решению этого вопроса невозможен. Срок вмешательства должен определяться с учетом общего состояния ребенка, вида расщелины губы, состояния тканей в области расщелины, степени нарушения у ребенка физиологических функций (дыхания, сосания и др.).

В 1956 году Л.Е.Фролова [12] опубликовала работу о возможности проведения оперативного вмешательства по поводу расщелины верхней губы на 2-3 день после рождения. Если операция не произведена в эти сроки, ее откладывают на 11-13 сутки. Причины: физиологическая желтуха, падение веса, повышенная кровоточивость и другие противопоказания:

1) тяжелые комбинированные врожденные уродства новорожденных, препятствующих выполнению оперативного вмешательства при расщелине губы, в первые сутки после рождения;

2) приобретенные заболевания, которые делают невозможным проведение операции в данный момент.

Считается целесообразным в ранние сроки оперировать доношенных новорожденных с массой не менее 3000 г и не имеющих других пороков развития.

Среди хирургов есть мнение, что увлекаться операциями у новорожденных по поводу врожденной расщелины не следует и проводить по строгим показаниям, что определяет челюстно-лицевой хирург вместе с неонатологом.

Обобщив данные литературы по срокам операции при расщелине верхней губы, мы пришли к заключению, что их можно сгруппировать на три:

1. авторы считают оптимальным сроком операции детей в 8-10 месяцев, когда все части лица у ребенка достаточно развиты;
2. оперировать пациентов в 1-6 месяцев, когда дети лучше переносят операцию, в более поздние сроки дети часто болеют разными болезнями и организм их плохо переносит операцию;
3. оперировать на 2-3 или с 11-13 сутки после рождения, полагая, что в дальнейшем будет более правильно развиваться зубочелюстная система.

Мы полагаем, что оптимальным сроком для проведения первичной хейлопластики (кроме периода новорожденности) является возраст 4-6 месяцев. К такому заключению мы подошли с учетом рекомендаций педиатров, детских хирургов и иммунологов. Это объясняется тем, что сила иммунологического ответа у детей грудного возраста быстро истощается, антитела образуются медленно, а высокий их титр держится недолго. К 2-3 мес. и до 4-6 мес. титр антител к наиболее часто встречающимся антигенам у ребенка падает. Наступает фаза «физиологического иммунодефицита». Это связано с исчезновением материнских антител и медленным синтезом собственных. В дальнейшем, примерно с возраста 6-8 мес. начинается функциональное созревание иммунологической системы, достигая развития к 5-10 годам.

Принципами современной хейлопластики являются: восстановление анатомических взаимоотношений мягких тканей губы (круговой мышцы рта, красной каймы, кожной части губы); создание преддверия рта (обратить внимание на прикрепление уздечки верхней губы); формирование носового хода, исправление деформации крыла носа и носовой перегородки.

Послеоперационный уход за ребенком. В ранний послеоперационный период особое внимание уделяют обеспечению свободного дыхания ребенка, особенно после операции по поводу широких сквозных одно- или двусторонних расщелин губы. Кормить ребенка начинают через 2-3 часа после наркоза. Желательно кормить ребенка с ложки. Только после снятия швов можно кормить ребенка с помощью соски или прикладывать его к груди матери. Ребенку вводятся антибиотики, обезболивающие и антигистаминные препараты. Ежедневно проводят перевязки послеоперационной раны, стремясь к тому, чтобы линия швов была чистой и сухой. Из антисептических препаратов для этой цели нами отдается предпочтение мирамистину, йоксу. Швы снимают на 6-7 день. Для формирования нежных малозаметных рубцов послеоперационную рану обрабатывают гепариновой или преднизалоновой мазями и назначают массаж тканей. Из физических методов можно использовать воздействие излучением гелий-неонового лазера, ультразвуком, ультрафонофорезом.

Осложнения после пластики верхней губы. Осложнения во время и после хейлопластики бывают различного характера. Наиболее нежелательным из них является случай смерти. Летальность на операционном столе и вскоре после него связана, как правило, с неудачным отбором больных. Нельзя оперировать детей истощенных, страдающих сочетанными множественными пороками развития и др. Организационные погрешности и ошибки при анестезиологическом обеспечении ребенка имеют немаловажное значение в этом вопросе.

У больных с расщелиной верхней губы, оперированных без применения специальных методов оптимизации послеоперационной раны, наиболее частым и неприятным местным осложнением хейлопластики является частичное или полное расхождение краев раны.

По данным нашей клиники, непосредственные результаты хейлопластики у детей, получавших специальные методы оптимизации послеоперационной раны, были следующие: отличные (заживление первичным натяжением) – 91%, хорошие (отек и гиперемия кожи) – 6%, удовлетворительные (частичное расхождение раны) – 3%. Неудовлетворительных исходов не было [13].

Таким образом, полная медицинская и социальная адаптация ребенка возможна только в том случае если на самой ранней стадии его развития будет проведено полноценное хирургическое лечение.

Логопедическая помощь детям с ВРГН крайне необходима, так как речь таких детей искажена и порою недоступна пониманию. Нарушение речи ведет к задержке умственного и психического развития, социальной неполноценности, ущербности, ряду психических заболеваний ребенка с врожденной патологией.

Речь у детей с ВРГН развивается позже, по сравнению с речью нормальных детей. Кроме того, они чаще страдают недоразвитием речи. Дефекты звукопроизношения ребенка с врожденной расщелиной нёба характеризуется отсутствием анатомических условий для осуществления полноценного нёбно-глоточного смыкания, изменением положения и активности языка, нарушениями взаимодействия между артикуляционными и дыхательными мышцами.

При ринолалии во всех случаях отмечается снижение слуха разной степени. Неправильное развитие верхней челюсти, которое проявляется разными видами патологического прикуса (мезиальный, открытый, перекрестный и др.), также негативно сказывается на звукопроизношении.

Для развития нормальной речи ребенку необходима операция в раннем (до 2 лет) возрасте. Хирургическое воссоздание нёба или устранение анатомического врожденного дефекта нёба обязательно сочетается с дооперационным и послеоперационным логопедическим обучением. Чаще всего, логопеды, не видя результатов дооперационной работы,

отказывают в помощи детям с врожденной расщелиной нёба, но хирурги отмечают, что дооперационные логопедические занятия способствуют укреплению мышц тканей нёба и глотки, создают более благоприятные условия для операции и послеоперационного заживления раны, а также базу для развития в дальнейшем нормальной речи. Основной задачей логопедической работы с детьми с врожденной расщелиной нёба в до- и послеоперационном периодах является обучение нормальному звукопроизношению без носового оттенка.

Тесная взаимосвязь в лечении детей с ВРГН хирурга, врача-ортодонта и логопеда позволяет своевременно устранить анатомические и функциональные дефекты, восстановить психоэмоциональное состояние ребенка. Все это позволяет провести полноценную реабилитацию таких пациентов с возвращением их в общество.

Мы являемся сторонниками начала логопедических упражнений с ребенком, имеющим ВРГН, с раннего возраста. Целью этих предоперационных занятий с детьми является не допустить образования компенсаторных патологических навыков. Занятия необходимо начинать как можно раньше. С раннего младенческого возраста (1 месяц) нужно развивать двигательные навыки ребенка, в том числе и артикуляционного аппарата (язык, губы).

Из логопедических упражнений следует использовать наиболее эффективные и простые в исполнении. Например, капнуть капельку сиропа или воды на верхнюю губу, чтобы ребенок инстинктивно начинает облизывать губу. С каждым днем капелька должна быть выше и почти по всей поверхности верхней губы.

Таким образом, развивается активность языка и верхней губы. Все остальные упражнения выполняются по мере взросления ребенка. Продолжительность занятий определяется индивидуально в ходе занятий. Достаточный дооперационный период логопедических упражнений сокращает сроки исправления речи у ребенка в послеоперационном периоде.

Занятия с детьми с ВРГН нужно проводить ежедневно несколько раз в день по 2-3 мин перед зеркалом в присутствии родителей (или родителями в домашних условиях) согласно описанной методики.

Участие ЛОР-врача в комплексной реабилитации детей с ВРГН. Такой ребенок должен находиться на диспансерном учете у ЛОР-врача с самого рождения, так как нарушение анатомических структур носа, нёба и глотки влечет за собой нарушение их функций. У таких детей в 4-5 раз чаще возникают заболевания уха, носа и глотки. Среди них наиболее распространены хронические риниты, отиты, тонзиллиты. Это обусловлено тем, что постепенно, из-за широкого сообщения между полостью рта и носа и нарушения носового дыхания, при попадании пищи на слизистую полости носа и верхних дыхательных путей возникают и развиваются воспалительные процессы, вначале острые, затем хронические. По мере увеличения возраста у детей происходит компенсаторное разрастание аденоидной ткани в носоглотке, у устьев евстахиевых труб, а также гипертрофия нёбных миндалин, задних отделов нижних носовых раковин.

У всех детей с расщелиной отмечено ослабление слуха, в основном за счет нарушения вентиляционной функции слуховых труб; с возрастом условия для вентиляции этих труб ухудшаются и, как следствие этого, происходит дальнейшее ослабление слуха. Для диагностики такого нарушения детям с расщелиной верхней губы и нёба ЛОР-врач проводит аудиограмму и при выявлении снижения слуха берет ребенка на лечение.

У всех детей с полной односторонней, двусторонней врожденной расщелиной губы и нёба отмечается врожденное искривление носовой перегородки, что проявляется нарушением дыхания. Это приводит к развитию хронических воспалительных процессов слизистой. Такой вид порока развития ликвидирует оториноларинголог, как правило, после проведения пластики наружного носа челюстно-лицевым

хирургом либо перед проведением окончательной коррекции носа. Однако в последние годы реконструкция носовой перегородки проводится в более раннем дошкольном возрасте. Известно, что для формирования правильного произношения звуков необходим определенный объем резонансных полостей. У больных с расщелиной нёба резонансные полости увеличены, и поэтому наблюдается сочетанная гипертрофия нёбных и глоточных миндалин нижних носовых раковин, направленная на уменьшение объема этих полостей, т.е. компенсаторная гипертрофия, которая имеет самое непосредственное отношение к функции нёбно-глоточного кольца. Поэтому с большой осторожностью необходимо относиться к тонзиллэктомии и аденоэктомии у детей с ВРГН. Такие операции способствуют расширению мезофаринкса, ухудшению условий для нёбно-глоточного смыкания, что сразу же проявляется гнусавостью (назальностью) речи.

Вопрос о проведении указанных операций должен решаться совместно с челюстно-лицевым хирургом и логопедом. Правильной тактикой оториноларинголога в отношении аденоидных вегетаций у детей младшего возраста является консервативное лечение, старшего возраста – удаление их при неэффективности ранее проведенного лечения. Дети с гипертрофией миндалин и аденоидов не реже, чем 2-3 раза в год проходят профилактический осмотр и принимают профилактическое лечение – носовые души, аэрозольные ингаляции, электрофорез, ультразвук миндалин, вдвухание в носовые ходы необходимых лекарственных средств, бальнеологические процедуры и др.

При обострении хронических заболеваний проводится курс комплексной противовоспалительной терапии, применяемой при данном заболевании. Особое внимание следует уделить мерам, направленным на повышение защитных сил организма. Обусловленные расщелиной нёба и поддерживаемые им сопутствующие хронические (с частыми обострениями) заболевания ЛОР-органов создают так называемый порочный круг. Неблагоприятный соматический фон детей с врожденной расщелиной нёба часто не дает возможности провести плановую операцию на нёбе. С другой стороны, указанные заболевания ЛОР-органов самостоятельно не ликвидируются, поскольку связаны с расщелиной нёба. Этот факт служит одним из аргументов в пользу проведения операций на нёбе в раннем возрасте. Мероприятия по оздоровлению ЛОР-органов в предоперационном периоде с целью проведения уранопластики являются наиболее важной и значительной задачей. Однако для успеха такой работы необходимо комплексное участие в этой проблеме ЛОР-врача, челюстно-лицевого хирурга, стоматолога, логопеда и других специалистов.

Роль врача-стоматолога в комплексной реабилитации детей с ВРГН не менее важна, чем других специалистов. Это связано с тем, что у детей с ВРГН имеет место высокое распространение стоматологических заболеваний (распространенность и интенсивность кариеса временных зубов и его осложнения 67,7±2,52 % и 4,10±0,23 соответственно, гипоплазия – у 12,5 %, заболевания пародонта – у 51,6 %), что связано как общими, так и местными факторами риска. У детей с ВРГН выявлено снижение кариесрезистентности эмали зубов (ТЭР-тест = 4,75±0,24 балла). В связи с этим дети с ВРГН нуждаются в активной реминерализующей терапии твердых тканей зубов с раннего возраста.

Длительное ношение ортодонтических аппаратов и ухудшение гигиенического содержания полости рта способствуют увеличению количественного и качественного составов микрофлоры в ней (ГИ=2,45±0,32).

Практически у всех детей с ВРГН имелись различные зубочелюстные аномалии (96,4 %), преимущественно аномалии прикуса (у 53,1 %). Изучение уровня стоматологического здоровья у детей дошкольного возраста с ВРГН в среднем составляет 43,8 %, что почти в 2 раза ниже, чем у детей без ВРГН (80 %).

Плановую санацию полости рта у детей с ВРГН следует проводить дважды в год в обязательном порядке по общепринятым правилам.

Опыт деятельности Алматинского городского Центра реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией ЧЛО, научно-обоснованный подход к стратегии и тактике лечения таких детей позволили предложить алгоритм комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба с учетом особенностей в каждой из возрастных групп. В частности, для групп риска проводится медико-генетическое консультирование родителей и УЗИ-диагностика беременных (с 12 недели). При выявлении патологии черепно-челюстно-лицевой области проводится медико-генетическое консультирование и осуществляется медико-психологическая поддержка семьи специалистами (психолог, генетик, черепно-челюстно-лицевой хирург, нейрохирург, ортодонт). При выявлении сочетанной патологии организма прибегают к консультации профильных специалистов.

Заключение. Специализированная медицинская и социальная помощь детям с ВРГН должна начинаться в период планирования деторождения, или с первого обращения пациента или родителей больного ребенка в медицинское учреждение. Объединение творческих организационных сил специалистов, занимающихся проблемой лечения детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, создание региональных Центров диспансеризации и учета пациентов, позволит оказывать раннюю высококвалифицированную, специализированную медицинскую помощь, что в свою очередь позволит проводить раннюю медико-психологическую, педагогическую и социальную реабилитацию маленьких пациентов.

Литература

- Негаметзянов Н.Г., Супиев Т.К. Экологические факторы различных регионов Республики Казахстан и их влияние на заболеваемость врожденной расщелиной верхней губы и неба // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2012. – №1. – С. 21-28.
- Чуйкин С.В., Андрианова Ю.В., Давлетшин Н.А. К этиологии и патогенезу врожденной расщелины верхней губы и неба в регионе с нефтехимической промышленностью // Матер. респ. конф. стоматологов Башкортостана: «Новые технологии в стоматологии». – Уфа, 2005. – С. 220–222.
- Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Материалы науч.-практ. конф.: «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». – М., 2006. – С. 14–15.
- Мамедов А.А., Герасимов А.Н., Манерова О.А. и др. Организация специализированной помощи детям с врожденной расщелиной неба в современных условиях развития здравоохранения России // Проблемы стоматологии. – 2005. – № 2. – С. 32–36.
- Блохина С.И., Долгополова Г.В. Медицинская и социальная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Стоматология и здоровье ребенка: тез. докл. Первой респуб. конф. – М., 1996. – С. 20.
- Супиев Т.К., Негаметзянов Г.М., Ахметжанов А.М., Битикенова Г.Б. Поэтапная методика реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба с периода новорожденности. - Алматы: МЗ РК, 1995. – 6 с.
- Гончаков Г.В., Притько А.Г., Гончакова С.Г. Врожденные расщелины верхней губы и неба // Практическая медицина. - 2009. - С.33-34.
- Стоматология детей и подростков // Под ред. Ральф Е., Мак-Дональд, Дейвид Р.Эйвери.- М.: Мед.Информ Агентство, 2003. - С. 710-711
- Замураева А.У., Камалиденова М.К., Попинигис У.А., Кенжин Б.Д. Особенности кормления детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Матер. Респ. науч.-практ. конф. с международным участием «Актуальные проблемы врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области в Республике Казахстан». – Алматы, 2012. – С. 56.
- Сабитова К.Е. Уровень стоматологического здоровья, меры профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: автореф. канд. дис. ... Алматы, 2000. – 24 с.
- Шарова Т.В. Симановская Е.Ю. Организация специализированной стоматологической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в условиях родильного дома: Метод. рекомендации. - Пермь, 1983. - 21 с.
- Фролова Л.Е. Пороки развития отдельных анатомических образований челюстно-лицевой области / Руководство по стоматологии детского возраста // Под ред. А.И.Евдокимова и Т.Ф.Виноградовой. – М.: Медицина, 1976. – С. 64-74.
- Кипшакбаев Р.К. Воспалительные осложнения и оптимизация их лечения при хейло- и уранопластике у детей : автореф. канд. дис. ... - Алматы, 2000. – 18 с.

ЭНДОДОНТИЯЛЫҚ ЕМ ЖҮРГІЗГЕНДЕ ӨЗЕКТІ УАҚЫТША ПЛОМБЫЛАУДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАМАНАУИ МАТЕРИАЛДАР

Уразбаева Б.М.

ҚазҰМУ - тиң терапиялық стоматология протопедвтикасы модулі

Эндодонтия – стоматология саласының бір бөлігі, дәрігер емдеу кезінде түрлі қателіктер және асқынуларға кездейсоқ тап болады.

Терапиялық емдеуде дәрігердің ұзақ мерзімді уақыты, еңбегі кейде жақсы нәтиже бермейді. Күнделікті емдеу барысында, практикада эндодонтиялық сапасыз емдеудің нәтижесін көреміз.(1)

Түйінді сөздер: обтурация, түбір өзектерін уақытша пломбылау, ұлпа және периодонт қабынулары, ледермикс, резорбция, регенерация.

Применение современного временного пломбировочного материала при эндодонтическом лечении

Уразбаева Б.М.

Временный пломбировочный материал представляет собой высоко - эффективную комбинацию антибиотика и глюкокортикостероида, обладает бактерицидным, выраженным противоотечным и обезболивающим действием. Результаты наших клинических наблюдений свидетельствуют о высокой эффективности пасты Ледермикс для временной обтурации корневых каналов при лечении осложненного кариеса.

Ключевые слова: обтурация, временное пломбирование корневых каналов, пульпит и периодонтит, ледермикс , резорбция, регенерация.

Application of a modern temporary sealing material at endodonticheskoy treatment

Уразбаева Б.М.

Abstract: Temporary filling material is a highly - effective combination of antibiotics and corticosteroids, has bactericidal, expressed edematous and analgesic properties. The results of our clinical observations suggest a high performance toothpaste Ledermiks for temporary obturation of root canals in the treatment of complicated caries.

obstruction, a temporary filling of root canals, pulpitis and periodontitis, ledermiks, resorption, regeneration.

Keywords: obstruction, a temporary filling of root canals, pulpitis and periodontitis, ledermiks, resorption, regeneration.

Эндодонтиялық емнің нәтижелі болуына қолданылатын құрал-саймандардың, жаңа заманауи технологияларды игеру, дұрыс материалдарды қолдана білу, стоматологиялық қабылдауды дұрыс ұйымдастыра білу және жұмыс орнының жабдықталу деңгейі көп роль атқарады. Қазіргі уақытта асқынған тісжегі ауруларының өсуі қарқынды алға жылжуда. Патогенді экзо - эндо факторлардың әсерінен периодонт тіндерінде қабыну үрдісі агрессивті өтуде, сондықтан терапиялық емнің нәтижесін жақсартуда жаңа дәрілік препараттарды таңдауды мәжбүр етеді. (2)Түбірді аспаптық өңдеуден кейін өзекте қалған микроорганизмдер ауру сезімін тудыруы немесе аурудың өршуіне әкеледі.

Кез келген эндодонтиялық емдеудің мақсаты - тіс түбірі және қоршаған периодонт, микроорганизмдер токсиндерін тежеп, қабыну үрдісін және периапикалді тіндердегі өзгерістерді емдеу болып табылады. Өкінішке орай әдебиеттер деректері бойынша әр-түрлі кешенді қолданылған тәсілдер мен препараттар, өзекті, тіс түбір ұшы, толығымен залалсыздандырып сапалы еммен нәтиже бермейді.

Осы мақсатта асқынған тісжегіні кешенді емдеуде түбір өзегіне уақытша обтурациялауға арналған арналған дентальді Ледермикс қойыртпағының әсер етуін зерттеу жоспарланды. Ледермикс – стоматологияда қолданылатын дәрілік заттардың ішіндегі аналогы жоқ препарат. Құрамында жоғары әсер көрсететін антибиотик және глюкокортикостероид бар.

Германияда RIEMSER Arzneimittel AG фармакологиялық концернде жоғары сапамен өндірілген.

1 г Ледермикс қойыртпағы құрамында - 30 мг демеклоцилин гидрхлориді, 10 мг триамцинолон ацетониді ,5- граммдық тубик түрінде шығарылады.

1 - тубик кем дегенде 20 – 25 рет түбір өзегін емдеуге қолдануға жетеді.

Ледермикс қойыртпағының қасиеті: бактерицидті, қабынуға қарсы, ауру сезімін басатын, дезинтоксикациялық препараты болып саналады.

Ледермикс – өте жоғары антирезорбтивтік қасиетке ие, сондықтан апликальді резорбция кезінде қолдануға арналған. 50 : 50 қатынаста кальций гидроксидімен бірге араластырып кез келген түбір өзегін емдеуде жоғарғы әсері бар дәрілік зат ретінде қолдануға болады. Суда жақсы ериді және керек жағдайда өзектен оңай алынады. Құрамында токсикалық немесе канцерогендік әсер ететін заттары жоқ (мысалы, пароформальдегид, крезол, фенол т.с.с.) тіндерді тітіркендірмейді және бұзылыс тудырмайды. Бактероцидтік және қабынуға қарсы жақсы әсері антибиотик пен глюкокортиностероидтің қауіпсіз дозасымен сортталған. Сорылуы төмен болғандықтан артық дозалау және дәрілермен әрекеттесу қауіпі жоқ. Құрамындағы триамцинолон глюкокортикостероиді, жоғары әсері бар қауіпсіз және гипотоломо– гипофизарлы – бүйрек үсті бездік жүйеге, көмірсу, май және кальций алмасуының бұзылуына қауіпсіз әсерімен ерекшеленеді.

Зерттеу мақсаттары:

Асқынған тісжегі ұлпа қабынуларын емдеуде дентальді қойыртпақ Ледермиксті қолдана отырып тиімділігін бағалау. Клиникалық динамикасын кейінгі нәтижелер арқылы бағалау. (6-ай, 12- ай аралығында).

Асқынған тісжегімен келген науқастар бақылауға алынды. Бақылауда 25 науқас болды. Оның ішінде диагноз бойынша: ұлпаның созылмалы шірі қабынуы – 6, ұлпаның созылмалы шірі қабынуының өршуі – 8, ұлпаның созылмалы жәй қабынуы- 6, ұлпаның созылмалы жәй қабынуының өршуі -5 науқастар емделді.

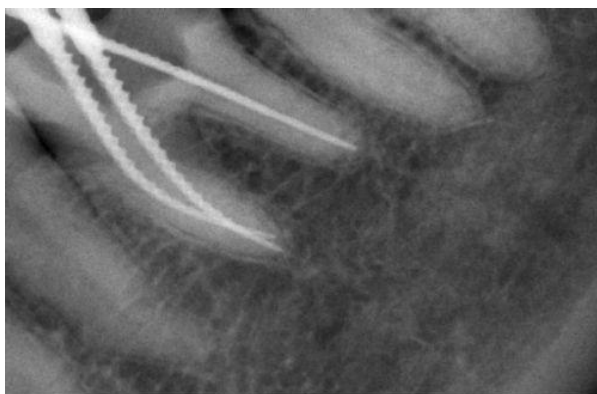
Барлық науқастарға: рентген суреті (ем алдында және емнен кейін),жұмысшы ұзындығын анықтау (апекслокатор) жүргізілді. Жалпы қабылданған әдіс бойынша біріншілік эндодонтиялық жол гипохлорид ертіндісімен өңдеп жуып шайылды. Ледермикс қойыртпағын өзек толтырғыштың көмегімен өзекке 3күн және 1 аптаға қойылып отырды. Емдік препараттың емдік әсері сол күннен бастап нәтижесі байқалынды.

Клиникалық жағдайлар: Науқас 48 жаста, шағымы төменгі жақ аймағының оң жағындағы азу тісінің сыздап, тоқтамай ауыратынына шағымданады. Қарап тексергенде жоғары 26 тісінде терең тісжегі қуысы байқалады. Тіс жегі тіс қуысымен байланысып жатыр. Қағып тексергенде ауру сезімі бар. Науқастың айтуынша тістері 3-4 тәуліктен бері мазалайды, ЭОД -90 мкА. Рентген суретте 26 тісінің түбір аймағында периодонт саңылауы кеңейген.

Диагнозы: Ұлпаның созылмалы жәй қабынуының өршуі. Жасалған іс шаралар: Жалпы қабылданған әдіс бойынша біріншілік эндодонтиялық жол ашылып, аспаптық өңдеу жүргізілгеннен кейін өзектерді натрий гипохлорид ертіндісімен өңдеп жуып шайылды. Ледермикс қойыртпағын өзек толтырғыштың көмегімен өзекке қалдырдық. Емнің нәтижесі: ауру сезімінің тез басылуы, герметикалық қасиеті жақсы нәтижелі. Қағып тексергенде ауру сезімі болмауы, түбір өзегі таза. Емдеудің тиімділігі жақын және ұзақ уақыт аралығында бағаланып отырды. Кері әсерлері практикада

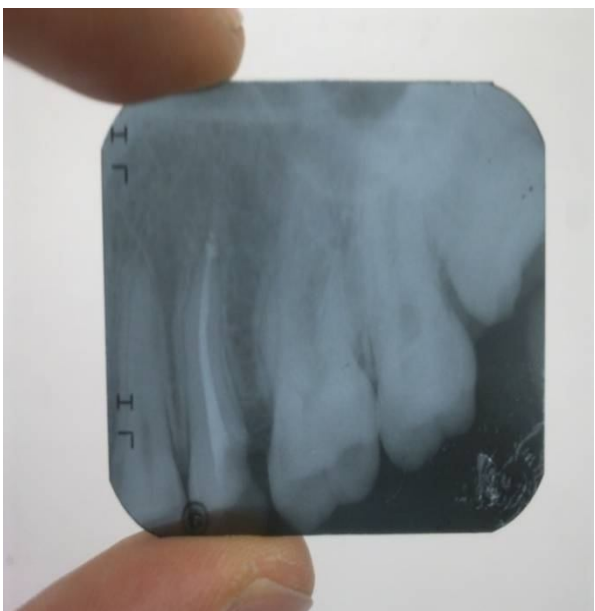
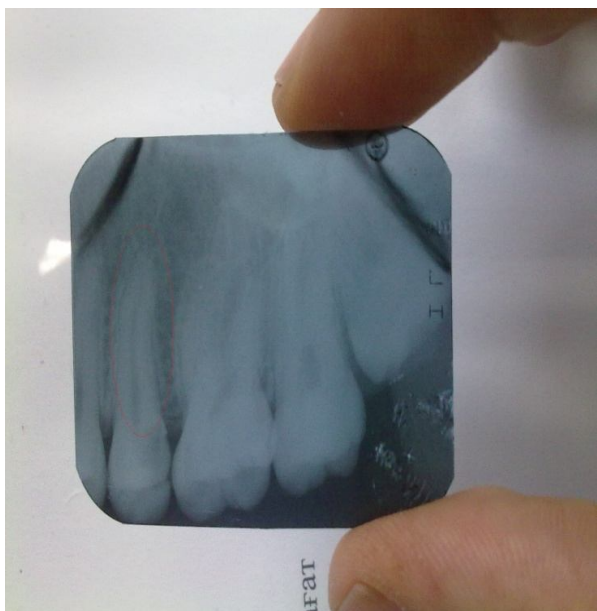
байқалмады. Жұмыс жүргізгенде оңай. Өзекті тұрақты обтурациялау мақсатында эндометазон +гуттаперча

қолданылды.



20жасар жігіт жоғарғы сол жағындағы тісінің өздігінен ұзақ уақыт ауыратындығына, ауыру сезімінің түнгі уақытта күшейетіндігіне шағымданады. Тісі бұрын ауырған. Қарап тексергенде: 15 тісінің жанау бетінде тіс қуысымен байланысқан терең тіскегі қуысы көрінеді. Терең сүңгілеп тексергенде ауырады, ұштықтың ұшында кір –сұр түсті некроздалған масса көрінеді. Тісті қағып тексергенде

ауырмайды. Ауызішілік нысанды рентгенограммада - түбір ұшы маңындағы периодонтальді саңылау бірқалыпты кеңейген. Диагнозы:Ұлпаның созылмалы шірі қабынуының өршуі. Өзекке 3 күнге Ледермикс қойыртпағын қалдырдық.Емнің нәтижесі: ауру сезімі,өзегі таза, қағып тексергенде шағымы жоқ. Өзекке тұрақты пломба қойылды.



Науқас 39 жаста, шағымы төменгі жақ аймағының азу тісінің сыздап, тоқтамай ауыратынына шағымданады. Қарап тексергенде төменгі 36 тісінде пломба қойылған. Тіс тұсында қызыл иегі ісініп тұрғаны байқалады. Тісті қағып тексергенде қатты ауырады, сипап тексергенде тіс түбір аймағындағы кілегейлі қабығы ісінген, қызарған, ауру сезімі байқалады. Науқастың айтуынша тістері 3-4 тәуліктен бері мазалайды. Рентген суретте 36 тісінің түбіраймағында алвеола өсіндісі сорылған шекарасы анық емес қара көлеңке байқалады. Жасалған іс шаралар: Тіс қуысын ашу, өзек сағасын, өзекті өту, кеңейту, дәрілермен өңдеу. Ледермикс қойыртпағын бірінші күннен бастап қойылды. Емнің нәтижесі : Ауру сезімі болмауы,герметикалық қасиеті жақсы нәтижелі,емнің нәтижесін 6 айдан кейін рентгенге түсіріп бағаладық.

Ледермикс қойыртпағының антимиқробты қасиетін ескере отырып ұлпа қабынуы және периодонт қабынуы кезінде

микрофлораларға әсерін науқастарда зерттеу келесі кезеңге жоспарладық.\

Әдебиеттер:

1. Чиликин В.Н. «Ключи к эндодонтическому успеху». «Клиническая стоматология» -2002г. - №3 с.- 28-30.
2. Хоменко Л.А., Биденко Н.В. Практическая эндодонтия- Москва -2002г- с.- 99-130.
3. Макеева И.М.Пиминов А.Б. «Смазанный слой корневого канала и его удаление». «Эндодонтия today », том 2. 2002г - №1-2. с. 5-10
4. Бьюкенен Д.С. Обработка и очистка каналов. Новости Dentsply, 2003г –с. 34-41.
5. Смагулова.Е.Н.,Сағатбаева А.Ж., Манғытаева Б.Б. «Эндодотиялық ем жүргізгенде заманауи уақытша антибактериалды байламдарды қолдану» Ғылыми – практикалық журнал. ҚазНМУ-ң хабаршысы -2011ж. - №2- С.104-106.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ Г.ТАРАЗ И ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2006-2011 ГОДЫ

Г.Е.Каржаубаева

Областная детская стоматологическая поликлиника, г.Тараз

Резюме Дан анализ работы областной детской стоматологической поликлиники г.Тараз по оказанию детской хирургической стоматологической помощи за период 2006-2011г. Указан объем помощи по нозологическим формам заболеваний зубочелюстной системы и возрастным периодам детей и подростков.

Ключевые слова: дети, возрастные периоды, хирургическая стоматологическая помощь, нозологические формы

Тараз және облыс бойынша 2006-2011 жылдар аралығында балаларға көрсетілген хирургиялық стоматологиялық көмек

Г.Е.Қаржаубаева

Түйін Тараз қаласын да орналасқан облыстық балар стоматологиялық емханасының 2006-2011 жылдар аралығындағы хирургиялық стоматологиялық көмек көрсетілгені анықталған. Балалар және жасөспірімдерге ұйымдастырған ем көмегінің түрлері аурулардың нозологиялық түрлері және баланың жасына байланыстырылған.

Түйінді сөздер балалар, жас кезендері, хирургиялық стоматологиялық көмек, нозологиялық түрлері

Surgical stomatologic help to children of Taraz city and its areas during 2006-2011

G.E.Karzhaubayeva

Abstract The analysis of work of regional children's stomatologic policlinic of Taraz city on rendering of the children's surgical stomatologic help during the period 2006-2011 is given. The help volume in nosological forms of diseases of dentoalveolar system and the age periods of children and teenagers is specified.

Keywords children, age periods, surgical stomatologic help, nosological forms.

Областная детская стоматологическая поликлиника, расположенная в г.Тараз – это клиника, обладающая высоким кадровым потенциалом, использующая в своей работе самые современные оборудования, материалы и технологии. Поликлиника в настоящее время занимает площадь – 925.5 м2, находится в центре города на 1-ом этаже жилого дома.

Областная детская стоматологическая поликлиника г.Тараз – единственная такого рода поликлиника по всей области, где численность детского населения насчитывается около 109454. Поликлиника обслуживает 385362 детей и подростков, проживающих не только в городе, но и во всех районах Жамбылской области.

В данном учреждении три отделения: профилактический, поликлинический, ортодонтический. В поликлиническом отделении действует два хирургических кабинета. В одном кабинете прием ведется на двух креслах, одно из которых закреплено за кафедрой стоматологии детского возраста; оба кабинета работают в две смены.

За период с 2006 по 2011 годы хирургическими кабинетами принято всего 122220 детей, из них 116643 детей в возрасте до 14 лет, 3240 детей в возрасте до 2 мес. Чаще обращались дети возрастной категории от 8 до 14 лет (50% или 61020 человек), (табл.1).

Таблица 1 -Распределение детей по возрастам и нозологическим формам заболеваний

Возраст-ные группы	Нозологические формы				
	Физиологическая смена	Хронический периодонтит, обострение	Острый гнойный периостит	Короткая уздечка языка и губ	Ортодонтические показания
0-3 года	---	4455	1305	3240	----
4-7 лет	20100	20895	9725	1480	----
8 и старше	29399	27347	3217		1057
Итого:	49499	52697	14247	4720	1057

Чаще всего за указанный период дети обращались по поводу физиологической смены временных зубов: 29399 детей в возрасте 8 лет и старше имели интактные временные зубы-резцы, клыки и моляры, у которых отмечалась резорбция корней и различной степени подвижность.

Анализ данных по обращаемости детей в поликлинику показывает, что в подавляющем большинстве случаев причиной посещения врача-стоматолога являются воспалительные процессы в челюстно-лицевой области. Нередко из числа этих детей многие являлись на прием к специалисту впервые, что свидетельствует о том, что в профилактических целях родители редко приводят на осмотр, лишь случаи осложнения кариеса зубов заставляют взрослых вести своих детей в поликлинику.

В возрастной категории от 8 лет и старше 52% пациента обращались в поликлинику по поводу хронического

периодонтита, его обострения, острого гнойного периостита челюстей. Опыт практической работы показывает, что за последние годы кариес временных зубов довольно «помолодел»: зубы, не успевшие прорезаться и полностью созреть для полноценной деятельности, у детей в возрасте старше 1-1,5 лет начинают разрушаться кариозным процессом. Раннее разрушение временных зубов у детей старше 1 года объясняется несколькими факторами. Особенность строения временных зубов, а именно незрелость временных зубов маленьких детей выражается не только в особенностях структуры эмали, после прорезывания в течение 2-3 лет происходит формирование корней зубов. Период физиологического созревания (минерализации) эмали может занимать от 2 до 5 лет, и на протяжении всего периода минерального созревания (особенно в течение первого года

после прорезывания) зубы ребенка нуждаются в бережном и эффективном уходе. Накопление на поверхности зубов мягкого бактериального налета мешает процессу физиологического созревания эмали временных зубов, так как препятствует поступлению из слюны макро- и микроэлементов. Кроме того, микроорганизмы зубного налета являются ключевым этиологическим фактором в развитии кариозного процесса.

Негативное влияние кариесогенных факторов усугубляется крайне низким уровнем гигиены полости рта у большей части населения нашей страны, особенно в детском возрасте. Усугубляющим фактором, несомненно, является зачастую полное отсутствие гигиены полости рта. По нашим данным, у 73,5% обследованных детей с кариесом отсутствует или нерегулярно проводится гигиена полости рта, тогда как существует общеизвестная установка: рациональная гигиена полости рта должна проводиться детям с момента появления первых зубов, гигиена полости рта тесно сопряжена со сроками появления первых зубов. Как правило, вначале для этих целей используют марлевые тампоны, специальные резиновые щетки – "напалечники". Детские стоматологи убеждены: до 5-6 лет родители сами должны чистить зубы детям, но обучать детей гигиеническим навыкам можно и нужно гораздо раньше – с 2 лет. Чистить зубы детям с детской фторсодержащей зубной пастой рекомендуется с 3 лет (в этом возрасте дети уже умеют полоскать рот).

Кроме того, у детей с ранним кариесом временных зубов достаточно часто встречается и общесоматическая патология – по нашим данным в 63% случаев. Указываем на важную роль в возникновении кариеса у маленьких детей такого общего патогенетического фактора, как снижение общей реактивности организма ребенка. Чаще дети страдают заболеваниями дыхательной системы (бронхиты, трахеиты), желудочно-кишечного тракта (дискинезии желчевыводящих путей, гастриты), гидроцефально-гипертензионный синдромы.

В 99% случаев приема в хирургических кабинетах врач-стоматологи по различным показаниям удаляли зубы, в основном временные зубы: всего за 2006-2011 годы было удалено 58735 зубов, из них 51425 временных зубов. В среднем в год врачами-стоматологами удалялось около 15 тысяч зубов.

В 5,7% случаев специалисты были вынуждены удалять постоянные зубы, в большинстве случаев (90%) это были первые постоянные моляры, которые оказывались настолько разрушенными, что восстановлению не подлежали. И лишь в 417 случаях постоянные зубы, чаще первые премоляры, удалялись по ортодонтическим показаниям.

В настоящее время перед нами остро стоит проблема ранней потери зубов детьми. Каждый случай необоснованного направления терапевтами-стоматологами на удаление временных зубов с осложненным кариесом обсуждается в виде консилиума совместно с хирургом-стоматологом и зав.отделением.

Нами был проведен анализ случаев раннего удаления зубов у детей, результаты которого были обсуждены на врачебной конференции, организованной сотрудниками кафедры.

Мы наблюдали 43 ребенка в возрасте 7-8 лет, которым в 3-5 лет по поводу осложненного кариеса было проведено удаление первых молочных моляров. На момент осмотра у этих детей наблюдалось раннее, в среднем 7,9-8 лет, полное прорезывание первых премоляров, недостаточно обызвествленных, с незрелой эмалью. Несозревшие постоянные зубы, простимулированные к

раннему прорезыванию, являются «удобными» объектами для развития кариеса. У 32 детей наблюдалось раннее разрушение кариозным процессом временных зубов фронтальной группы, чаще верхней челюсти: у 8 детей кариес отмечался на центральных резцах, у 24 – были поражены все четыре резца верхней челюсти. Поражение зубов, со слов родителей, началось в возрасте 2 лет; у большинства пациентов в течение нескольких лет происходило пассивное наблюдение за ходом развития кариеса в зубах. Лишь 4 детей привели к стоматологу, однако и у тех лечение было однократным: примененный метод серебрения требует проведения нескольких сеансов. В результате у этих детей по причине осложнения кариеса (обострение хронического периодонтита) было проведено удаление пораженных кариесом и не подлежащих сохранению временных зубов.

Раннее удаление временных зубов приводит к неправильному развитию и деформации челюстей, а также к патологии прикуса ребенка. В такой ситуации ребенок нуждается в длительном, дорогостоящем ортопедическом и ортодонтическом лечении.

Мы вели наблюдение за 17 детьми, у которых было отмечено в возрасте от 3 до 5 лет раннее удаление временных моляров ввиду невозможности их сохранения. Всем им были даны настойчивые рекомендации о протезировании с целью восстановления образовавшегося дефекта. К ортодонту явились лишь 2 пациента, которым были изготовлены съемные пластинки, восстанавливающие зубной ряд. Остальные 15 детей через 10-12 лет после совершенного удаления были вызваны на осмотр. При этом у 8 из них нами выявлено позднее прорезывание премоляров, у 7 отмечено нарушение прикуса зубов в виде прогенического и глубокого прогнатического.

Проблемы реабилитации детей с опухолевыми заболеваниями, врожденной патологией и последствиями травм лица, зубов, челюстей требуют пристального, терпеливого внимания, квалифицированного подхода. В этой связи считаем расширить объем оказываемой лечебно-диагностической деятельности областной стоматологической поликлиники и включить в перечень медицинской деятельности urgentную и плановую помощь при детском челюстно-лицевом отделении.

В хирургическом кабинете сотрудниками поликлиники ведется первичный прием детей с различной патологией челюстно-лицевой, в том числе и с опухолевыми поражениями. Высокий процент детей с опухолями и опухолеподобными образованиями лица, челюстей и полости рта. В настоящее время проблема заключается в своевременном выявлении их и последующем начале адекватного лечения. Пациенты изначально попадают к педиатру, который не всегда правильно ориентирует пациентов, более того рекомендует пассивное наблюдение в течение многих месяцев. В результате теряется время, опухолевый процесс развивается дальше, приобретая большие масштабы. Дальше пациент совершает хождения по узким специалистам детского профиля. Зачастую сами родители спохватываются и ищут правильный выход из тупиковой ситуации.

За указанный период нами принято 246 детей с различными опухолевыми и опухолеподобными образованиями лица, полости рта (таблица). Среди всех доброкачественных опухолей у детей чаще всего обнаруживались гемангиомы – у 170 (69%) детей (табл.2). Многие пациенты полностью излечивались, находясь только на амбулаторном лечении.

Таблица 2- Нозологические формы опухолей челюстно-лицевой области у детей

Нозологические формы	Количество больных	
	абс.число	в %
Гемангиома	170	69,0
Ретенционная киста	20	8,0
Атерома	4	1,6

Кисты челюстей	23	9,3
Папиллома	12	4,9
Фиброма	11	4,5
Ангиофиброма	6	2,7
Всего	246	100

В настоящее время на диспансерном учете в центре состоит более 250 детей со всей Жамбылской области. Детская областная стоматологическая поликлиника практически является центром, куда стекаются все пациенты со стоматологической и челюстно-лицевой патологией. Отсюда пациенты по необходимости дифференцированно, согласно нозологической формам патологии, их тяжести, возможности специалистов распределяются по специализированным отделениям поликлиники, отделение челюстно-лицевой хирургии. Дети со сложной челюстно-лицевой патологией могут быть направлены в крупные республиканские консультативные центры за более квалифицированной помощью.

Литература

1. Есим А.Ж. Проблемы раннего удаления временных зубов у детей / Материалы Международного конгресса стоматологов, 2004. – С.56-57
2. Ермуханова Г.Т., Задорожный С.Н., Баринбойн С.М. Раннее протезирование при частичных дефектах зубных рядов у детей с

временным прикусом // Проблемы стоматологии, 2006. - №3. – С.63-64

3. Шарова Т.В., Рогожина Г.И. Ортопедическая стоматология детского возраста. – М.: Медицина, 1991. – 312 с.
4. Ермуханова Г.Т., Негаметзянов Н.Г., Сыйрбай С.Д. Совершенствование системы реабилитации детей с патологией лица, челюстей и полости рта // Научно-практический журнал «Dentist Қазақстан». -2007.-№2(6).-С.164-165.
5. Супиев Т.К., Мирзабеков О.М., Есембаева С.С. Стоматологическая помощь детям и подросткам Республики Казахстан на современном этапе развития здравоохранения //Актуальные вопросы совершенствования стоматологической помощи детям. – Алматы, 2005. – С.8-16
6. Негаметзянов Н.Г. и другие. Проблемы медико-социальной реабилитации детей с врожденной патологией лица. - Актуальные вопросы совершенствования стоматологической помощи детям. – Алматы, 2005. – С.23-26

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЗУБОВ

Г.Е.Каржаубаева

Областная детская стоматологическая поликлиника, г.Тараз

Даны статистические данные и характеристика травм зубов с указанием особенностей их клинических проявлений у детей разных возрастных периодов. Указаны меры по оказанию неотложной медицинской и квалифицированной стоматологической помощи.

Ключевые слова: ребенок, травма, зубы, ушиб, вывих, перелом

Балалар тістерінің жаракаттары кезіндегі реабилитациялау

Қаржаубаева Г.Е.

Балалардың әр жас кезеңдерінде кездесетін тіс жаракаттарының статистикалық мәлімет пен жаракат түрлерінің клиникалық көріністерінің ерекшеліктері көрсетілген. Оларға шұғыл медициналық және білікті стоматологиялық көмектің түрлері берілген.

Түйінді сөздер: бала, жаракат, тістер, соғылуы, шығуы, сынық

Rehabilitation of children with traumatic injuries of teeth

G.E.Karzhaubayeva

Regional Children's Dental Clinic, Taraz

Statistical data and the characteristic of injuries of teeth with the indication of features of their clinical manifestations at children of the different age periods are given. Measures for rendering of the urgent medical and qualified stomatologic help are specified.

Keywords: child, trauma, teeth, bruise, dislocation, fracture

Диагностика, лечение и профилактика травмы зубов у детей – актуальная проблема, поскольку является второй по распространенности (после кариеса) причиной их потери. Это объясняется в том числе и особенностями поведения детей, их образом жизни. Травма зуба — это ушиб, вывих, перелом

коронки или корня. По данным специалистов, каждый 3-4-й ребёнок в той или иной степени подвержен острой травме зубов. Согласно статистическим данным, соотношение травм временных зубов выглядит следующим образом: травма временных зубов- 30%, из них травма одного зуба - 75%, травма двух зубов - 23%. Чаще всего травмируются:

90% - верхний центральный резец, 5% - верхний латеральный резец, 4% - нижний центральный резец, 1% - нижний латеральный резец.

Причинами травм чаще всего являются падение на твёрдые предметы и удар в область лица. В частоте возникновения травм важна сезонность года: повреждение зубов чаще происходит в зимний период, что обусловлено более частыми падениями и повышенной травмоопасностью зимних видов спорта.

В зависимости от обстоятельств получения различают бытовую, дорожную и спортивную травмы.

Бытовая острая травма молочных зубов чаще всего встречается у детей 1-2 лет. Это объясняется любознательностью малыша в сочетании с отсутствием охранительных и неустойчивостью нервно-мышечных рефлексов, а также недосмотром взрослых при обучении ребёнка самостоятельной ходьбе, в подвижных играх.

В смешанном и постоянном прикусе пик травматизма приходится на 8-9 лет. Связано это, прежде всего, с началом занятий активными видами спорта, отсутствием должного контроля за поведением детей со стороны взрослых, становлением ребёнка в коллективе. Наиболее распространённая причина травмы зубов — падение в 60% случаев происходит в осенне-зимний период. Мальчики подвержены острой травме зубов в 2 раза чаще, чем девочки. В 67%

случаев острая травма зубов происходит у детей с нарушениями прикуса. Следовательно, лечение аномалий прикуса ребёнка является профилактикой травмы зубов.

Преобладает травма передней группы зубов, где соотношение числа травмированных верхних резцов к нижним составляет 3:1. Травма моляров и премоляров редка и, как правило, сочетается с переломами челюстных костей. Родители должны знать, что при любых, даже самых незначительных травматических повреждениях зубов необходимо незамедлительно обратиться к врачу-стоматологу.

Ушиб зуба. Встречается в 2,5% случаев во временном прикусе, в постоянном — в 1,5%. Ребёнок жалуется на болезненность при надавливании на зуб, откусывании и пережёвывании пищи. Из-за посттравматического отёка

тканей периодонта иногда травмированный зуб кажется выше других. При визуальном осмотре коронки и окружающих тканей изменений не выявляется (только спустя 1—3 месяца после травмы, что характерно при гибели пульпы зуба).

Лечение ушибов временных и постоянных зубов предполагает создание покоя сроком на 3-4 недели путём исключения из рациона питания твёрдой пищи, шлифования режущего края молочного зуба-антагониста или временного разобщения прикуса (каппа, разобщающая пластинка и др.). Родители должны очень ответственно относиться к необходимости динамического наблюдения: диспансерные осмотры осуществляются достаточно часто, не реже 3-4 раз в течение года, а при травме постоянных зубов с несформированными корнями — каждые 6 месяцев до окончания формирования корней. В случае гибели пульпы травмированного зуба стоматолог будет вынужден провести

эндодонтическое лечение, поэтому родителям следует подготовить ребёнка к продолжительному и серьёзному лечению.

Вывих зуба. Встречается в 58% временных зубов и в 18,3% постоянных. При неполном вывихе зуба ребёнок жалуется на боль при откусывании и пережёвывании пищи, подвижность и смещение зуба, кровоточивость окружающей слизистой оболочки.

Лечение при **неполном вывихе** постоянных зубов с несформированными корнями заключается в репозиции повреждённого зуба («поставить зуб на место») под обезболиванием. Затем стоматолог должен обеспечить травмированному зубу неподвижность. Так называемая иммобилизация достигается путём шинирования зубов. Для шинирования используется лигатурное связывание зубов, шинскоба, шина-каппа, назубно-десневые шины, а в последнее время — проволочно-композиционные шины. Чтобы «приживание» зуба прошло благополучно, очень важно выполнять все рекомендации врача и серьёзно относиться к необходимости динамического наблюдения.

Иммобилизация вывихнутых зубов осуществляется обычно в течение 4 недель, а иногда и дольше — до 6 недель. С учётом больших трудностей, возникающих при фиксации временных зубов с несформированными корнями (у детей до 2,5 лет), на практике они так же часто подлежат удалению, особенно при развитии воспалительного процесса.

Полный вывих зуба происходит в результате сильного удара, который приводит к полной потере связи зуба с лункой. Зуб выпадает из лунки или удерживается в ней только тканями десны. Чаще страдают передние зубы верхней челюсти, в 10,6% — временные и в 6,9% — постоянные. При осмотре в зубном ряду зуб отсутствует, лунка кровоточит или заполнена сгустком крови (рис.1).



Рис. 1 – Б-й А., 14 лет, диагноз: Полный вывих зуба 2.1

Лечение полных вывихов зубов осуществляют одномоментной или отсроченной реплантацией (пересадкой удалённого зуба в его же лунку) и последующим шинированием. Временные зубы и постоянные зубы со сломанными корнями реплантации не подлежат. Реплантация противопоказана при разрушении лунки зуба или развитии в ней острого воспалительного процесса. Отсроченная (через 3-4 недели после травмы) реплантация затруднена и малоперспективна. Родители должны знать, что если с момента травмы постоянного зуба с несформированным корнем прошло не более 2 часов, то можно сохранить пульпу зуба живой. Если прошло более 2 часов, то после реплантации в течение недели проводят эндодонтическое лечение. До прибытия в поликлинику зуб можно держать за щекой (если зуб грязный, то, удерживая за коронку, промыть водой, не скоблить), а если существует угроза

заглатывания — в молоке, воде, физиологическом растворе или обернуть влажной салфеткой.

Внедрённый вывих зуба составляет 21,9% травмы временных зубов и 3,5% травмы постоянных зубов. Происходит полное или частичное погружение зуба в губчатое вещество костной ткани челюсти с разрывом периодонтальных волокон, нарушением кортикальной пластинки лунки зуба. Ребёнок жалуется на то, что после травмы зуб стал короче или вообще не виден. Клинически определяется уменьшение высоты видимой части коронки зуба. Иногда коронка полностью погружена в лунку зуба и клинически не видна, наблюдается луночковое кровотечение и разрывы слизистой десны. Родители должны знать, что при травме временных зубов можно нарушить целостность фолликулов постоянных зубов.

По отношению к временным и постоянным зубам с несформированными корнями показана выжидательная тактика, т.к. возможно самостоятельное «прорезывание» травмированного зуба, которое в большинстве случаев происходит в течение 9-12 месяцев. Перелом зуба – это травматическое повреждение зуба с нарушением целостности его твёрдых тканей. Перелом коронки зуба является частым видом травмы зубов и встречается в постоянных зубах у 67,8%, а во временных — в

6,5% случаев от общего числа травматических повреждений твёрдых тканей зубов. Врач-стоматолог определит вид и уровень перелома зуба, вскрыта ли пульпа, есть ли возможность сохранить зуб живым, проведёт реставрацию коронки. Родители должны знать, что не всегда это возможно сразу после травмы. Постоянное восстановление формы коронки постоянного



Рис.2 – Б-й Ж., диагноз Перелом коронки зуба 2.1 по шейке у ребенка 8 лет

сформированного зуба проводят не ранее чем через 6—8 недель. За жизнеспособностью пульпы следят в динамике до полного формирования корней. Зачастую это длительный период времени — до 2-3 лет (рис.2,3).



Рис.3 – Б-й Т., диагноз Перелом угла коронки зуба 2.1 у ребенка 7 лет

Перелом корня зуба является довольно редкой формой переломов. Перелом корня может быть в верхушечной, средней или коронковой трети корня, что определяется рентгенологически. Наиболее часто страдают постоянные зубы верхней челюсти у детей старшего возраста.

Таким образом, травмы зубов у детей являются часто встречающейся патологией, разнообразие которых зависит от возраста ребенка: повреждения зубов чаще всего наблюдаются у детей 2-3 и 8-14 лет, что объясняется наиболее активным двигательным периодом их развития. Среди всех травм зубов вывихи временных зубов занимают первое место, на втором месте – переломы постоянных зубов без вскрытия полости зуба, на третьем месте – вывихи постоянных зубов. Отдаленные результаты реабилитации детей с травмами зубов напрямую зависят от своевременности оказанной в полном объеме лечебной помощи.

УДК 616.316-003.7- 07:616-073.756.8

ДИАГНОСТИКА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

У.Р. Мирзакулова

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Показаны преимущества мультиспиральной компьютерной томографии в диагностике слюннокаменной болезни и определены показания для ее проведения. На основании проведенных комплексных исследований разработан алгоритм диагностики этой патологии, который позволил определить последовательность этапов исследования больного с этой сложной патологией.

Ключевые слова слюнные железы, слюннокаменная болезнь, мультиспиральная томография, алгоритм диагностики.

Diagnosis of salivolithiasis with the use of new technologies technologies.

U.Mirzakulova

Abstract The advantages of multislice computer tomography in the diagnosis of of salivolithiasis were shown, also defined indication for its implementation. On the basis of comprehensive studies was developed an algorithm for diagnosis of this pathology, which allowed determine the sequence of phases of the study patient with this complex disease.

Key words salivary glands, salivolithiasis, multisprial imaging, diagnostic algorithm.

Жаңа технологияларды пайдалана отырып сілекей-тас ауруларының диагностикасын жасау.

Ұ.Р. Мырзақұлова

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

Түйін Сілекей-тас ауруы диагностикасында мультиспиральді компьютерлік томографияның артықшылықтары көрсетілген және оны жүргізу көрсеткіштері анықталды. Жасалынған кешенді зерттеулердің негізінде осы патологияның диагностикалық алгоритмі жасалынды. Бұл зерттеу тәсілі күрделі патологиясы бар науқасты тексеру кезеңдерінің реттілігін анықтауға мүмкіндік берді.

Түйінді сөздер: сілекей бездері, сілекей-тас ауруы, мультиспиральді томография, диагностиканың алгоритмі

Слюннокаменная болезнь (СКБ) является частой патологией и составляет от 30,9% до 52,3% всех заболеваний слюнных желез [1]. Диагностика слюннокаменной болезни представляет определенные трудности, несмотря на значительное количество научных исследований, посвященных этой проблеме. В настоящее время известны такие методы исследования, как рентгенография, магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковая сонография высокого разрешения и другие, которые значительно расширили возможности лучевой диагностики многих заболеваний слюнных желез. Несмотря на высокую информативность данных методов исследования, в некоторых случаях они не полностью удовлетворяют требованиям врачей при дифференциальной диагностике слюннокаменной болезни.

Ошибки в диагностике приводят к тому, что больные получают несвоевременную или неадекватную высокоспециализированную медицинскую помощь. В этих случаях длительное течение заболевания может привести к развитию осложнений, лечение которых представляет значительные трудности.

Таблица 1 – Распределение больных со слюннокаменной болезнью в зависимости от локализации слюнного камня.

В последние годы в диагностике многих заболеваний широко используется мультиспиральная компьютерная томография, однако данные по ее применению в диагностике слюннокаменной болезни единичны [2, 3].

Целью настоящего исследования явилось обобщение результатов использования мультиспиральной томографии в диагностике слюннокаменной болезни.

Материалы и методы исследования.

На модуле хирургической стоматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова на базе 5 ГКБ г. Алматы нами наблюдались 22 больных со слюннокаменной болезнью в возрасте от 28 до 37 лет, из них 15 мужчин и 7 женщин. Для обследования больных использовались общеклинические, специальные и лучевые методы диагностики.

Рентгенография дна полости рта и рентгенография нижней челюсти в боковой проекции проведены у всех больных, как первый обязательный этап их обследования. **Сиалогграфия** проведена у 4-х пациентов в период ремиссии заболевания по общепринятой методике. В качестве контрастного вещества использовали препарат омнипак – неионный рентгенконтрастный препарат (компания «Никомед»). **Ультразвуковое исследование (УЗИ) слюнных желез** проведено у 8 больных на аппарате «Logiq Book» фирмы «Дженерал Электрикс», датчиком с проксимовой насадкой и частотой ультразвуковых колебаний 8 мГц, для записи изображений использовался принтер «Sony».

На мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) было направлено 12 пациентов, которым исследования проведены на мультиспиральном компьютерном томографе Toshiba Aquilion 16 в Научном центре урологии им. академика Джарбусынова Б.У. Построение мультиспиральных 3D - реконструкций выполнено на рабочей станции Toshiba Aquilion 16.

Результаты исследований.

Результаты проведенных исследований показали, что рентгенография дна полости рта, нижней челюсти в боковой и прямой проекциях, контрастная сиалогграфия, ультразвуковая сонография позволили определить рентгенконтрастные слюнные камни, однако затруднения вызывало обнаружение небольших и нерентгенконтрастных конкрементов, а также слюнных камней, располагающихся в дистальной части главного выводного протока, переднем отделе поднижнечелюстной слюнной железы и в околоушной слюнной железе. К На МСКТ направлялись пациенты, у которых рентгенологические и эхографические исследования не показали наличие слюнного камня в протоке или паренхиме железы, хотя клинически выявлялась слюннокаменная болезнь, а также для уточнения локализации выявленного слюнного камня. Из 12-ти пациентов, обследованных нами, у 11-ти диагностировали слюннокаменную болезнь поднижнечелюстной слюнной железы и ее протока и у 1 пациента - слюннокаменную болезнь околоушной слюнной железы (Таблица 1).

Пол	Локализация конкремента		итого
	околоушной слюнной железы	поднижнечелюстной слюнной железы	

	проток	паренхима	Проток	паренхима	
Мужчины		1	3	4	8
Женщины			1	3	4
ИТОГО:	-	1	4	7	12

У больных со слюннокаменной болезнью МСКТ при использовании мультипланарных и 3D-реконструкций позволила выявить не только количество, точное местоположение, но и форму, плотность, объем конкремента, точно оценить степень расширения протоков слюнной железы, что является большим преимуществом. Полученная информация облегчила выбор оптимального хирургического доступа и более активного использования органосохраняющих операций. Ниже мы приводим клинические примеры.

Пациент Т.Р., 28 лет, 12 января 2012 года обратился с жалобами на боли и увеличение размеров поднижнечелюстной слюнной железы слева, которые усиливались во время приема пищи. Из анамнеза: 6 декабря 2011 года участковым врачом был направлен к онкологу, который провел пункцию

поднижнечелюстной слюнной железы. Данные цитологического исследования пунктата от 23 декабря 2011 г.: материал малоинформативен, встречаются эритроциты, единичные лимфоциты.

В медицинской компании «Сункар» 11 января 2012 г. было проведено ультразвуковое исследование слюнных желез: в левой поднижнечелюстной области лоцируется неоднородное гипозоногенное образование размером 3,5х2,2 см, с четким контуром (Рисунок 1). Отмечается расширение протоков слюнной железы. Слева визуализируется шейный лимфоузел размером 1,1х0,8 см. правая поднижнечелюстная область без особенностей.

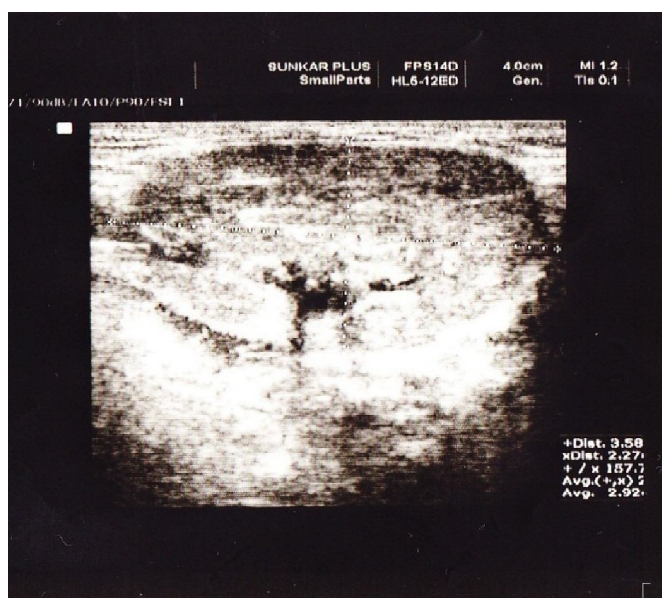


Рисунок 1 – Эхограмма левой поднижнечелюстной слюнной железы пациента Т.Р., 28 лет.

Заключение: Признаки сиаладенита слева. Признаки левостороннего шейного лимфаденита. Рекомендуется консультация хирурга, стоматолога, рентгенография протоков слюнной железы.

После проведенного УЗИ - исследования пациент направлен врачом-онкологом в 5 ГКБ г. Алматы.

При объективном исследовании выявлено увеличение поднижнечелюстной слюнной железы слева в размерах, при пальпации она плотная, болезненная. Рот открывает свободно. Слизистая оболочка вокруг устья Вартонова протока слегка гиперемирована, из нее выделяется с трудом слюна с примесью гноя. При бимануальной пальпации определяется инородное

тело (конкремент) на уровне дистального отдела протока поднижнечелюстной слюнной железы слева (на уровне 3.7, 3.8 зубов). С целью уточнения расположения слюнного камня (в протоке или переднем отделе железы) больной направлен на мультиспиральную компьютерную томографию в Научный центр урологии им. академика Джарбусынова Б.У. При проведении МСКТ получены следующие данные (Рисунок 2): левая поднижнечелюстная слюнная железа размером 3,7х1,7 см, структура однородная, определяется камень в протоке размером до 1,0х0,8 см, плотностью до 900 НУ. Наблюдается расширение протока поднижнечелюстной слюнной железы.

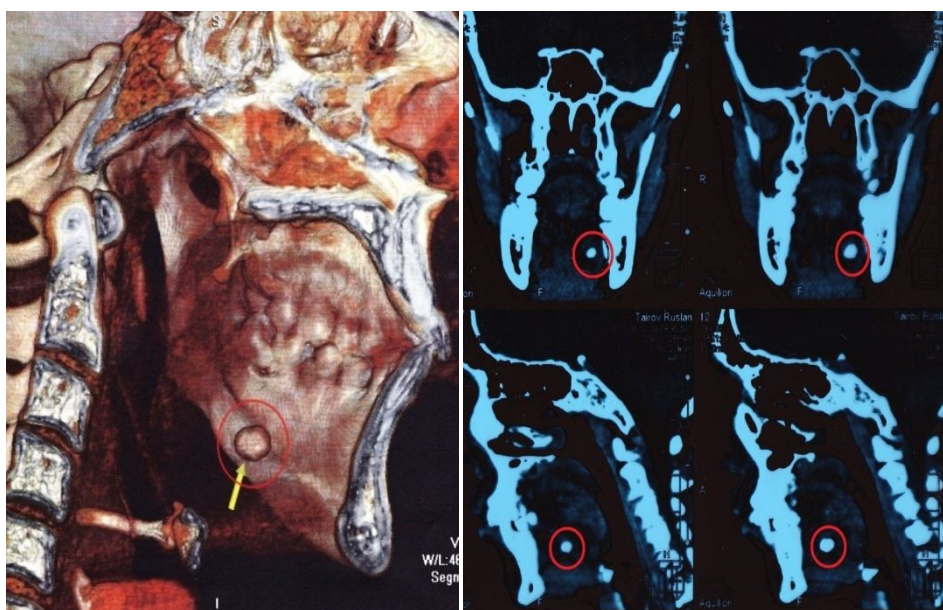


Рисунок 2 - Мультиспиральные томограммы поднижнечелюстной слюнной железы слева пациента Т.Р., 28 лет.

После интерпретации результатов проведенных исследований был поставлен диагноз: Слюннокаменная болезнь (камень главного выводного протока на уровне 3.7 зуба), обострение хронического калькулезного сиаладенита поднижнечелюстной слюнной железы слева. 26 января 2012 г. была проведена операция по удалению конкремента из главного выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы под местной анестезией внутриротовым доступом, удален конкремент размером 1,0x0,8 см. Таким образом, результаты МСКТ позволили уточнить расположение слюнного конкремента, что обеспечило эффективность оперативного лечения больного. Пациент К.Т., 37 лет, 5 ноября 2011 года обратился с жалобами на периодическое припухание левой околоушной слюнной железы (ОУСЖ) во время приема пищи. Страдает в течение 3 лет. Около года назад был удален камень из устья протока. При

объективном исследовании было выявлено: асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в позадичелюстной области слева, пальпация этой области ОУСЖ болезненна. Слизистая оболочка вокруг устья стеноза протока слегка гиперемирована. При пальпации (обычной и бимануальной) инородное тело (конкремент) в области протока и железы не определяется. На рентгенограмме в прямой проекции от 5 ноября 2011 года и ультразвуковой эхограмме ОУСЖ слюнной камня не определяется. С целью уточнения расположения камня больной направлен на мультиспиральную компьютерную томографию в Научный центр урологии им. академика Джарбусынова Б.У.

На мультиспиральной компьютерной томограмме от 12 ноября 2011г.: в проекции левой ОУСЖ определяется камень в дистальной части железы размером 0,7x0,4см, плотностью до 500НУ.



Рисунок 5 - мультиспиральные томограммы околоушной слюнной железы слева пациента К.Т., 37 лет.

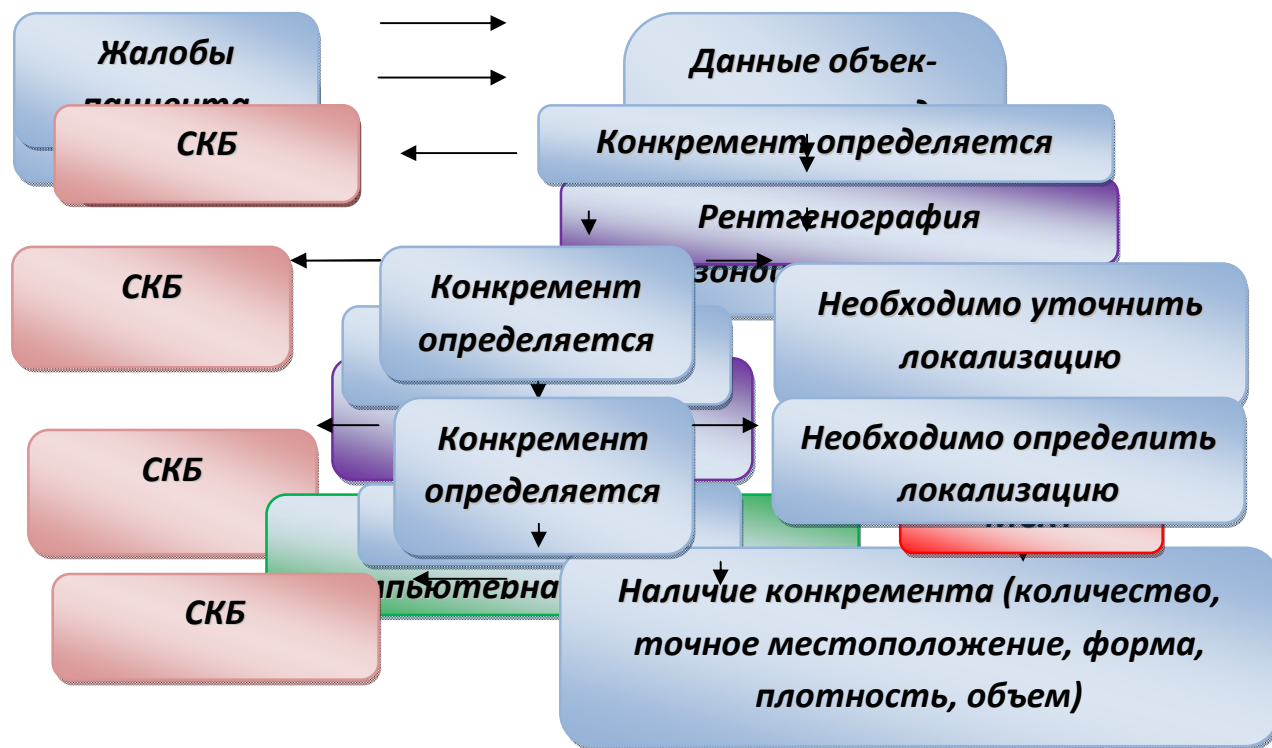
На основании полученных результатов исследования был поставлен диагноз: Слюннокаменная болезнь (камень ОУСЖ), хронический калькулезный сиаладенит околушной слюнной железы слева, обострение.

После проведенного комплексного лечения обострение калькулезного сиаладенита было купировано, больной находится на диспансерном учете у челюстно-лицевого хирурга. Учитывая диагностические преимущества МСКТ нами разработан алгоритм диагностики слюннокаменной болезни (Схема 1), который существенно облегчает процесс постановки диагноза, позволяет использовать современные методы обследования и определяет последовательность этапов исследования больного с этой сложной патологией. Согласно данному алгоритму первыми методами исследования, позволяющими определить локализацию камня, являются зондирование и бимануальная пальпация. Обычно таким образом можно обнаружить крупные конкременты, а также слюнные камни, локализованные в переднем отделе протока.

Рентгенологические методы часто выявляют рентгенконтрастные слюнные камни, однако мелкие камни и локализованные в дистальных отделах протоков и в паренхиме железы порой бывает сложно определить.

Последним из лучевых методов исследования можно использовать мультиспиральную томографию – высокоточный метод исследования, позволяющий определить количество слюнных камней, их локализацию, плотность, размеры. Таким образом, использование МСКТ с построением мультипланарных и 3D реконструкций позволяет с высокой точностью оценить особенности и состояние протоковой системы слюнных желез, обнаружить изменение объема железы, дает возможность одновременно получить дополнительную информацию по топической диагностике конкремента, что свидетельствует о высоком диагностическом потенциале МСКТ у пациентов со слюннокаменной болезнью.

Схема 1 - Алгоритм диагностики слюннокаменной болезни.



МСКТ позволяет повысить эффективность диагностики и планирования лечения слюннокаменной болезни, что в значительной мере повышает эффективность лечения и реабилитации пациента. Уже сейчас МСКТ становится универсальным методом диагностики, сочетающим высокую чувствительность МРТ, динамичность УЗИ и доступность рентгеновского исследования.

Список литературы:

1. Ромачева И.Ф., Юдин А.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. М., Медицина, 1987. – 239 с.

2. Афанасьев В.В., Васильев А.Ю., Лежнев Д.А., Обиня Н.П. Значение мультиспиральной компьютерной сиалотомографии в клинике хирургической стоматологии. Сибирский медицинский журнал. Том 25, №3. Материалы научно-практической конференции «Лучевая диагностика» 2010г. – С. 72.
3. Афанасьев В.В., Лежнев Д.А., Обиня Н.П. Мультиспиральная компьютерная томография в диагностике различных заболеваний слюнных желез. Диагностическая и интервенционная радиология. Том 5, №2 2011г. – С. 40.

УДК 616.316–073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛАДЕНИТА*Мирзакулова У.Р., Б.М. Бегайдарова, Кабышева З.М.**Модуль хирургической стоматологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Городская клиническая больница №5, г. Алматы*

Использование ультразвукового исследования облегчило диагностику хронического паренхиматозного сиаладенита. Показаны изменения паренхимы околоушной слюнной железы при различных стадиях заболевания. Метод ультразвуковой эхографии позволил определить изменения в контрлатеральных слюнных железах. Особенно высока эффективность исследования при обострении хронического воспалительного процесса.

Ключевые слова: слюнные железы, хронический паренхиматозный сиаладенит, ультразвуковое исследование.

Ultrasound diagnosis of chronic parenchymal sialadenitis.*U. Mirzakulova, B. Begaidarova, Z. Kabysheva*

Abstract The use of ultrasound facilitated the diagnosis of chronic parenchymal sialadenitis. Changes of the parotid gland parenchyma at different stages of the disease. The method of ultrasonography allowed us to determine changes in the contralateral salivary glands. Particularly high efficiency of research in the exacerbation of a chronic inflammatory process.

Keywords: salivary glands, chronic parenchymal sialadenitis, ultrasound

Сілекей безінің созылмалы паренхиматозды сиаладенитін ультрадыбыспен зерттеу.

*Ұ.Р. Мырзақұлова, Б.М. Бегайдарова, З.М. Кабышева
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, хирургиялық стоматология модулі, Алматы қ, №5 қалалық клиникалық емхана, г. Алматы*

Түйін Шықшыт маңы сілекей безінің созылмалы паренхиматозды сиаладенитін ультрадыбыспен зерттеу аруға дәл нақтам қоюды жеңілдетті. Арудың түрлі кезеңдерінде шықшыт маңы сілекей безінің паренхимасының өзгерістері көрсетілген. Ультрадыбыстық эхография әдісі контрлатеральді сілекей бездерінде өзгерістерді анықтауға мүмкіндік берді. Әсіресе созылмалы үрдістердің өршуі кезеңінде оның беретін ақпарының құны өте жоғары.

Түйінді сөздер сілекей бездері, созылмалы паренхиматозды сиаладенит, ультрадыбыстық зерттеу

На современном этапе развития медицины методы лучевой диагностики занимают большое место в диагностике заболеваний больших слюнных желез: рентгенологические и ультразвуковое исследования, методы компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Ультразвуковая диагностика является дешевым, безболезненным и неинвазивным исследованием [1,2,3,4]. К одним из несомненных ее достоинств относится возможность применения в период обострения заболевания.

Целью исследования явилось изучение эхографической картины хронического паренхиматозного сиаладенита в различные стадии и периоды заболевания.

Материал и методы исследования.

Ультразвуковая сонография слюнных желез проведена у 75 больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом и 10 практически здоровых лиц на аппарате «Logiq Book» фирмы «Дженерал Электрикс», датчиком с проксонной насадкой и частотой ультразвуковых колебаний 8 мГц, для записи изображений использовался принтер «Sony» (212 исследований). Все пациенты были обследованы в период обострения, а в период ремиссии – 55 человек. Начальная стадия была диагностирована у 15 (20%) пациентов, клинически выраженная стадия была определена у 48 (64%) больных, а поздняя стадия – у 12 (16%) больных

Результаты исследования.

Картина изменения слюнных желез на эхограмме нами оценивалась в следующей последовательности: определялись размеры железы; гомогенность (однородная, неоднородная) и эхогенность паренхимы (повышенная или пониженная), контуры железы (четкие, нечеткие, ровные, неровные), состояние капсулы (нормальная или утолщенная), наличие склерозирования в паренхиме железы. Обращали внимание на размеры гипэхогенных участков; состояние протоков: наличие и степень их расширения, а также участков сужения, наличие конкрементов в паренхиме или протоке железы («акустическая дорожка»), определяли размеры лимфатических узлов. Исследовали состояние парных и других слюнных желез.

В начальной стадии паренхиматозного сиаладенита в периоде обострения имелись следующие изменения на ультразвуковой эхограмме: выявлено увеличение размеров слюнных желез; неоднородность паренхимы железы, выраженное снижение эхогенности; единичные эхогенные включения в паренхиме железы встречались у 3 (20%) больных, что указывало на существование белковых сгустков в протоках околоушных желез, в результате нарушения продукции и секреции слюны, капсула не визуализировалась, расширения протоков обычно не наблюдалось. В паренхиме железы определялись в небольшом количестве мелкие анэхогенные включения размерами 2-3 мм, которые соответствовали наличию полостей в паренхиме железы (рисунок 1). В периоде ремиссии у больных начальной стадии обычно эхограмма не фиксировала изменений в структуре околоушных слюнных желез; у 2 (13,3%) пациента изменения были минимальны – отмечалось незначительное снижение эхогенности паренхимы пораженной железы у больных с частыми обострениями. Отмечались изменения иногда и в клинически спокойных железах (у 1 больного из 15) в виде снижения эхогенности паренхимы слюнных желез. Изменений размеров желез, а также гиперэхогенных включений не отмечалось.



Рисунок 1 - Ультразвуковая эхограмма околоушной слюнной железы слева б-ой Д.А., 41 год. Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит околоушной слюнной железы слева, начальная стадия. Размеры железы – 39,0x28,1x19,0 мм. Структура железы гипоэхогенная, недостаточно однородная, с мелкими анэхогенными включениями

В клинически выраженной и поздней стадиях в период обострения изменения в паренхиме железы были значительными: определялись увеличение околоушных слюнных желез в размерах, понижение эхогенности, а также анэхогенные структуры в паренхиме железы размерами 5-7 мм, что характерно для сиалэктазий. Надо отметить, что в период обострения анэхогенные структуры определялись лучше, чем в стадии ремиссии, видимо, за счет наполнения их секретом в период обострения. Капсула околоушной слюнной железы утолщена и уплотнена. Иногда определялись линейные эхогенные включения, которые являлись отображением уплотненной соединительно-тканной стромы, стенок сосудов и протоков желез.

В некоторых случаях определялись увеличенные лимфатические узлы в паренхиме железы. У 24 (42,1%) пациентов был выявлен скрыто протекающий хронический воспалительный процесс в другой железе, о котором свидетельствовало снижение

эхогенности паренхимы, а также наличие анэхогенных включений.

При выраженном воспалительном процессе в слюнной железе (у 12 пациентов (21,1%) выявлялась картина гипоэхогенного образования, которое ошибочно можно было принять за кистозное образование. Поэтому в таких случаях для постановки правильного диагноза проводилось тщательное клиническое исследование и наблюдение в динамике.

В клинически выраженной и поздней стадиях хронического паренхиматозного сиаладенита в период ремиссии в паренхиме железы определялись множественные анэхогенные включения размерами 6-10 мм и более, характерные для сиалэктазий (рисунок 2). Обычно изменения лоцировались в обеих околоушных слюнных железах. Если подобные изменения обнаруживались и в поднижнечелюстных слюнных железах, то были основания для обследования больного у ревматолога с целью исключения синдрома Шегрена.



Рисунок 2 - Ультразвуковая эхограмма околоушной слюнной железы б-ой Ш., 42 лет. Диагноз: хронический паренхиматозный сиаладенит околоушной слюнной железы слева, обострение, клинически выраженная стадия. Определяется увеличение размеров железы, структура неоднородная, лоцируются множественные анэхогенные включения различных размеров

В поздней стадии паренхиматозного сиаладенита в период ремиссии чаще встречались увеличение размеров железы, пониженная эхогенность и умеренная неомогенность паренхимы за счет наличия соединительнотканых перегородок, рубцовой ткани в железе, капсула железы утолщена и уплотнена, визуализировались гипоэхогенные включения размерами 8-10 мм. Чаще определялось расширение главного выводного протока до 2-3 мм. При визуализации расширения протока мы проводили доплерографию, чтобы дифференцировать расширение протока с кровеносным сосудом. В поздней стадии заболевания изменения визуализировались в обеих околоушных слюнных железах.

Как видно, основными признаками паренхиматозного сиаладенита явились: увеличение размеров слюнных желез, гипоэхогенность и неоднородность структуры, наличие в паренхиме железы множественных гипоэхогенных участков размерами 2-10 мм и более, отображающие сиалектазии в протоках; дополнительными признаками являются утолщение капсулы железы, наличие линейных гиперэхогенных элементов и умеренного расширения главного протока. Для определения скрыто протекающего процесса должны исследоваться все крупные слюнные железы.

Такие достоинства метода как отсутствие лучевой нагрузки, безопасность, неинвазивность, относительная дешевизна позволили проводить многократные исследования у пациента.

Особенно ценен метод при обострении хронического паренхиматозного сиаладенита, когда проведение контрастной сиалографии противопоказано.

Литература:

1. Л.А. Юдин, С.А. Кондрашин «Лучевая диагностика заболеваний слюнных желез». – М.: Видар, 1995. – 120 с.
2. И.Ф. Ромачева. Л.А. Юдин, В.В.Афанасьев, А.Н.Морозов. Заболевания и повреждения слюнных желез. - М.: Медицина - 1987. – 238 с.
3. Ю.З. Садиков, В. Джохри, А.Г.Надточий. Эхографическое исследование в дифференциальной диагностике воспалительных заболеваний околоушных слюнных желез у детей. // Материалы XII и XIII Всероссийской научно-практической конференции и Труды IX съезда стоматологической Ассоциации России. - М., 2004. - С. 482-483.
4. Г.Н.Москаленко. Хронический паренхиматозный паротит у детей. // Заболевания и повреждения слюнных желез. Материалы юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 60-летию д.м.н., профессора В.В.Афанасьева. - М., 2006. - С. 52-54.

УДК /3780758: 616.31.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Кабулбеков А.А.

Кафедра стоматологии детского возраста

КазНМУ

В результате проведенных клинических научно-исследовательских работ разработана система комплексной профилактики кариеса зубов у детей. Данная система доказана в условиях клиники. В результате заболеваемость у детей кариесом снизилась в два раза.

Балалардың тіс кариесінің аймақтық профилактикасының ерекшеліктері

Қабылбеков Ә.Ә.

Жүргізілген жұмыстардың нәтижесіне сүйене отырып стоматологиялық профилактикалық аймақтық жүйесі жасалды. Іс жүзінде жүйенің тиімділігі дәлелденді. Жүргізілген кешендік профилактиканың нәтижесінде аурудың деңгейі екі есеге төмендеген.

Regional features of the prevention of dental caries in children

Kabulbekov

A.A.

Abstract As a result of clinical research has developed a system for integrated prevention of dental caries in children. This system is proven in the clinic. As a result, the incidence of caries in children has decreased by half. The incidence of dental caries in Almaty related adverse effects of

unhealthy diet, excess carbohydrates, unhygienic maintenance of the mouth, a violation of the environment and ecology of the state of maintenance. Found that the filling and tooth restoration is not dramatically affect the prevention of tooth decay, do not remove the risk factors and microbial characterization uluchayut mouth. Modern equipment and new technologies, treatments alone can not provide children's population of effective preventive care. Conduct can be a very thorough inspection and preventive work appeals to no effect.

Background The prevention of dental disease is characterized by their high prevalence among children and adolescents. In particular, dental caries and periodontal diseases are the cause of tooth loss and become foci of chronic odontogenic infection. Insufficient attention to the prevention of dental disease contributes to their growth and severity of occurrence. In the Republic of Kazakhstan during the transition to a market economy has deteriorated state of preventive care for children. Developed a number of programs not yet implemented due to lack of funding.

Заболеваемость кариесом зубов в условиях Алматы связана негативным воздействием несбалансированного питания, избытком углеводов, негигиеническим содержанием полости

рта, нарушением экологии окружающей среды и состоянием профилактических работ. Установлено, что пломбирование и реставрация зубов резко не влияют на предупреждение кариеса зубов, не снимают факторы риска и не улучшают микробную характеристику полости рта. Современные оборудование и новые технологии, средства лечения сами по себе не смогут обеспечить детские население эффективной профилактической помощью. Проведение может быть, очень тщательных осмотров и призывов к профилактической работе не дает эффекта.

Актуальность проблемы профилактики стоматологических заболеваний характеризуется их широкой распространенностью среди детей и подростков. В частности, кариес зубов и болезни пародонта являются причиной потери зубов и становятся очагами хронической одонтогенной инфекции. Недостаточное внимание к профилактике стоматологических заболеваний способствует их росту и тяжести протекания. В период перехода Республики Казахстан к рыночным отношениям значительно ухудшилось состояние профилактической помощи детям. Разработанные ряд программ не внедрились из-за отсутствия финансирования. Анализируя взаимодействия факторов риска на зубах у детей в г. Алматы мы обратили внимание на частые употребление ими сладостей, напитков, перекусывание конфетами между приемами пищи, которые наносят вред эмали зубов. Поэтому в школах нами внедряется понятие «культура еды» с точки зрения стоматологов. При этом прием жидкостей, овощей, салатов рекомендуется употреблять в качестве последнего блюда. Преимущественно углеводистые, липкие, сладости и высококалорийные продукты должны употребляться в первую очередь.

В питьевой воде Алматы отмечается оптимальная концентрация фтора, поэтому системное введение его в организм ребенка не требуется. Кариес зубов у детей 12 лет колебалась от 80 до 82%, при интенсивности – от 2,2 до 2,6. У детей 6-7 лет распространенность кариеса молочных зубов от 60 до 76,3% при интенсивности от 1,5 до 2,0.

Несмотря на проводимые периодические санации полости рта, заболеваемость кариесом снизилась незначительно. У 12 летних детей интенсивность кариеса находилась на уровне 1,29, распространенность – 58,9%. По нашим клиническим наблюдениям установлено, что уже в годовалом возрасте у детей поражаются передние верхние зубы. У этих детей обычно отсутствует уход за зубами со стороны родителей, злоупотребление сладкими и липкими продуктами.

Распространенность кариеса, в зависимости от возраста, средним по Казахстану доходит до 85%, а интенсивность - 2,3. Болезни пародонта у 15 летних детей составляет 60-70%. Зубочелюстные аномалии встречаются до 69% среди обследованных детей. В районах Казахстана, где проводятся санационные меры, отмечается стабилизация показателей заболеваемости, а в единичных регионах, где налажена профилактика не только стабилизация, а также уменьшение интенсивности болезней. Поэтому родители и воспитатели должны обеспечить чистку молочных и постоянных зубов ребенка с момента их прорезывания. В возрасте 3 года ребенок должен уметь самостоятельно выполнять элементарные движения зубной щеткой, а задача воспитателей – контроль их выполнения. В то же время из-за неудовлетворительного знания основ гигиенического обучения и воспитания родители, воспитатели, педагоги самоустранились от профилактических мер среди своих детей.

В России с целью оказания целенаправленной помощи предлагается создание профилактических центров (Леонтьев В.К., 1999, Хамадеева А.М, 2000). В условиях Алматы на базе имеющихся медицинских учреждений возможно создание центра профилактики, где должны производиться не только профилактические меры, а также их координация, планирование, контроль и аудит. Наибольший эффект от профилактики наблюдаются если этим делом занимается

зубной гигиенист. Эффективность работы оценивается улучшением гигиены, стабилизацией или уменьшением кариозных зубов. Средства для создания центров профилактики можно изыскать в улучшении работы и ее перестройки. Предлагаем отказаться от сплошной санации полости рта всем детям, вместе с ней предлагаем проводить в рискованные годы. Рисковыми годами являются возраст 1, 3, 6-7, 12, 15-17 лет. В то же время дети стоматологическую помощь могут получать по мере обращаемости к врачам.

Данный метод профилактики предполагает разделение лечебной и профилактической работы, при этом возрастает эффективность профилактических мер. Исходя из опыта работы и литературы предлагаем схему оценки лечебно-профилактических методов и их эффективности против кариеса зубов у детей.

Имеются еще 2 проблемы реализации программ профилактики.

Первая проблема – финансирование проекта. Без финансирования любые начинания неизбежно превращаются в фикцию. Поэтому без решения проблем финансирования не следует начинать реализацию столь важного вопроса. **Вторая проблема** – недопустимость превращения профилактики из государственной и социальной проблемы в медицинскую, пресекать любые попытки переложения ее на медицинских работников. Очевидно, что медицинские аспекты стоматологической профилактики занимают незначительное место в ее реализации – эпидемиологическое обследование, составление Программы и ее мониторинг. Медицинская часть в значительной мере должна выполняться специально обученным средним медицинским персоналом (гигиенисты), а роль врача и стоматолога предполагает его участие в их реализации путем рекомендации по индивидуализированной профилактике, его основная функция – лечение стоматологических заболеваний и надзор за медицинским аспектом профилактической работы среднего медицинского персонала (2,3,5).

Все профилактические мероприятия по предупреждению заболеваний зубов и пародонта, как у самих **беременных женщин**, так и будущего ребенка проводятся на базе женских консультаций. В соответствии с общепринятым планом диспансеризация беременных проводится: - впервые 20 недель – один раз в месяц;

- после 20 недель беременности – два раза в месяц;

- после 32 недель – 3 – 4 раза в месяц.

Медицинский стоматологический персонал проводит индивидуальное гигиеническое воспитание и, после предварительного определения концентрации фтора и кальция в питьевой воде, дополнительное назначает фторсодержащие средства (при их дефиците) и фосфата кальция (2мг фторида натрия ежедневно и 0,5 глицерофосфата кальция 2 раза в день). В послеродовой период женщины наблюдаются в стоматологической поликлинике, где проводятся профилактические мероприятия (1, 2,3,7,8).

В детских дошкольных учреждениях (ясли сад) профилактику организует врач-стоматолог детской поликлиники, который прикреплен к данному участку. Составляется план гигиенического воспитания и обучения педагогов и родителей. В конце первого года жизни формируются группы детей с «повышенным риском» возникновения кариеса, которым назначаются таблетки фторида в соответствующей дозировке. Детям, имеющим пороки развития зубов, 4 раза в год зубы покрывают фтор лаком. Здоровым детям препараты фтора не назначают. **В двухлетнем возрасте** – санация полости рта по показаниям и обучение гигиене. **В трехлетнем** – у детей с пороками развития зубов и кариесом – 2 раза в год и покрытие зубов фторлаком, глицерофосфат Са по согласованию с педиатром, здоровые дети – таблетки фторида натрия. В возрасте 4, 5, 6 лет всем детям назначают таблетки фторида натрия. Детям, имеющим кариес зубов и отягощенным

общесоматической патологией, - дополнительно обработка зубов фтор лаком 2 раза в год и санация полости рта 2 раза в год. Анализируя научные работы, по профилактике проведенные в Казахстане, необходимо отметить, что они проведены, в основном, среди детей школьников. Поэтому упускается время для проведения качественной гигиены полости рта и случайность профилактических мер. При проведении нами профилактики с учетом факторов риска у детей в возрасте от 2 до 6 лет заболеваемость кариесом была ниже, чем в сравниваемой группе.

В средних общеобразовательных школах с 1 сентября текущего года стоматологом составляется график-календарь лечебно-профилактической работы с учетом ранее проведенного эпидемиологического обследования. Лечебные и профилактические мероприятия строятся в зависимости от активности кариеса зубов. Детям с компенсированной формой проводят санацию 1 раз в год и покрытие зубов фтор лаком 2 раза в год. При декомпенсированной форме – санация 3 раза в год и покрытие фтор лаком 6 раз в год. Детям двух последних групп дополнительно 4 раза в год проводят рем профилактику. В оборудованных классах гигиены и профилактики проводится весь комплекс гигиенического воспитания и обучения(3,5).

Важным моментом является разработка и применение таких профилактических средств, которые были бы просты в изготовлении и применении и, к тому же, обладали высокой эффективностью. В этом плане перспективен активизированный реминерализующие растворы, а также гели. Заслуживает одобрения система создания методических центров(3).

Дополнительно к программе профилактики стоматологических заболеваний мы предлагаем все проводимые медицинские обследования в учреждениях, начинать с профилактических мер. Врач-профилактист изучает пациента, заполняет соответствующие документы, ставит на диспансерный учет и после этого по необходимости направляет к другим

специалистам. Сам выполняет все гигиенические меры, направленные на санацию полости рта. Когда лечение закончено, проводится контрольный осмотр, ставится дата повторного осмотра.

На основании полученных нами данных можно отметить, что у детей школьного возраста не соблюдена сбалансированность рациона питания. Калорийность не дифференцировалась по возрасту и расходу энергии. У детей, проживающих в зоне с загрязнением атмосферного воздуха, распространенность кариеса выше на 12%. Содержание минеральных элементов у 7-летних детей в связи с нарушением срока прорезывания уменьшалась. В стоматологическом просвещении, помимо врачей-стоматологов, должны участвовать психологи, педагоги и другие специалисты по обучению. Целесообразно начинать мотивацию к проведению профилактических мер с педагогов и медицинских работников детских учреждений. После этого следует организовать встречи с родителями детей, объяснить им возможность и важность предотвращения заболеваний зубов и десен, рассказывать о правилах и особенностях чистки зубов у детей. Комплексная профилактика с учетом факторов риска снижала заболеваемость в 2 раза.

Важным этапом является мотивация детей. Занятия с детьми должны быть строго дифференцированы в зависимости от их возраста: если с маленькими детьми лучше проводить занятия в форме игры, то со старшими разговаривать надо так же, как с взрослыми. Назначение сбалансированного питания в комплексе с фторидами снижало до 48%.

Таким образом, для улучшения стоматологического здоровья на уровне популяции необходимы усилия не только специалистов, но и общества в целом. Должно сформироваться общественное мнение, что заботиться о здоровье полости рта так же необходимо, как и о красоте своей внешности.

Таблица №2.

Схема оценки эффективности профилактических мер кариеса зубов у детей

Сроки и кратность применения	обследуемые группы	Оцениваемые явления	Методы	Критерий оценки	Возможные тенденции	Оценка эффективности программы
2 раза в год 3 года. Затем 1 раз в год	Беременные женщины, дети, подростки.	Охват программой профилактики комплексной.	Статический анализ отчетов	% охвата.	менее 50% - 70%	Неудовлетворительная, удовлетворительная, хорошая.
1 раз в год	Беременные женщины, родители, подростки	Санитарно-гигиенические знания по профилактике	Анкетирование	Уровни знаний.	Без изменений снижение.	Недостаточная, Положительная.
1 раз в год	Дети с 5 лет, подростки	Гигиена полости рта	Определение индекса гигиены	Величина индекса гигиены.	Увеличение, Безизменений Снижение.	Используются оценочные критерии гигиены.
1 раз в 2 года	Дети и подростки ключевых возрастных групп	Болезни пародонта РМА	Определение индекса КПИ или ПИ по ВОЗ	Величины индекса.	Увеличение, Без Изменений, Снижение.	Используются оценочные критерии состояния полости рта.
1 раз в 5 лет	Дети и подростки ключевых возрастных групп	Интенсивность кариеса зубов.	Определение Индекса КПУ	Величины индекса.	Увеличение, Без Изменений, Снижение.	Используются оценочные критерии состояния полости рта.
1 раз в 5 лет	Дети с 12 лет	Осложнение кариеса постоянных зубов	Стоматологическое обследование	% или интенсивность заболеваний.	Увеличение, Без Изменений, Снижение.	Неэффективная, Малоэффективная,

						эффективная.
--	--	--	--	--	--	--------------

Литература

1. Безруков А.М. Справочник по стоматологии /М.,1988, 656 с.
2. Боровский Е.В. Справочник по стоматологии /М.,2002, 736 с.
3. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога,/М.,1988,254 с.
4. Кабулбеков А.А. Профилактика стом. заболеваний у детей/А-ты,2007,112 с.
5. Курякина Н.В. Терапевтическая стом. детского возраста/ М,744 с.
6. Леонтьев В.К. и др. Руководство по терапевт.стоматологии/М.,2010,10-30
7. Ральф Е.Мак-Дональд,ДейвидР.Эйвери. Стом.детского возраста./М.,2010,49
8. Хамадеева А.М.,МаслакЕ.Е.Руководство по дет.стоматологии/М.,2010,10-30.

УДК 616.31:006-07:614.4-07

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ

В. О. Кенбаев, К. Б. Дюсупов

Резюме:

Анализ приведенной литературы позволяет сделать следующее заключение: бактериальное загрязнение стоматологических кабинетов изучено недостаточно. Нет данных о стоматологическом больном как источнике инфекции. Мало информации о частоте обнаружения санитарно-показательных микроорганизмов, как в воздушной среде, так и в смывах с инструментария, аппаратуры, оборудования и прочих объектов стоматологических кабинетов различного профиля. Нет данных о распространении носительства патогенных микроорганизмов среди медицинского персонала и стоматологических больных.

Risk factors for postoperative wound infections

Kenbai V.O., Dyusupov K.B.

Abstract The analysis of the resulted literature allows to make a following conclusion: bacterial pollution of stomatologic offices is studied insufficiently. There is no data about stomatologic sick as an infection source. It is not enough information on frequency of detection of sanitary-indicative microorganisms, both in the air environment, and in washouts from toolkit, equipment, the equipment and other objects of stomatologic offices of a various profile. There is data about distribution wearing pathogenic microorganisms among the medical personnel and stomatologic patients.

An extensive network of private dental offices and clinics, a large number of medical personnel and patients causes, on the one hand, the inevitability of the contacts between them and the other the possibility of cross infection and microbial contamination of air, surfaces and hands of personnel, equipment (1,2). Dental interventions can facilitate the introduction of microbial flora in deep-lying tissue and, therefore, lead to the spread of infection, especially in patients with reduced immune reactivity. The purpose of this review, a synthesis of the literature on one of the important trends in dentistry - a bacterial contamination of air spaces dental offices.

Операциядан кейінгі жаракат жұқпаларының пайда болу қаупінің факторлары

Берілген әдебиеттердің талдамасы келесі қортындыны жасауға мүмкіндік береді: стоматология кабинеттерінің бактериялық ластануы жеткілікті түрде зерттелмеген. Стоматологиялық науқас туралы жұқпа көзі ретіндегі деректер жоқ. Санитарлық-көрсеткіштік микроағзалардың ауа кеңістігінде, және де құрал-жабдықтардың, аппаратураның ағындыларында, сондай-ақ түрлі бейіндегі тіс емдеу кабинеттерінің басқа да объектілеріндетабылу жиілігі туралы ақпарат аз. Медицина қызметкерлері және стоматологиялық науқастар арасында патогенді микроағзаларды тасымалдаудың таралуы туралы деректер жоқ.

Обширная сеть частных стоматологических кабинетов и поликлиник, большое число медицинского персонала и больных обуславливает, с одной стороны, неизбежность контактов между ними, а с другой возможность перекрестной инфекции и микробной обсемененности воздушной среды, поверхностей, рук персонала, инструментария (1,2). Стоматологические вмешательства могут способствовать внедрению микробной флоры в глуболежащие ткани и, следовательно, приводить к распространению инфекционного процесса, особенно у пациентов с пониженной иммунологической реактивностью.

Цель настоящего обзора обобщение данных литературы по одному из важных направлений в стоматологии - бактериальной загрязненности воздушной среды помещений стоматологических кабинетов.

Как показали результаты многочисленных исследований, воздушная среда помещений лечебных учреждений играет определенную роль в распространении возбудителей ряда внутрибольничных инфекций, в первую очередь коагулазопозитивных стафилококков, а также респираторных вирусов и возбудителей некоторых микозов. Имеются данные о возможности аэрогенного распространения грамотрицательных условно-патогенных бактерий (3,4,5).

В связи с возросшей значимостью воздушной среды в передаче инфекционного агента в стоматологических кабинетах, стационарах все больше внимания уделяют вопросам микробиологической оценки качества воздуха лечебных учреждений.

Постоянная циркуляция патогенной и условно-патогенной микрофлоры и связанная с этим потенциальная опасность инфицирования медицинского персонала обусловлена спецификой рабочего процесса в стоматологии.

Эта специфика объясняется рядом факторов: постоянным контактом врача с инфицированной средой (слюна, гной, кровь), возможностью мелких повреждений кожи рук в связи с работой режущо-колющим инструментом, воздушно-капельной передачей инфекции за счет чрезвычайно близкого и длительного контакта с больным в процессе лечения, усугубляющегося образованием бактериального аэрозольного облака при работе на высокоскоростных бормашинах (6).

Основным источником микробного обсеменения стоматологических кабинетов принято считать пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Микрофлора полости рта даже здорового человека отличается чрезвычайно разнообразием в зависимости от возраста, качества питания, степени гигиены полости рта и т. п. (7).

Наличие стоматологического заболевания приводит либо к изменению видового состава микрофлоры, либо к увеличению количества бактерий определенного вида с выраженными вирулентными свойствами.

Исследованиями отечественных и зарубежных авторов показано, что явным фактором риска возникновения послеоперационных раневых инфекций является ожирение. Показатель инфицирования операционных ран у пациентов с ожирением, по данным разных авторов, составил от 13,5 до 16,5% (8).

Следует отметить, что, помимо больного, источниками патогенных бактерий могут являться и бактерионосители как из числа пациентов, так и медицинского персонала.

Что касается изучения носительства патогенных микроорганизмов среди стоматологических больных и персонала, то имеются лишь немногочисленные публикации о носителях вируса гепатита, а также патогенных стафилококков (9).

В стоматологической практике ведущую роль в распространении инфекции от источника (больные, носители) во внешнюю среду играют руки врача.

В процессе диагностики и лечения руки врача, загрязненные содержимым полости рта пациента, могут загрязнять наконечники бормашин, стоматологический инструментарий, халат, одежду, кресло пациента, полотенце и т. д. (10).

Дополнительным фактором, способствующим диссеминации микрофлоры во внешнюю среду, как уже указывалось, является широкое использование высокоскоростного стоматологического оборудования.

Микроорганизмы из полости рта при этом распыляются в виде аэрозоля.

По данным Американской ассоциации стоматологов, таким образом, способны передаваться острые респираторные заболевания, грипп, туберкулез, герпес и т. д.

Инфекция может распространяться через кожу лица и рук, слизистую оболочку носоглотки и глаз врача, а также через поверхности, в которых возможно вторичное инфицирование (обшивки стоматологического кресла, шланги инструментов, панели блока управления, одежда и головной убор врача, куда инфекция попадает в виде аэрозоля).

Исследованиями этих авторов было показано, что бактериальные аэрозоли могут распространяться на значительное расстояние от полости рта больных (от 50 до 80 см в различных направлениях) и, следовательно, представлять реальную опасность для медицинского персонала (11).

В ряде работ содержатся сведения о характере микрофлоры в стоматологических кабинетах, количественная же характеристика микробного загрязнения приведена лишь в немногочисленных исследованиях (12).

Так изучая воздушную микрофлору в различных стоматологических кабинетах, В.А. Катаева (1981) получила следующие результаты: уровень суммарной бактериальной обсемененности воздуха хирургических отделений (1018 ± 273 микробных тела в 1 м^3) был ниже, чем терапевтического (2410 ± 271) и ортопедического (2593 ± 330).

Однако патогенная микрофлора чаще всего высевалась из воздуха хирургических кабинетов (32 % проб). В терапевтическом кабинете этот показатель составил 29 %, а в ортопедическом 18 % (13).

Ни в одной из работ не прослежена «эпидемиологическая цепочка», т. е. не доказано наличие идентичных по биологическим свойствам штаммов микроорганизмов, выделенных из разных источников (больные, носители, внешняя среда).

Оценку микробной обсемененности объектов внешней среды стоматологических кабинетов осложняет и то обстоятельство, что нет официальных стандартов уровня бактериального загрязнения. Необходимость же такой стандартизации совершенно очевидна, так как создание нормативов обеспечит поддержание чистоты на необходимом уровне и облегчит контроль за ее соблюдением.

Ряд авторов высказываются о необходимости использования при выполнении диагностических и лечебных процедур микробиологических методов исследования (14), полагая, что это положительно скажется не только на эффективности лечения, но и на более целенаправленном выборе оздоровительных мероприятий по снижению уровня микробного загрязнения в стоматологических кабинетах различного профиля.

Таким образом, специфика рабочего процесса в стоматологии способствует созданию среды с высокой бактериальной загрязненностью. Очевидно, что оздоровительные мероприятия призваны не только устранить источники инфекции, но и закрыть пути их передачи с помощью технического совершенствования некоторых видов стоматологического оборудования.

К сожалению, только в единичных работах уделяется внимание пациенту как источнику инфекции и предлагается снижать уровень микрофлоры в полости рта до лечения некоторыми видами антисептиков.

Значительно больше работ посвящено изучению пресечения путей распространения возбудителей различными методами дезинфекции и стерилизации, которые в стоматологической практике отличаются от обще-клинических (14).

Анализ приведенной литературы позволяет сделать следующее заключение: бактериальное загрязнение стоматологических кабинетов изучено недостаточно.

Почти нет данных о стоматологическом больном как источнике инфекции. Мало информации о частоте обнаружения санитарно-показательных микроорганизмов, как в воздушной среде, так и в смывах с инструментария, аппаратуры, оборудования и прочих объектов стоматологических кабинетов различного профиля. Нет данных о распространении носительства патогенных микроорганизмов среди медицинского персонала и стоматологических больных.

Глубокое изучение поставленных вопросов будет иметь важное значение не только для дальнейшего улучшения условий труда в стоматологических кабинетах, но и для повышения качества стоматологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ахмедов И. В.* Эндолимфатическая профилактика гнойно-септических осложнений у хирургических больных: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М.: МГМСУ, 1999. - 37 с.
2. *Бажанов Н.Н.* Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. — М., 1985. - 286 с.
3. *Бажанов Н.Н., Пашков Е.П., Култаев М.С.* Бактериальная микрофлора при одонтогенных острых гнойных заболеваниях челюстно-лицевой области // *Стоматология.* - 1985. - № 1. - С. 31-32.
4. *Безрук И.А.* Внутрибольничная инфекция хирургического стационара: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алма-Ата, 1991 - 18 с.
8. *Залозуева Г. В.* Этиология и эпидемические особенности раневой инфекции при травмах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1995.-23 с.
9. *Захаров Ю.С.* Клиника и хирургическая тактика при бактериальных инфекциях челюстно-лицевой области // *Стоматология.* - 1987. - № 3. - С. 43-45
10. *Мионов А.Ю., Пашков Е.П., Черноглазова Е.М.* Видовой и количественный показатели микрофлоры при флегмонах челюстно-лицевой области // *Стоматология.* - 1988. - Т. 67, № 5. - С. 42-43.
5. *Губин М.А., Харитонов Ю.М., Гирко Е.И. и др.* Диагностика и лечение осложнений острой одонтогенной инфекции // *Стоматология.* - 1996, спец. выпуск. - С. 39-40.
6. *Гук А.С.* Особенности клиники, диагностики и лечения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с участием неспорообразующих анаэробов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб.: Воен.-мед. акад., 1990. - 248 с.
7. *Дмитриева Н.А.* Гнойно-воспалительные осложнения челюстно-лицевой области, структура возбудителей и возможные пути профилактики. Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1993. - 111 с.
11. *Катаева В.А., Ермолина Е.П.* Гигиеническая характеристика микрофлоры стоматологических поликлиник // *Стоматология.* - 1981. - № 5. - С. 75-77.
12. *Мухсинов М.Э. и др.* Количественное исследование микрофлоры у больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области // *Стоматология.* - 1987. - № 6. - С. 8-9.
13. *Катаева В.А.* Научные основы оздоровления условий труда врачей стоматологического профиля: Дис. ... докт. мед. наук.- М., 1989. - 289 с.
14. *Лшонци Д.* Внутрибольничные инфекции. - М.: Медицина, 1978 - 453 с.

Цитологическая картина изменений в очагах поражения при хроническом рецидивирующем герпетическом стоматите.

Бакбаев Б.Б., Мезгильбаева Д.М., Абдикаримов С.Ж., Кунанбаева Т.С., Жаксыбай Б.С.
 Модуль "Терапевтическая стоматология"
 КазНМУ С.Д.Асфендиярова

Резюме: При различных формах(везикулярной, некротической и инфильтративно-язвенной) рецидивирующего герпетического стоматита определены цитопатологические изменения в клеточных популяциях. При везикулярной форме цитопатогенный эффект(ЦПЭ) проявлялся увеличением ядер клеток(4.5%), мелкоглыбчатым распадом ядер(3.75%), вакуолизацией цитоплазмы(2.25%), некротизацией клеток(3.5%). Выявилось двухядерные клетки(1%). Количество клеток подверженных цитопатическому воздействию вируса было заметно больше при некротической форме герпетического стоматита чем при остальных формах.

Ключевые слова: герпес, везикулярная форма, некротическая форма, инфильтративно-язвенная форма, цитопатогенный эффект, цитограмма, эпителиоцит, лобоподия,

Cytological picture of the changes in the lesions of chronic recurrent herpetic stomatitis

B.B. Bakbaev, Mezgilbaeva D.M., S.J. Abdikarimov, Kunanbaeva T.S., B.S. Zhaksybai
 Module "Therapeutic dentistry"
 KazNMU

Abstract In various forms (vesicular, necrotic and infiltrative-ulcerative) of recurrent herpetic stomatitis tsitopatologicheskije identified changes in cellular populyatsiyah. Pri vesicular form of cytopathic effect (CPE) manifested an increase in cell nuclei (4.5%), melkoglybchatym decay of nuclei (3.75%), vacuolization of the cytoplasm (2.25%), necrotisation cells (3.5%). Revealed the dual-core cells (1%). The number of cells exposed to cytopathic effects of virus was significantly higher in the form of necrotizing herpetic stomatitis than in other forms.
 Keywords: herpes, vesicular form, a form of necrotic, infiltrative-

ulcerous form, cytopathic effect cytogram, epiteliotsit, lobopodiya, Among the diseases of the oral mucosa (OCAN) red border of lips (CGC), herpetic lesion is a certain share. According to WHO about 90% of the inhabitants of the globe are infected with herpes simplex virus, and 25% - 30% of them have the clinical manifestations of disease that are recognized late because of what is possible to delay in diagnosis. As we found with no proper diagnosis and the lack of timely rational therapeutic measures disease often recurs, the flow becomes long and hard causing various complications in the body, down to the chronic virusogennoy sensitization and intoxication [6], conditional on occurrence of autoimmune diseases such as pemphigus and lichen planus . For proper selection of methods and means for treating chronic viral infections is necessary to define forms of manifestation, the severity of the disease and the specificity of tissue damage RBCU. To achieve these objectives is the role of cytological research method, which is a promising method. Cytological method is widely used in various fields of clinical medicine and has worked well in onkostomatologii {1}, the diagnosis gerpovirusnoy infections and for diseases of internal organs {3, 5} and the skin. Early to determine the characteristics of the clinical course of herpetic lesions RBCU we used cytological method of study and a study of cytomorphological pattern changed in the lesions were identified three forms of the disease: vesicular, necrotic and infiltrative-ulcerous [2]. The purpose of this research was to study tsitopatologicheskikh changes in cell populations in the above 3 forms of chronic recurrent herpetic stomatitis. Material and Methods of research: as an object of study were smears with foci of erosion and ulcers in patients with chronic recurrent herpetic stomatitis.

Тұжырым Ауыздың қайталамалы герпестік қабынуының әр түрлері кезінде (везикулалы, некроздаушы, инфильтративті-жаралы) жасушалық папуляцияда цитопатиялық өзгерістер анықталды.

Аурудың көпіршікті(везикулалы) түрінде цитопатогендік эффект(ЦПЭ) жасушалар ядросының ұлғаюымен(4.5%), ядросының ұсақ түйіршікті ыдырауымен(3.75%), цитолазманың вакуолизациясымен(2.25%), жасушалардың некроздануымен(3.5%) сипатталды. Екі ядролы жасушалар да анықталды(1%).

Некроздаушы түрінде жасушаның ядросының ұлғаюы 7.75%, ядроларының ұсақ түйіршікті ыдырауы 11.25% кездесті. Ал цитоплазмасы вакуолизациясымен жасушалар 6.75%-да және қос ядролы жасушалар 6.75%-да анықталды көлемдері үлкейген жасушалар 10.5%- да, қос ядролы жасушалар 6.13%-да, және дұрыс емес пішінді жасушалар(2.12%) пайда болды, көп ядролы жасушалар 11.11%-да кездесті.

Герпестік стоматиттің вирус әсерінен цитопатиялық бұзылысқа ұшыраған жасушалар саны басқа түрлерімен салыстырғанда некроздаушы түрінде көптеп орын алды.

Түйінді сөздер: герпес, көпіршікті(везикулалы) түрі, некроздаушы түрі, инфильтративті-жаралы түрі, цитопатологиялық зерттеу, цитопатогенді эффект, цитограмма, цитоплазманың вакуолизациясы, жасушаның некроздануы, қос ядролы жасуша, көп ядролы жасуша, эпителиоцит, лобоподия.

Среди заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) красной каймы губ (ККГ) герпетическое поражение занимает определенный удельный вес. По данным ВОЗ около 90% жителей земного шара, заражены вирусом простого герпеса, а у 25%- 30% из них имеют место клинические проявления болезни, которые распознаются несвоевременно из-за чего возможно запоздалая диагностика. Как мы установили, при не правильной диагностике и отсутствии своевременных рациональных лечебных мер болезнь часто рецидивирует, течение становится продолжительным и тяжелым вызывая различные осложнения в организме, вплоть до хронической вирусогенной сенсбилизации и интоксикации [6], обуславливающие возникновения аутоиммунных заболеваний как пузырчатка и красный плоский лишай.

Для правильного выбора методов и средств лечения хронической вирусной инфекций необходимо определить формы проявлений, тяжесть болезни и специфику поражения тканей СОПР. Для выполнения этих задач определенную роль играет цитологический метод исследования, который остается перспективным методом. Цитологический метод нашел широкое применение в различных областях клинической медицины и хорошо зарекомендовал себя в онкостоматологии [1], при диагностике герповирусной инфекций и при заболеваниях внутренних органов [3, 5] и кожи.

Ранние для определения особенностей клинического течения герпетических поражений СОПР нами был использован цитологический метод исследования и на основании изучения цитоморфологической картины изменения в очагах поражения были определены три формы заболевания: везикулярная, некротическая и инфильтративно-язвенная [2].

Целью настоящего исследования явились изучение цитопатологических изменений в клеточных популяциях при выше указанных 3-х формах хронического рецидивирующего герпетического стоматита.

Материал и методика исследования: в качестве объекта исследования служили мазки-отпечатки с очагов эрозии и язв у больных с хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом.

Препараты окрашивали по методике Паппенгейма: фиксировали 1% раствором метиленового синего на метаноле (по Май-Грюнвальду) и докрашивали азур-эозином по Романовскому-Гимза.

Вначале проводили обзорную микроскопию препаратов с окулярами х10 и х20 (увеличение 150 и 300 раз). Затем под

объективом х90 (увеличение 1350 раз) проводили количественный подсчет клеточных элементов.

В мазках описывали фон (характер межтканевой жидкости, составляющей основу экссудата), наличие эритроцитов, бактерий, грибов. Элементы воспалительного инфильтрата были представлены нейтрофильными лейкоцитами, лимфоцитами, моноцитами, эозинофильными лейкоцитами. Степень функциональной активности нейтрофилов мы отмечали, опираясь на описанные Федотовских Г. В. и Жолмухамедовым К.К признаками:

1. разрушающиеся гранулоциты
 2. нейтрофилы с признаками повышенной мембранной активности, сочетавшейся с признаками деструкции.
 3. нейтрофилы с признаками умеренной выраженной активностью
 4. лейкоциты без признаков функциональной активности
- Нормальные клетки отмечали согласно предложенным D. E. Lange степеням дифференцировки эпителиоцитов:
1. базальные клетки
 2. парабазальные клетки
 3. промежуточные клетки 1-го типа (близкие парабазальным)
 4. промежуточные клетки 2-го типа (близкие поверхностным)
 5. поверхностные клетки
 6. безъядерные клетки (ороговетшие безъядерные чешуйки)

Для наиболее полного и объективного отражения цитологической характеристики отпечатков слизистой оболочки полости рта подсчитывали индекс дифференцировки клеток (ИДК) по формуле, предложенной Быковой И.А. с соавторами: ИДК= 1а+ 2б+ 3в+ 4г+ 5д+ 6е

Где 1, 2, 3, 4, 5, 6- цифровые обозначения описанных выше стадий дифференцировки клеток; а, б, в, г, д, е- процентное соотношения клеток соответствующей стадии дифференцировки. Как известно, ИДК для слизистой оболочки полости рта здоровых людей ориентировочно равен: $4 \times 10 + 5 \times 40 + 6 \times 50 = 540$. в норме он может колебаться в пределах 500-560 при воспалительных процессах он снижается, при гиперкератозах - повышается.

Особый интерес представляли клетки, трансформированные под воздействием вируса. Из литературных источников известны следующие варианты проявления цитопатического эффекта (ЦПЭ) вызванного герпесвирусом: увеличение размеров ядер, баллонизирующая дегенерация ядра и внутриядерные включения; мелкоглыбчатый распад ядра; вакуолизация цитоплазмы; внутриклеточные базофильные включения; появление клеток неправильной формы; образование многоядерных клеток (2 и более ядра); некротизация клеток. Все эти признаки были заложены в рабочую таблицу, в которой отмечалось число клеток, имеющих указанные изменения.

Результаты исследования:

Цитограммы при различных формах рецидивирующего герпетического стоматита имели общие черты. Прежде всего, это наличие межклеточного вещества (межтканевой жидкости), заполняющей герпетический пузырек, который образовался при везикулярной форме заболевания. Это жидкость образовывала малиновый фон или образовывал сгущения в виде тяжелой или хлопьев. В большем или меньшем количестве обнаруживались свежие эритроциты. Всегда присутствовали бактерии: кокки, палочки, иногда нитчатые бактерии рода *Leptotrix*, грибы рода *Candida*.

Эпителлиальный компонент был представлен клетками плоского эпителия различных слоев в зависимости от глубины поражения слизистой. На клетках верхних слоев 5-ой и 4-ой степени дифференцировки, наблюдалась контаминация бактерий. Необходимо отметить различия в цитограммах, связанные с методикой забора материала. Если материал получали методом отпечатка, то в препарате отмечалось больше поверхностных клеток, чем в соскобе. Возможно, этим объясняется высокий ИДК при некротической форме стоматита, когда мы изучали мазки - отпечатки.

Воспалительный инфильтрат состоял из нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и макрофагов, редких эозинофилов. Нейтрофилоциты были различных форм: в состоянии выраженной деструкции; с признаками функциональной активности, проявляющейся увеличением размеров клеток (ядра и цитоплазмы), образованием лопододий и вакуолей; инертные нейтрофилоциты были мелких размеров, округлой формы, с плотным ядром. У разных больных были разные проявления фагоцитарной функции нейтрофилов - от редких экземпляров, фагоцитирующих единичные

бактериальные тела до нейтрофилов, цитоплазма которых переполнена бактериями. Лимфоидные элементы были преимущественно в виде лимфоцитов (больших и мелких), лимфобласты встречались гораздо реже. Довольно часто обнаруживались моноциты и скопления макрофагов. Встречались макрофаги, фагоцитирующие нейтрофилоциты. В результате углубленного анализа с подсчетом клеточных элементов определены четкие различия цитограмм при везикулярной, инфильтративно- язвенной и некротических формах герпетического стоматита (таблица 1)

Таблица 1

	Везикулярная форма	Некротическая форма	Инфильтративно – язвенная
Клеточность мазка	Мало – или умеренноклеточный	Обильно клеточный	Обильно клеточный
Фон	Жидкостный, прозрачный слегка малиновый	Малиновый с волокнистыми и хлопьевидными сгущениями	Редкие тяжи фибрина
Эритроцит	Единичные или в умеренном количестве	Большом количестве	В умеренном количестве
Флора	Бактерии	Бактерии, грибки	Бактерии (кокки, палочки)
Нормальные клетки	81-90% ИДК – 474,75	39-60% ИДК – 373	65,9 – 66,4% ИДК – 304
Клетки ЦПЭ	10-19%	40-51%	34,1 – 33,6%
Соотношение эпителиоцитов и элементов воспаления	~1\10	~1\50	~1\30
Полибласты, фиброциты	0-1 (на 100 элементов воспаления)	4-8 (на 100 элементов воспаления)	1 – 2 (на 100 элементов воспаления)

Как видно из таблицы, при везикулярной форме мазок был мало – или умеренно клеточный. По краям отпечатка захватывались безядерные чешуйки и нормальные поверхностные эпителиоциты. Жидкость, наполняющая герпетический пузырек, в мазках создает довольно равномерно малиновый фон разной интенсивности. Середину отпечатка занимало межтканевая жидкость, в которой имелись малочисленные эритроциты, небольшое количество бактерий, эпителиальные клетки.

Нормальные клетки были преимущественно верхних слоев, 5и 4 степеней дифференцировки:

1 – 0

2 – 0

3 – 6,25%

4 – 29%

ИДК = 3x6,25+4x29+5x48,5+6x16,25=474,75

5 – 48,5%

6 – 16,25%

ИДК=474,75 что было ненамного ниже нормы. Около 10% нормальных клеток были контаминированы бактериями. Бактерии также находились в виде скоплений и в небольшом количестве были фагоцитированы отдельными нейтрофилами. Вирус – трансформированные клетки составляли не более 10 – 19%, в среднем 16% от эпителиального компонента.

При некротической форме мазок отличался высокой клеточностью, основную массу составляли элементы воспаления. Межтканевая жидкость лежала неравномерно, иногда хлопьями, образовывала волокнистые сгущения. Отмечалось большое количество эритроцитов (до 30 – 50 в поле зрения). Обсемененность бактериями была умеренной, около 20% нормальных клеток верхних слоев были адгезированы бактериями. У 1 больного обнаружены фрагменты мицелия грибов рода Candida.

Эпителиальный компонент отличался большим разнообразием. Нормальные клетки были как поверхностного и промежуточного, так и более глубоких слоев:

Таблица 2.

	Везикулярная форма	Некротическая форма	Инфильтративно- язвенная форма
Нормальные клетки	81 – 90% в среднем – 84%	39-60% в среднем-51,25%	65,9-66,4% в среднем-66%
Клетки увеличенные ядрами	3-6% в среднем-4,5%	4-10% в среднем-7,75%	7,8-13,11% в среднем-10,5%
Вакуолизация цитоплазмы	2-4% в среднем-2,25%	5-9% в среднем-6,75%	1,4-1,6% в среднем 1,5%
Мелкоглыбчатый распад ядро	2-9% в среднем-3,75%	5-16% в среднем-11,25%	0,82-6,4% в среднем-3,61%

1 – 0%

2 – 7%

3 – 34,75%

4 – 42,25%

ИДК= 2x7+3x34,75+4x42,25+5x14,75+6x2=373

6 – 2%

ИДК= 375 что значительно ниже нормы и этого же показателя при везикулярной форме стоматита, что подтверждает более глубокое поражение эпителия при некротической форме.

Процент клеток с проявлениями ЦПЭ был самым высоким в среднем, 51,25%. Имелись клетки типа фиброцитов. Их число было в несколько раз больше, чем при везикулярной и инфильтративно – язвенной форма стоматита.

При инфильтративно - язвенной форме мазки имели обильный клеточный состав. Жидкости почти не заметно, имелись редкие тяжи фибрина. Основную массу клеточных элементов составляли нейтрофилы, моноциты и макрофаги, а также лимфоциты. Бактерии обнаруживались в умеренном количестве. Эритроциты имелись во всех полях зрения по несколько экземпляров (3-7).

Эпителиальный компонент представлен клетками плоского эпителия всех слоев, включая базальные

1 – 9,5%

2 – 28,58%

3 – 25,54%

4 –

24,31%

ИДК

–

1x9,5+2x28,58+3x25,54+4x24,31+5x9,35+6x2,76=303,83

5 – 9,35%

6 – 2,76%

7 – 2,76%

ИДК = 304, это самый низкий показатель из трех форм стоматита. Число клеток с ЦПЭ составило 33,6% от всех эпителиоцитов.

Различия в цитограммах отмечались не только в количестве вирус – трансформированных клеток, но и в проявлении ЦПЭ (таблица 2):

Клетки неправильной формы	—	1-3% в среднем-2,25%	0-4,25% в среднем-2,12%
Некротизация клеток	2-5% в среднем-3,5%	9-15% в среднем-6,75%	4,9-6,3% в среднем-5,65%
2 ядерные клетки	0-2% в среднем-1%	5-10% в среднем-6,75%	5,7-6,5% в среднем-6,13%
Многоядерные клетки (более 2 –х ядер)	—	1-3% в среднем-2%	0,82-1,4% в среднем-1,11%

Как видно из таблицы 2 при везикулярной форме стоматита ЦПЭ проявлялся большой степени увеличением ядер (4,5%), мелкоглыбчатым распадом ядер (3,75%) вакуолизацией цитоплазмы (2,25%), некротизацией клеток (3,5%). Выявлялось небольшое количество двуждерных клеток (1%). Клетки с числом ядер более 2-х не обнаружены.

При некротической форме чаще выявлялись вышеперечисленные проявления ЦПЭ: ядро увеличено 7,75% клеток, мелкоглыбчатый распад ядер наблюдался 11,25%, вакуолизация цитоплазмы имела место у 6,75%, 2-ядерные клетки были видны в 7 раз чаще чем при везикулярной форме (6,75%). Несколько больше, чем при инфильтративно – язвенной форме стоматита было число клеток неправильной формы

Таблица 3

	Везикулярная форма	Инфильтративно-язвенная	Некротическая форма
Нейтрофильные лейкоциты	55,6%	62,53%	84,5%
Лимфоциты	17,13%	7,48%	10,25%
Моноциты, макрофаги	26,0%	28,8%	5,25%
эозинофилы	1,1%	0,18%	-

При везикулярной форме стоматита воспалительный инфильтрат содержал в среднем 55,6% нейтрофильных лейкоцитов, 17,13% лимфоцитов и 26,0% моноцитов и макрофагов, имелись редкие эозинофилы (1,1%). Нейтрофилы и лимфоциты имели признаки функционально активации. Они были крупных размеров с большим количеством цитоплазмы, в отдельных имелись вакуоли и выросты цитоплазмы в виде лобоподий.

При некротической форме основную массу препарата составляли нейтрофильные лейкоциты (84,5%). Нейтрофилы были в основном с деструктивными изменениями в состоянии распада или мелкие округлые инертные формы. Лейкоциты составляли 10,25% от инфильтрата, моноциты и макрофаги-5,25%.

При инфильтративно-язвенной форме процент нейтрофилов был несколько больше (62,53%). При этом отмечалось большое число активных фагоцитирующих лейкоцитов. Лимфоцитов было немного (7,48%), но было увеличено число моноцитов и макрофагов (28,8%). Этот показатель был самым высоким в трех группах.

Как видно из вышеописанного, при везикулярной форме стоматита был меньше процент нейтрофильных лейкоцитов за счет увеличения процента лимфоцитов и моноцитов. Характер инфильтрата говорит о большой напряженности иммунитета, Кроме того, нами проведено цитологическое исследование при везикулярной и некротической форма герпетического стоматита в динамике, на 3-й день после начало лечения. В результате было установлено, что несмотря на начатое лечение, цитопатическое действие вирусы продолжалось. Это проявилось увеличением числа вирус – трансформированных клеток(фото12). При везикулярной форме оно достигло 26%, при этом появились единичные многоядерные клетки. При некротической форме процент клеток с ЦПЭ достигал 62.

Однако изменения в характере воспалительного инфильтрата говорили о мобилизации механизмов иммунитета: становилось больше лимфоцитов и нейтрофилов с признаками функциональной активности, больше фагоцитирующих нейтрофилов. Отмечалось увеличение количество эозинофилов.

Литература:

(2,25%) и клеток с числом ядер более 2 – х (2%).

При инфильтративно язвенной форме стоматита проявления ЦПЭ имели 33,4% эпителиоцитов. При этом клетки с увеличенными ядрами составляли уже 10,5%, по 2 ядро имели 6,13% от числа всех клеток плоского эпителия. Проявлялись клетки неправильной формы (2,12%) и много ядерные клетки (1,11%).

Выявлялись различия и в характере воспалительного инфильтрата (таблица 3). Прежде всего, соотношение между эпителиальным и воспалительным компонентом в случае везикулярного стоматита было примерно 10 лейкоцитов на 1 эпителиоцит, при некротическом и инфильтративно-язвенном 30-50 лейкоцитов на 1 эпителиоцит.

результатом чего явилась более легкая форма герпетического стоматита.

Таким образом, цитограммы при везикулярной, некротической и инфильтративно-язвенной форма герпетического стоматита имеют свои особенности и отражают глубину поражения тканей СОПР. Проявления ЦПЭ под воздействием вируса указывают на проявления действенных механизмов иммунитета.

При герпетическом стоматите обнаружена следующие проявления ЦПЭ:

1. Увеличение размера ядра
2. Мелкоглыбчатый распад ядер
3. Вакуолизация цитоплазмы
4. Некротизация клеток
5. Проявление клеток неправильной формы
6. Проявление 2 –х и многоядерных клеток

Количество клеток, подверженных цитопатическому воздействию вируса, было заметно больше при некротической форме герпетического стоматита, чем при везикулярном.

Признак, наиболее характерный для герпетической инфекции – проявление многоядерных клеток (с 2 – мя ядрами и более-фото-11) обнаруживался в 1-8% клеток. Гигантские клетки были крайне редкой находкой, размеры многоядерных клеток почти не превышали размеры поверхностных клеток.

1. Ермолова В.Д. Морфологическая характеристика интраоральных опухолей и опухелоподобных образований челюсти лицевой костей (цитология и гистология исследования) Диссертация кандидата медицинских наук М. 1997
2. Мезильбаева Д.М. Бакбаев Б.Б. Особенности клинического течения ХРГС. Экспериментальная и клиническая стоматология. Алматы, 1999. стр 52-54
3. Агаджанян А.А., Быкова И.А., Галенков А.К., Черейская Н.К., Лопатина В.В., Лопырева О.Н., Аюпьян О.Г., Результаты 4. цитологического исследования мазков-отпечатков СОПР при заболеваниях внутренних органов. «Новости клинической цитологии России», том 2, № 3-4,1998,с 125-127.
5. Дауранов И.Г., Путилин В.С., Айсарова А.М., Жарихина Т.А., Путилина Л.А. Параметры местного и ситемного иммунитета у больных хроническими воспалительными заболеваниями при включении в комплекс лечения минеральных добавок и

энтеросорбентов. Первый национальный конгресс «Клиническая иммунология, аллергология и иммунореабилитация» Алматы, 1999, стр 105-107.

6. Мустафина Ж.Г., Абдрахимова Д.Б., Копцева В.Ю. Роль цитоморфологического исследования конъюнктивального эпителия в диагностике герпесвирусных кератитов, «Новости клинической цитологии России», 2001, №3-4, стр 122-125.

7. Мезгильбаева Д. М. Герпетическая инфекция и ее осложнения. Проблемы стоматологии 2010 №1-2 (47-48) стр. 69-71.

8. Мезгильбаева Д. М. И др. Комплексное лечение хронического рецидивирующего герпетического стоматита с использованием неовира. Вестник КазНМУ 2011. №4 стр.65-68.

Терапия

Therapy

УДК 616.152.103.1.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО РАССТРОЙСТВА

Макеева З.И.

Городская поликлиника ВОВ, ГККП №7, г. Алматы

В статье рассмотрены основные причины возникновения синдрома острого респираторного дистресс-синдрома взрослых. Представлены современные возможности ранней диагностики и лечения острой паренхиматозной дыхательной недостаточности у пациентов после кардиохирургических вмешательств.

Ключевые слова: синдром острого респираторного расстройства, дистресс-синдром взрослых, реконструктивные операции на сердце, сурфактант, аденоблокаторы, дезинтоксикационная терапия.

Жедел респираторлы бұзылулар синдромын емдеудің актуальді мәселесі

Макеева З.И.

Жедел респираторлы бұзылулардың синдромын, олардың асқынуларын ерте диагностикалау және тиімді емдеу осы уақытқа дейін шешілмеген мәселе болып келеді. Бұл мақалада осы синдромның кардиохирургиялық ота жасаудан кейін негізгі себептері мен қазіргі заманғы патогенетикалық емдеу мүмкіндіктері қарастырылған. Бұл науқастарға белсенді дезинтоксикациялы терапия – гемосорбция, лимфосорбция және плазмафорез қажет.

The actual problems of treatment of the syndrome of acute respiratory disease

Makeeva Z.I.

Early diagnosis and effective treatment of the syndrome of acute respiratory illness and now it's complication is still unsolved problem. In the article considered basic reasons and contemporary opportunities of pathogenic treatment of this syndrome after cardiac surgery. For these patients required active detoxification therapy - hemosorbption, lymphosorbption and plasmapheresis.

В настоящее время проблема синдрома острого респираторного расстройства взрослых остаётся одной из актуальных и пока

неразрешённых проблем. В клинической практике он развивается как осложнение при тяжелых заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, при отравлениях и тяжелых политравмах, особенно с синдромом сдавления органов грудной клетки.

В 1994 году на Конференции согласия Американско-Европейским комитетом ВОЗ было принято определение острого респираторного дистресс-синдрома как повреждение легких, сопровождающееся артериальной гипоксемией и образованием двусторонних инфильтратов без признаков гипертензии в левом предсердии или застойной сердечной недостаточности. Синдром острого респираторного расстройства взрослых четко ассоциируется с развитием сепсиса и встречается не менее, чем в 40% случаев последнего. К сожалению, что более 60% всех умерших от этого были больные в возрасте до 50 лет.

Реконструктивные операции на сердце с применением аппарата искусственного кровообращения вошли в практику всех крупных хирургических клиник. Несмотря на значительный прогресс торакальной хирургии, летальность послеоперационных больных сохраняется. Анализ причин летальности показывает, что на одном из первых мест находится респираторный дистресс-синдром.

Основными клиническими симптомами у больных острым респираторным дистресс-синдромом в первые часы его возникновения являются одышка, цианоз, беспокойство и кашель. Ранний и точный диагноз определяет эффективность проводимой терапии.

Анализ данных литературы и клинических наблюдений показал, что в основе тяжелого состояния таких больных лежит острая паренхиматозная дыхательная недостаточность (ОПДН). Тяжесть ОПДН определяется степенью дефицита сурфактанта и повышения проницаемости клеточных мембран в результате увеличения в крови токсичных веществ - продуктов перекисного окисления липидов, гистамина, серотонина, норадреналина, кининов и свободных жирных кислот.

В период подготовки больных к операциям на сердце в условиях искусственного кровообращения нами было предложено проводить профилактические меры по предупреждению развития ОПДН с назначением аденоблокаторов и ингибиторов калликреин-кининовой системы. У больных с острой паренхиматозной дыхательной недостаточностью необходимо проводить мониторинг основных метаболических показателей, адекватно характеризующих течение послеоперационного периода и тяжесть ОПДН. К таким показателям относятся ПОЛ, БАВ (гистамин, серотонин, норадреналин).

Только комплексная оценка показателей метаболического ответа должна быть основой для решения вопросов тактики неотложной (интенсивной) терапии. Попытки использования для таких больных искусственной вентиляции легких с положительным давлением в конце вдоха приводит лишь к кратковременному облегчению, т.к. в условиях повышенной проницаемости клеточных мембран раздувание альвеол увеличивают площадь фильтрации и пористость мембран, а повышенное внутригрудное давление замедляет лимфатический дренаж легких.

Поэтому таким больным необходимо проводить активную дезинтоксикационную терапию (в первую очередь гемосорбцию, лимфосорбцию и плазмофорез).

Список литературы:

1. Кассиль В.Л., Золотокрылина Е.С. Острый респираторный дистресс-синдром в свете современных представлений. Ч.2//Вестн.интенсив. терапии -2001. - №1.- С.9-15.
2. Жангелова М.Б., Сейдуалиева Б.С. Проблемы лабораторной диагностики паренхиматозной дыхательной недостаточности.// «Терапевтический вестник» - 2009. - №3 (29). – С.62.

УДК 616.24

**СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Ф.А. Алдешова

Катон-Карагайское ОМ-2, Восточно-Казахстанская область

**СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Алдешова Ф.А.

В статье приведен комплекс клинико-лабораторных тестов, который поможет практикующему врачу принять правильное решение при постановке диагноза хронической обструктивной болезни легких, а также основные препараты, используемые в лечении данной патологии на современном этапе.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, объем форсированного выдоха, жизненная емкость легких, спирометрия.

**CURRENT DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE
PULMONARY DISEASE
(REVIEW OF THE LITERATURE)**

Aldeshova F.A.

Abstract The paper presents a set of clinical and laboratory tests, which will help the practitioner make the correct decision in the diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease, as well as the main drugs used to treat this disease at this stage.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, forced expiratory volume, vital capacity, spirometry.

**СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ӨКПЕ СЫРҚАТЫН ЕМДЕУ ЖӘНЕ
ЗАМАНАУИ НАҚТАМАЛАУ
(ӘДЕБИ ШОЛУ)**

Ф.А.Алдешова

Түйін Мақалада тәжірибеден өтіп жүрген дәрігерге созылмалы обструктивті өкпе сырқаты диагнозын қою кезінде дұрыс шешім қабылдауына көмек беретін клиника-зертханалық тест кешені, сонымен қатар, заманауи кезеңде бұл дерттануды емдеуде қолданылатын негізгі препараттар да келтірілген.

Түйінді сөздері созылмалы обструктивті өкпе сырқаты, жылдамдатылған дем шығару көлемі, өкпенің тіршіліктік сыйымдылығы, спирометрия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является ведущей патологией среди неспецифических хронических обструктивных заболеваний легких. В Казахстане ХОБЛ стоит на четвертом месте среди причин летальности; при этом распространенность ХОБЛ и уровень смертности продолжают расти [1].

Одной из наиболее трудных диагностических проблем для практического врача является различие ХОБЛ и персистирующей обструкции дыхательных путей при хронической астме у людей старческого возраста. Хотя различие иногда выявить невозможно, наличие или отсутствие ряда клинических особенностей может помочь дифференцировать эти два заболевания, что важно для выбора оптимальной тактики лечения.

ХОБЛ чаще страдают мужчины, причем заболеваемость резко повышается с возрастом. Основным фактором риска развития ХОБЛ является вдыхание вредных веществ, особенно сигаретного дыма.

Одышка и хронический кашель - основные симптомы ХОБЛ. В анамнезе - повторяющиеся респираторные инфекции, курение. Одышка развивается в течение многих лет. Кашель, часто усиливающийся по утрам и сопровождающийся мокротой, наблюдается у большинства пациентов и в некоторых случаях является преобладающим клиническим признаком. Однако его

выраженность не коррелирует с тяжестью функционального дефекта. Количество и характер мокроты могут дать полезную информацию для диагностики осложнений (бронхоэктазы) или альтернативного диагноза. Физикальные симптомы у пациентов с ХОБЛ (свистящее дыхание во время форсированного маневра и удлинение времени форсированного выдоха) зависят от степени бронхиальной обструкции, тяжести гипервентиляции легких и строения тела [2].

Для диагностики ХОБЛ используются следующие тесты:

Общие: определение объема форсированного выдоха за 1с. (ОФВ1), жизненной емкости легких (ЖЕЛ) или ФЖЕЛ; тест с бронходилататорами; рентгенография грудной клетки; определение T_{LCO} / K_{CO} .

Специальные показания:

- умеренная или тяжелая форма ХОБЛ - измерение объемов легкого,
- определение S_aO_2 и/или напряжения газов крови, уровня гемоглобина, ЭКГ;
- постоянная гнойная мокрота - культуральное исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам;
- эмфизема у молодых пациентов - определение уровня A_1 -антитрипсина;
- оценка булл - КТ-сканирование;
- непропорциональная одышка - нагрузочный тест, измерение максимальных респираторных давлений;
- подозрение на астму - оценка ответа на бронхоконстрикторы,
- мониторинг пикфлоуметрии;
- подозрение на обструктивное апноэ - изучение ночного сна.

Диагноз ХОБЛ подтверждают признаки эмфиземы при рентгенологическом обследовании, сниженной диффузионной способности легких и хронической гипоксемии, особенно при наличии фактора риска - курения в течение длительного времени. Атопия и заметное улучшение показателей спирометрии после пробы с бронхолитическими средствами или глюкокортикостероидами свидетельствуют в пользу диагноза астмы. Ранние стадии ХОБЛ характеризуются неравномерным распределением сужения периферических дыхательных путей. По мере прогрессирования болезни ОФВ1 и ЖЕЛ снижаются, а остаточный объем (ОО) увеличивается. Значимым прогностическим фактором в отношении смертности от ХОБЛ является уровень ОФВ. Прогноз особенно неблагоприятен при $O_{FV_1} < 50\%$ от должного. Наилучший метод раннего выявления ХОБЛ - серийные измерения O_{FV_1} и соотношения $O_{FV_1}/F_{ЖЕЛ}$ [3].

Использование приведенного комплекса клинико-лабораторных тестов поможет практикующему врачу принять правильное решение при постановке диагноза ХОБЛ.

Несмотря на то, что в большинстве случаев ХОБЛ представляет собой необратимое прогрессирующее заболевание, тактика минимального терапевтического вмешательства неоправданна. Цель лечения ХОБЛ - предотвращение повторяющихся обострений, сохранение оптимальной функции легких и в конечном итоге - оптимизация повседневной активности и улучшение качества жизни.

На современном этапе при лечении больных ХОБЛ с успехом применяются комплексные методики с использованием значительного арсенала медикаментозных и немедикаментозных средств. Программа лечения подбирается

индивидуально с учетом возраста, тяжести состояния больного, давности заболевания, сопутствующей патологии и периода болезни. Применяются антибиотикотерапия (желательно культуральное исследование мокроты); бронхолитическая терапия (β_2 -агонисты, антихолинергические средства и метилксантины); кортикостероиды во время обострения; муколитики и антиоксидантные средства (муколитики и мукокинетики); препараты, стимулирующие дыхание; обязательно - кислородотерапия как в стационаре, так и на дому [4].

Антибиотики. При обострении ХОБЛ бывает трудно идентифицировать патогены. Наиболее часто встречающиеся микроорганизмы – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, а также вирусы. Когда мокрота приобретает гнойный характер, эмпирически назначают 7 – 14-дневный курс антибиотикотерапии. В большинстве случаев назначение недорогих антибиотиков бывает достаточно. Обычно применяют производные амоксициллина, тетрацилина и амоксициллина/клавулановой кислоты. В качестве альтернативы используют цефалоспорины, макролиды и хинолоны. Возрастает частота обострений ХОБЛ, вызванных стафилококком, резистентными гемифильной палочкой и стрептококком. Культуральное исследование мокроты помогает правильно выбрать терапию, если эмпирически назначенное лечение неэффективно [5].

Бронхолитическая терапия. Бронхолитические препараты оказывают расслабляющее действие на гладкую мускулатуру дыхательных путей. Спирометрические ответные реакции наблюдаются не у всех пациентов. Однако в отсутствие спирометрических изменений может произойти симптоматическое и функциональное улучшение. Существуют три группы таких препаратов: β_2 -агонисты, антихолинергические средства и метилксантины.

- β_2 -Агонисты предпочтительно назначать в виде ингаляций, но можно вводить также перорально и парентерально. Эти препараты короткого действия вызывают расширение бронхов в течение нескольких минут, эффект достигает пика через 15 – 30 мин и сохраняется 4 - 5 ч. β_2 -агонисты обладают протективными свойствами при острой провокационной пробе. Это может иметь определенное значение и в клинических условиях, например при воздействии холодного воздуха. При продолжительном применении β_2 -агонистов выраженность бронхолитического действия может несколько уменьшиться. Длительно действующие ингаляционные или пероральные β_2 -агонисты могут применяться у пациентов, у которых симптомы возникают в ночное время или в ранние утренние часы.

- антихолинергические средства (АХС). Бронхолитическое действие АХС проявляется позднее, чем β_2 -агонистов и сохраняется в течение 4-8ч. АХС при ХОБЛ более эффективны, чем при астме. Сравнительная эффективность β_2 -агонистов зависит от применяемых доз. При субмаксимальных дозах сочетание АХС и β_2 -агонистов может давать аддитивный эффект. Результаты применения высоких доз, даже в присутствии теофиллина, свидетельствуют об эквивалентности максимальных эффектов. Но в ряде исследований при применении АХС обнаружено более выраженное улучшение по сравнению с таковым, наблюдаемым при использовании максимальных доз β_2 -агонистов.

- метилксантины. Теофиллин принимают перорально, а аминофиллин можно вводить парентерально. Эти лекарства оказывают сравнимое или менее выраженное бронхорасширяющее действие, чем β_2 -агонисты или АХС. Метилксантины оказывают и другие воздействия, такие как дилатация периферических или легочных сосудов, усиление экскреции соли и воды, стимуляция центральной нервной системы [6].

Кортикостероиды оказывают благоприятное действие при астме, но их роль при ХОБЛ еще не установлена. В этом разделе отражен имеющийся клинический опыт. Пероральные или

системные кортикостероиды назначают эмпирически во время обострения, и это часто дает эффект. В период ремиссии возможно проведение теста с кортикостероидами: для проверки обратимости обструкции дыхательных путей вводят препарат в дозе 0,4 – 0,6 мг/кг в течение 2-4 нед. Увеличение $ОФВ_1$ наблюдается примерно у 10% пациентов со стабильным течением ХОБЛ.

Муколитические и антиоксидантные средства. Применяются два типа муколитических средств: усиливающие распад мукопротеинов, и мукорегуляторы, снижающие вязкость мокроты путем нарушения синтеза сиаломуцинов. В 6-месячном исследовании было показано, что ацетилцистеин снижает частоту и выраженность обострений [7].

Препараты, стимулирующие дыхание. Практика применения препаратов, стимулирующих дыхание, сильно различается в европейских странах. Данные, имеющиеся в настоящее время, не позволяют рекомендовать стимуляторы дыхания для лечения больных ХОБЛ [8].

Исследуемые средства и средства с неподтвержденной эффективностью. Кромогликат натрия, недокромил-натрий и кетотифен оказались неэффективными при ХОБЛ. Антагонисты кальция обладают некоторой бронхорасширяющей активностью, но их терапевтическая роль неясна. Лечение с применением антипротеаз в настоящее время не рекомендуется.

Кислородотерапия спасает жизнь при обострении ХОБЛ [9], увеличивает предполагаемую продолжительность жизни пациентов с хронической ДН. Во время тяжелого обострения ХОБЛ кислород обычно вводят через маску Вентури и носовые канюли и при проведении ИВЛ. Цель – повысить S_aO_2 до уровня не ниже 90% и/или P_aO_2 до уровня от 8,0 кПа (60 мм рт. ст.) без повышения P_aCO_2 более 1,3 кПа (10 мм рт. ст.) или снижения pH до уровня не менее 7,25. Необходим постоянный контроль газового состава артериальной крови.

Длительное лечение кислородом в домашних условиях (ДЛКДУ). Исследования показывают [17,18], что ДЛКДУ улучшает выживаемость пациентов с ХОБЛ и хронической ДН. Критерием для ДЛКДУ является стабильная хроническая ДН в течение 3 – 4 нед. несмотря на оптимальную терапию при $P_aO_2 < 7,3$ кПа (55мм.рт.ст.). ДЛКДУ обычно не назначают пациентам, которые продолжают курить. Потока в 1,5–2,5 л/мин через носовые канюли обычно достаточно, чтобы достичь $P_aO_2 > 8,0$ кПа. Поскольку было показано, что непрерывное введение кислорода больше способствует выживанию, ДЛКДУ следует применять в течение как можно большего количества часов; рекомендуемый минимум – 15 час. в день.

Реабилитация. Немаловажное значение в ведении больных ХОБЛ имеют мероприятия во время ремиссии. Реабилитационные программы с использованием физиотерапии, мышечных тренировок, диеты, психотерапии и обучения позволяют повысить толерантность к физической нагрузке и улучшить качество жизни [10].

Таким образом, при лечении ХОБЛ целесообразен комплексный индивидуальный подход в каждый из периодов заболевания.

Список литературы:

1. Антонов Н.С. Хронические обструктивные заболевания легких: распространенность, диагностика, лечение и профилактика //Автореф. дис. д-ра мед наук. -М.- 2002.-46с.
2. Материалы 16 Национального конгресса по болезням органов дыхания. – М.- 2010.-С.79-87.
3. Буторов И.В., Матковский С.К. Хроническое легочное сердце (патофизиология, лечение и профилактика).- Кишинев.- 2006.-184с.
4. Чучалин А.Г. Пульмонология. Бронхиальная астма./Руководство для врачей России.- М. - 2002.-117с.
5. Волкова Л.И., Штейнгард Ю.Н. Легочная гипертензия при хроническом бронхите (патофизиология, диагностика, лечение и профилактика).-Томск: Изд-во Томского ун-та.- 2000.-198с.

6. Данилов И.П., Макаревич А.Э. Хронический обструктивный бронхит: Эпидемиология, патогенез, клиника и лечение.-Мн.: Беларусь.- 2004.-208с.
7. Заволовская Л.И. Ремоделирование системы кровообращения и дыхания у больных хроническим обструктивным бронхитом //Автореф. дис. д-ра мед. наук.- М.-2006- 38 с.
8. Краснова Ю.Н., Дзининский А.А. Диагностика и лечение ХОБЛ: Стандарты и реальность//Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2005.-№ 2.-С. 60.

9. Тарасенко И.В., Светый Л.И., Кукес В.Г. Оценка применения лекарственных средств для лечения больных ХОБЛ // Клиническая фармакология и терапия.-2006.-Т. 15. № 4. С. 85-86.
10. Александров А.Л., Перлей В.Е., Гичкин А.Ю. и др. Неинвазивная диагностика легочной гипертензии и функция правых отделов сердца у больных хроническими заболеваниями легких// Пособие для врачей - СПб.- 2003.-26с.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

Верхотурцев А., Курманова Г.М.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра постдипломной подготовки по терапии*

В данном обзоре описаны предикторы эффективного лечения вирусного гепатита С. Все факторы, влияющие на исход лечения, были разделены на три большие группы – факторы хозяина, факторы вируса и факторы терапии. К первой группе факторов были отнесены: раса, возраст, пол, степень фиброза печени, масса тела, инсулинорезистентность, алкоголизм и наркотическая зависимость, сопутствующие заболевания (коинфекция) и генотип по IL28B. Во вторую группу входят: генотип вируса, уровень вирусной нагрузки и мутации NS5A. К третьей группе относятся: побочные эффекты противовирусной терапии, низкая приверженность терапии, использование недостаточно эффективного режима. Первые две группы описаны более подробно. Все предикторы были классифицированы как модифицируемые и не модифицируемые факторы. Также, представлены данные по комплексному использованию предикторов для прогнозирования исхода лечения, при помощи «Индекса Прометей» (Prometheus Index).

Ключевые слова: гепатит С, противовирусная терапия, предикторы эффективности, факторы хозяина, факторы вируса.

Созылмалы С вирусты гепатиттің вирусқа қарсы терапияның эффективтілігіне әсер ететін факторлар

Верхотурцев А., Курманова Г.М.

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,

Терапия бойынша дипломнан кейінгі дайындау кафедрасы

Түйін Бұл шолуда С вирусты гепатиттің эффективті емінің предикторлары көрсетілген. Емнің нәтижесіне әсер ететін барлық факторлар үш үлкен топқа бөлінген – қожайын факторлары, вирустың факторлары, терапия факторлары. Факторлардың бірінші тобына келесі жатқызылған: нәсілі, жасы, жынысы, бауырдағы фиброздың деңгейі, дене салмағы, инсулинорезистенттілік, маскүнемдік және нашақорлыққа тәуелділік, қосымша аурулары (коинфекция) және IL28B бойынша генотип. Екінші топқа – вирустың генотипі, вирусты күштеме мен NS5A мутацияның деңгейі кіреді. Үшінші топқа – вирусқа қарсы терапияның жанама әсерлері, терапияның төмен ұстаушылығы, әсері жеткіліксіз тәртіпті қолдану жатады. Бірінші екі топ нақтылау сипатталынған. Барлық предикторлар модификацияланған және модификацияланбаған факторлар деп жіктелінген. Сонымен бірге «Прометей Индексінің» (Prometheus

Index) көмегімен емнің нәтижесін болжау үшін, комплексті түрде қолданатын предикторлар көрсетілген.

Түйінді сөздер: С гепатиті, вирусқа қарсы терапия, эффективтіліктің предикторлары, қожайын факторлары, вирустың факторлары.

The factors which have influence on chronic hepatitis C antiviral treatment outcomes

Verchoturtsev A.V., Kurmanova G.M.

KazNMU

Abstract Review of HCV-infection treatment efficiency predictors. All the factors which have influence on treatment outcomes have been divided into three major groups: host factors, viral factors and therapy factors. The first group of factors includes race, age, degree of liver fibrosis, weight, resistance to insulin, alcohol and drug abuse, co-infection, and IL28B genotyping. The second group includes viral genotype, viral load level, and mutations in the NS5A region. The third group comprises side effects of antiviral therapy, low adherence to therapy, applying the insufficient treatment scheme. The first two groups are described in greater detail in this article. All predictors have been classified as modifiable and non-modifiable factors. The article also presents data on the integrated use of predictors for prognosticating treatment outcome by the means of "Prometheus Index".

Keywords hepatitis C, antiviral therapy, predictors of the treatment outcome, host factors, viral factors.

Согласно последнему консенсусу по гепатиту С [1], практически все больные с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГ С) подлежат лечению – противовирусной терапии (ПВТ).

Перед началом лечения больных ХВГ С пегилированным интерфероном и рибавирином, можно прогнозировать исход лечения. После начала лечения наиболее существенным фактором является динамика вирусной нагрузки в первые 3 месяца лечения. Кроме того, был выявлен целый ряд предикторов эффективности лечения ХВГ С, которые можно разделить на 3 большие группы:

- факторы хозяина, которые определяются генотипом и состоянием организма пациента;
- факторы, определяющиеся особенностями вируса гепатита С;
- факторы, зависящие от терапии.

Было показано, что *раса* имеет значительное влияние на терапию ХВГ С. У пациентов африканской расы с 1 генотипом HCV, стойкий вирусологический ответ (СВО), при терапии ПЕГ-интерфероном и рибавирином, достигается в менее 1/3 случаев, по сравнению с более 50% СВО у пациентов европейской расы с 1 генотипом HCV [2]. Латинские нации (латиноамериканцы, испанцы, португальцы) также менее

чувствительны к обычной терапии гепатита С по сравнению с европейцами [3].

Влияние расовой принадлежности пациентов на ПВТ нельзя считать абсолютным предиктором неудачи терапии. Сейчас уже доказано, что значение имеет социальный статус, уровень образования и медицинского обслуживания, которые у пациентов африканской и латинских рас ниже [4].

Таблица 1.

Факторы хозяина	Факторы вируса	Факторы терапии
Раса	Генотип	Низкая приверженность терапии*
Возраст		
Пол		
Степень фиброза	Вирусная нагрузка	Побочные действия*
Масса тела*		
Инсулинорезистентность*		
Алкогольная и наркотическая зависимость*	Мутации NS5A	Использование недостаточно эффективного режима*
Сопутствующие заболевания (коинфекция)*		
Генотип IL28B		
*- модифицируемые факторы		

Считается, что молодой *возраст* является предиктором СВО у пациентов с ХВГ С. Однако у пациентов в возрасте большее значение играет наличие сопутствующей патологии, возрастные иммунологические нарушения и давность инфицирования.

Уровень *фиброза печени* — независимый фактор прогноза достижения СВО при ПВТ ХВГ С [5]. Ответ на ПВТ и уровень прогрессирования фиброза при ХВГ С обусловлены рядом общих факторов, включающих пол, возраст, генотип HCV, вирусную нагрузку. Не первый генотип HCV, низкая вирусная нагрузка и ранняя стадия фиброза печени являются благоприятными факторами, определяющими ответ на ПВТ. Кроме того, женский пол, молодой возраст также относятся к прогностическим факторам эффективности терапии. У молодых женщин и детей имеется низкий риск прогрессирования фиброза [5].

Оценивая влияние различных факторов на показатели СВО при хронической HCV-инфекции с F3- и F4-стадией фиброза, авторы показали, что в монофакторном анализе генотип HCV являлся сильным прогностическим фактором, определяющим низкий уровень СВО при наличии 1, 4, 5 или 6-го генотипов вируса. СВО в этой группе больных составил 19% в отличие от 45% в группе со 2-м или 3-м генотипом HCV. Стадии фиброза F2-F4 также являлись отрицательными прогностическими факторами для ответа на ПВТ [5].

Не менее важны в успехе терапии режим и длительность ПВТ: СВО чаще отмечался при комбинированной терапии и длительности лечения 48 недель. Другие признаки, включенные в монофакторный анализ (возраст при проведении ПВТ, пол, продолжительность болезни и вирусная нагрузка), не влияли на уровень СВО [5].

Многофакторный анализ подтвердил сильное прогностическое значение в достижении СВО не 1-го генотипа HCV, медленное прогрессирование фиброза. Комбинированная ПВТ ПЕГ-интерфероном альфа и рибавирином в течение 48 недель также являлись благоприятными факторами прогноза лечения при ХВГ С (F3) и циррозе печени (ЦП) в исходе гепатита С (F4). Такие факторы, как пол и возраст не влияли на частоту СВО, однако такой признак, как высокая вирусная нагрузка, ассоциировался с низким успехом лечения [5].

Обоснованием для лечения ХВГ С с продвинутой стадией фиброза (F3 по Metavir) или сформировавшимся ЦП (F4) являются данные о снижении риска декомпенсации цирроза

печени и риска развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), а также регресс фиброза у 60% больных, получающих ПВТ. Наличие портального фиброза или цирроза — независимый фактор низкого уровня СВО у HCV-инфицированных больных. Больные ЦП в исходе гепатита С обычно плохо отвечают на стандартную монотерапию интерфероном альфа: СВО колеблется от 5% до 20% [5].

Применение пегилированных интерферонов в терапии компенсированного ЦП в исходе гепатита С позволило повысить СВО с 15% до 30%. Следует отметить, что монотерапия ПЕГ-интерфероном альфа дает гистологическое улучшение у 54% больных компенсированным ЦП в исходе гепатита С. При использовании комбинированной терапии пегилированным интерфероном альфа-2b и рибавирином СВО достигает 44% [5]. В сравнительном исследовании эффективности ПЕГ-интерфероном альфа-2a и ПЕГ-интерфероном альфа-2b у больных ЦП в исходе гепатита С наличие выраженного фиброза являлось отрицательным прогностическим фактором достижения раннего вирусологического ответа (РВО) (через 4 недели: 40% при применении ПЕГ-интерфероном альфа-2b и рибавирина и 42% - ПЕГ-интерфероном альфа-2a и рибавирина). В конце 24 недель ПВТ вирусологический ответ в первой группе больных ЦП в исходе гепатита С составил 60%, во второй — 83% [5].

Таким образом, ПЕГ-интерферон альфа-2a может быть препаратом выбора в комбинированной терапии ЦП в исходе гепатита С, СВО при компенсированном ЦП может достичь 50%. Даже несмотря на отсутствие вирусологического ответа при лечении ЦП в исходе гепатита С, отмечается улучшение гистологической картины в печени — снижение индекса гистологической активности (ИГА). Наиболее значимы изменения морфологических данных при достижении СВО [5]. Наличие ЦП повышает частоту миелосупрессии с развитием лейкопении и тромбоцитопении. В ПВТ включают больных ЦП в исходе гепатита С с уровнем лейкоцитов до 2000 и тромбоцитов 40 000-100 000, ПЕГ-интерферон отменяют при снижении лейкоцитов ниже 1500 и тромбоцитов ниже 20 000. Модификация дозы ПЕГ-интерфероном или рибавирина (снижение дозы или отмена препарата) в связи с побочными эффектами отмечена у 50% больных ЦП [5].

В зависимости от достижения РВО на 12-й неделе предложены различные варианты лечения ЦП в исходе гепатита С:

продолжение комбинированной терапии в максимально эффективных дозах в течение 36 недель при отсутствии виремии на 12-й неделе ПВТ или лечение небольшими дозами ПЕГ-интерферона -альфа-2b 0,5 мкг/кг в течение 5 лет при отсутствии РВО на 12-й неделе (ЕРІС3) [5].

Оценивается эффективность малых доз 0,5 мкг/кг в течение 4 лет в сопоставлении с колхицином 0,5 мг/сутки в проводимом исследовании COPILLOT у больных с неэффективностью предшествующей моно- или комбинированной терапии ребетолом, ПЕГ-интерфероном-альфа-2b и рибавирином [5].

Необходимо с осторожностью прибегать к противовирусной терапии у больных ХВГ С с мостовидным фиброзом или циррозом, учитывая высокую вероятность прогрессирования заболевания и риск развития печеночной недостаточности. Чем выше степень фиброза, тем ниже скорость развития вирусологического ответа [6,7,8,9]. Исследование HALT-C (Hepatitis C Antiviral Long-term Treatment Against Cirrhosis) показало, что СВО в ответ на терапию ПЭГ-интерфероном и рибавирином варьировались от 23% у пациентов ХВГ С (генотип 1) с фиброзом и уровнем тромбоцитов > 125 000 клеток/мм³, и только у 9% пациентов с циррозом печени и уровнем тромбоцитов ≤ 125 000 клеток/мкл [9].

Метаболические факторы, влияющие на СВО.

Ряд метаболических факторов, таких как ожирение, инсулинорезистентность, а также наличие стеатоза печени может повлиять на результат противовирусной терапии.

Ожирение может стать причиной отсутствия ответа к противовирусной терапии, однако данные по этому вопросу противоречивы. Субоптимальный ответ на противовирусную терапию отчасти может быть связан с недостаточной дозировкой рибавирина [10,11,12].

Исследования, проведенные у больных ХВГ С (1 генотип) показали, что лишь 32,8% лиц, имеющих *резистентность к инсулину*, достигнут СВО, по сравнению с 60,5% тех, у кого ее нет [13]. Было доказано, что применение метформина в сочетании с ПЕГ-интерфероном и рибавирином может увеличить процент СВО среди пациентов с инсулинорезистентностью (58% против 29%) [14].

Стеатоз печени часто присутствует у больных ХВГ С и свидетельствует об агрессивном течении заболевания. Кроме того есть данные о том, что наличие стеатоза снижает вирусологический ответ на стандартную терапию ПЕГ-интерфероном и рибавирином [15].

Известно, что *употребление алкоголя* значительно снижает выживаемость больных вирусным циррозом печени: 5-летней выживаемости достигают лишь 43%, значительно отличаясь в группе ЦП Чайлд А (66%), Чайлд В (50%) и Чайлд С (25%). При сохраняющемся приеме алкоголя у больных ЦП в исходе гепатита С риск смерти повышается в пожилом возрасте, при наличии печеночно-клеточной дисфункции Чайлд В или С, желудочно-кишечного кровотечения, двойной вирусной инфекции (HBV, HCV), курении и отсутствии признаков острого алкогольного гепатита при биопсии печени [5].

При употреблении 50 г и более этанола среднее время развития ЦП в исходе гепатита С составляет 13,5 года. Среди механизмов влияния алкоголя на прогрессирование HCV-инфекции отмечают активацию репликации вируса гепатита С, рост разнообразия квазивидов и мутаций вируса, увеличение гибели (апоптоза) гепатоцитов, подавление иммунного ответа хозяина и нарастание стеатоза, повышение уровня железа в печени [5].

Все это провоцирует быстрое прогрессирование болезни, высокую частоту формирования ЦП и ГЦК, более выраженные гистологические изменения в печени и низкую эффективность интерферонотерапии. Эффективность ПВТ при ХВГ С у лиц, употребляющих алкоголь, в 3 раза ниже стандартных показателей СВО: при монотерапии интерфероном альфа СВО снижается до 7-8% по сравнению с больными ХВГ С, не

употребляющими алкоголь (СВО 25%); при комбинированной терапии – до 12-14% по сравнению с 41% [5].

Не существует безопасных доз алкоголя для больных ХГ С. Рекомендуется отказ от приема алкоголя за 6 месяцев до предполагаемой ПВТ. Отказ от алкоголя улучшает результаты противовирусного лечения, однако СВО не достигает показателей, свойственных больным, не употреблявшим алкоголь в прошлом. Таким образом, обязательным условием ПВТ при ХВГ С является отказ от приема алкоголя за 6 месяцев до предполагаемого лечения, в течение всего периода терапии и 3-летнего наблюдения за результатом ПВТ. Показано, что возврат к приему алкоголя по окончании противовирусного лечения повышает риск обострения ХВГ С и рецидива виремии [5].

Сопутствующие заболевания (коинфекция)

Коинфекция HCV и ВИЧ или HBV является серьезной проблемой здравоохранения в связи с быстрым прогрессированием ХВГ С в этих группах больных. У больных ХВГ С, коинфицированных HBV или HDV, по сравнению с больными с моноинфекцией отмечены более высокий ИГА, большая частота фиброза и ЦП, высокий риск формирования ГЦК, а также неудовлетворительный ответ на интерферонотерапию. В связи с общими механизмами инфицирования больные хроническим гепатитом С являются группой риска инфицирования HBV, HDV, ВИЧ. Поэтому всем больным ХВГ С рекомендуется вакцинация против гепатита В [5]. ВИЧ-инфекция ухудшает гистологическую картину в печени при ХВГ С, обуславливая нарастающую частоту и быстрое прогрессирование цирроза печени и в редких случаях формируя фиброзирующий холестатический гепатит вследствие прямого цитопатического эффекта вируса гепатита С при высокой виремии, что приводит к накоплению вирусных белков в эндоплазматическом ретикулуме, смерти гепатоцитов и летальному исходу иммунокомпроментированных больных [5]. Частота ЦП в 2-5 раз чаще встречается у ВИЧ-HCV-коинфицированных пациентов. Более 30% ВИЧ-инфицированных больных имеют хроническую инфекцию вируса гепатита С. Среди механизмов формирования ЦП при ВИЧ-инфекции отмечают влияние снижения CD4+ Т-лимфоцитов на рост квазивидов HCV и селекцию квазивидов с повышенной цитопатогенностью [5].

ВИЧ-инфекция может иметь прямой цитопатический эффект на гепатоциты или изменяет профиль цитокинов, стимулируя фиброгенез или снижая продукцию антифибротических факторов [5].

Наличие HCV-инфекции у ВИЧ-инфицированных снижает эффективность антиретровирусной терапии и увеличивает частоту побочных эффектов ПВТ [5].

Достижения антиретровирусной терапии СПИДа значительно улучшили качество и продолжительность жизни больных. В последние годы причиной смерти у данной группы больных в 50% случаев является декомпенсированный цирроз печени в исходе гепатита С, поэтому раннее лечение ВИЧ-HCV-коинфицированных больных является основной стратегией для предотвращения быстрого прогрессирования болезни [5].

СВО комбинированной терапии интерфероном альфа и рибавирином ХВГ С при ВИЧ-инфекции достигает лишь 12%. ПВТ сопровождается частыми побочными реакциями в связи с лекарственными взаимоотношениями, плохой переносимостью и, как следствие, низкой приверженностью к лечению.

Применение пегилированных интерферонов альфа увеличивает СВО в два раза по сравнению с комбинированной терапией интерфероном альфа и рибавирином. Оценивается эффективность комбинированной ПВТ ПЕГ-интерфероном и рибавирином, которая у больных с 1-м генотипом HCV достигает 29% СВО; при 2-м и 3-м генотипах – 62% СВО [5].

Комбинированная терапия ХВГ С и ВИЧ-инфицированных пегилированными интерферонами альфа приводит к значительному повышению СВО в общей группе больных HCV-

ВИЧ коинфекцией в сравнении с короткоживущим интерфероном альфа (40% СВО и 12% соответственно) [5].

Возможность *окультной HBV инфекции* у больных HCV оказалась высокой у больных серопозитивных по anti-HBs и anti-HBc (46-80%), однако ни один из этих маркеров нельзя считать предиктором окультной HBV инфекции. [24, 25] В одном из исследований HBV-ДНК были обнаружены в сыворотке крови 4 из 53 пациентов с ХГС, не зависимо от титра anti-HBc [26]. В исследовании Li-Wei, Chen и соавторов окультная HBV инфекция была обнаружена только у 9% больных ХГС, которые были серопозитивными по anti-HBs и anti-HBc. Таким образом окультная инфекция HBV не может быть предсказана по титру anti-HBs и anti-HBc [27].

Хотя у пациентов, серонегативных по HBsAg, но серопозитивных по anti-HBs с выработавшимся иммунитетом против вирусного гепатита В, возможно обнаружение HBV-ДНК в сыворотке крови. Одной из причин невозможности обнаружения HBsAg у пациентов с ХВГ С является то, что белки ядра HCV подавляют транскрипцию, репликацию и инкапсуляцию HBV [28].

Исследования, проведенные Fukuda и соавторами, показало, что частота ответа на интерферонотерапию ниже у пациентов с коинфекцией HCV+HBV, чем у пациентов с моноинфекцией HCV [29]. Однако, исследование проведенное Као и соавт. и Liu и соавт. показали, что наличие окультной HBV инфекции не влияет на ответ на стандартную терапию ПЕГ-интерфероном у пациентов из районов эндемичных по HBV [25, 30]. Исследование проведенное Li-Wei, Chen и соавторами, подтвердило, что уровень вирусологического ответа на комбинированную терапию ПЕГ-интерфероном и рибавирином у пациентов с коинфекцией HCV+HBV был схож с уровнем вирусологического ответа у пациентов с моноинфекцией HCV (83,3% против 82,2% в конце лечения, 50% против 66,3% после 6-ти месяцев терапии) [28].

Различия в результатах у разных авторов могут быть связаны с тем, что не была учтена давность инфицирования и стадия HBV. По данным Liu и соавторов было выявлено, что у пациентов с коинфекцией HBV+HCV наблюдаются взаимодействия между вирусными гепатитами С и В [30]. У 24% пациентов с коинфекцией HBV+HCV после достижения СВО выявлялась ненормальная активность уровня АЛТ в сыворотке, что свидетельствует о реактивации гепатита В или об остаточных явлениях гепатита В, после клиренса HCV инфекции. По данным Li-Wei, Chen и соавторов, у трех коинфицированных HCV+HBV пациентов с СВО были также выявлены ненормальные уровни АЛТ [28]. Таким образом, в данном исследовании нельзя исключать взаимодействие между вирусами гепатита В и С, и реактивации HBV инфекции [28].

Для Казахстана, как региона эндемичного по гепатиту В, необходимо определение антигенов и антител к гепатиту В как во время лечения, так и после завершения противовирусной терапии больного гепатитом С. Как видно из вышеприведенных данных коинфекция с HBV не влияет на результаты лечения ХВГ С, но при подавлении инфекции HCV возможна реактивация латентной инфекции HBV и, в дальнейшем, уже она может определять прогноз хронической патологии и жизни, стать причиной развития ГЦК.

Роль генотипа хозяина по IL28B

Приблизительно у 20-30% людей наблюдается спонтанный клиренс вируса при остром течении гепатита С. Предполагалась зависимость генетических различий индивидуумов, чтобы объяснить различные исходы болезни у разных людей, зараженных одним и тем же штаммом вируса, и поэтому существуют различия в течении болезни в разных этнических группах [16,17]. Изменение в генах, участвующих в иммунном ответе, уже были связаны с исходом острой инфекции HCV [18,19], по-видимому из-за различий в силе и качестве иммунного ответа. Однако большинство случаев спонтанного клиренса HCV остаются невыясненными [22].

Последние исследования генома у более 1600 пациентов с ХВГ С, получающих стандартное лечение пегилированным интерфероном и рибавирином, выявили одиночный нуклеотидный полиморфизм (single nucleotide polymorphism) на хромосоме 19q13, rs12979860, что было тесно связано с устойчивым вирусологическим ответом (СВО) [20,21]. Этот одиночный нуклеотидный полиморфизм, располагается рядом с геном IL28B, который кодирует третий тип IFN- λ 3 (type III IFN- λ 3) [22].

С/С генотип был связан с 2,5 раза и более высокими уровнями (в зависимости от этнической принадлежности) СВО по сравнению с Т/Т генотипом. В результате чего были сделаны выводы, что С аллель может способствовать спонтанному клиренсу HCV [22].

Чтобы доказать непосредственную роль одиночного нуклеотидного полиморфизма rs12979860 в спонтанном клиренсе HCV, были генотипированы 1008 человек из 6 независимых когорт, состоящих из лиц со спонтанным клиренсом HCV (n5388) и лиц с хроническим течением заболевания (n5620). Частота встречаемости аллеля С, была значительно выше у лиц европейского происхождения, чем у лиц африканского происхождения, как в группах со спонтанным клиренсом HCV, так и в группах с хроническим течением заболевания. Однако, в обеих этнических группах, были значительные различия в частоте встречаемости аллелей (С и Т) как в группах со спонтанным клиренсом, так и в группах с хроническим течением заболевания. Так, С аллель чаще встречался в группах со спонтанным клиренсом по отношению к группе с персистирующим течением (80,3% против 66,7% у лиц европейского происхождения, и 56,2% против 37% у лиц африканского происхождения) [22].

Более существенные различия наблюдаются при анализе генотипов, где пациенты с генотипом С/С в 3 раза чаще давали клиренс вируса, по сравнению с С/Т и Т/Т генотипами. Стратификация данного анализа по этнической принадлежности показала, что прочность защитного эффекта С/С генотипа аналогична у лиц африканского и европейского происхождения [22].

Факторы вируса.

Сильным предиктором ответа на лечение гепатита С является *генотип вируса*. 1 генотип вируса гепатита С, меньше реагирует на стандартную противовирусную терапию, чем генотип 2 и 3. Крупные исследования, демонстрирующие эффективность комбинированной терапии пегилированным интерфероном и рибавирином, показали, что у пациентов с 1 генотипом вероятность достижения СВО равняется 40% [6,7]. У пациентов же со 2 и 3 генотипами вероятность достижения СВО составляет 80% [6,7].

Базовая вирусная нагрузка была определена как независимый предиктор ответа на лечение пегилированным интерфероном и рибавирином [6,7,8]. Пациенты с высокой предварительной вирусной нагрузкой ($\geq 400\ 000$ МЕ/мл) имеют более низкий процент СВО, чем пациенты с более низкой вирусной нагрузкой (42% против 78% соответственно). [6,23]

Исследования, проведенные Enomoto и соавторами, выявили, что *мутации в неструктурных белках HCV NS5A* в регионе, который отвечает за чувствительность к интерферону (IFN-sensitivity-determining region - ISDR) у японских пациентов с 1 и 2 генотипом могут служить предиктором СВО. В зависимости от количества мутаций в регионе ISDR, Enamoto и соавторы предложили следующую классификацию: дикого типа (идентичные HCV-J), среднего типа (1-3 мутации) и мутантного типа (≥ 4 мутаций) [31].

M Pascu и соавторы опубликовали данные по 1230 пациентам в основном из Европы и Японии с генотипом 1b, получавшие интерферонотерапию как в моно, так и в комбинации с рибавирином, которые были проанализированы методом логистической регрессии [32].

Результаты: распределение диких, средних и мутантного типа последовательностей региона ISDR значительно отличались

между японской ($n = 655$) (44,1%, 37,6% и 18,3%) и европейской расой больных ($n = 525$) (24,8%, 63,4 %, и 11,8%, $p < 0,001$). Была выявлена достоверная положительная корреляция между числом мутаций ISDR и СВО, независимо от географического региона. Вероятность того, что СВО с каждой дополнительной мутацией в ISDR регионе был значительно более выраженным у пациентов из Японии в сравнении с европейскими пациентами (отношение шансов 1,82 к 1,39). Предварительная вирусная нагрузка $< 6,6$ логарифмов копий/мл и вариант ISDR мутантного типа был связан с СВО у 97,1% пациентов из Японии, но только в 52,5% случаев у пациентов из Европы. Предварительная вирусная нагрузка была более сильным предиктором СВО, чем мутации в ISDR регионе у пациентов из Японии, в то время как у пациентов из Европы оба эти параметра сильно влияли на СВО [32].

В то же время Sheng-Shun Yang и соавторы [33] представили данные по исследованиям влияния изменчивости в ISDR регионе на достижение СВО у пациентов из Тайваня с генотипом 1b. Скорость СВО у (30%) пациентов, получавших комбинированную терапию ПЕГ-интерфероном и рибавирином в течение 6 месяцев была сопоставима с предыдущими докладами [34,35]. Тем не менее, результаты не показали никакой корреляции между генетической гетерогенностью NS5A региона и реагированием на комбинированную терапию. Это наблюдение отличается от предыдущих докладов из Японии, где реагирование на терапию интерфероном было связано с высоким уровнем мутаций NS5A ISDR региона у пациентов с генотипом 1b и 2a [36-40]. Эти данные сопоставимы с другими недавними сообщениями из Европы [41, 42], США [43], и Тайваня [44, 45], которые свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи между ответом на терапию интерфероном и мутаций NS5A. Интересно, что корреляция между реагированием на интерферонотерапию, и числом аминокислотных замен в ISDR, увеличивается при проведении комбинированной терапии интерфероном и рибавирином. [46] Исходя из вышеприведенных докладов, можно сделать выводы, о том, что на данный момент мутации в ISDR регионе неструктурных протеинов NS5A нельзя считать абсолютным предиктором достижения СВО у больных ХВГ С. Также, в большинстве этих исследований не учитывались другие значимые предикторы достижения СВО, такие как степень фиброза печени и генотип IL28B. На данный момент вопрос о роли мутаций NS5A в достижении СВО остается открытым.

Заключение

Существует большое количество предикторов успешного лечения ХВГ С, их роль и значимость в прогностическом плане также различна. Среди факторов хозяина наибольшее прогностическое значение имеют степень фиброза печени и генетический вариант по IL28B. Из факторов вируса, наибольшее значение имеют предварительная вирусная нагрузка и генотип. Оценивая пациента по данным параметрам, можно подобрать необходимую схему лечения сейчас, или отложить лечение до появления новых препаратов, при лечении которыми, можно не учитывать некоторые из вышеописанных предикторов. Например, клиническими испытаниями было доказано, что добавление к стандартной схеме лечения ПЕГ-интерфероном и рибавирином ингибитора протеаз [47,48] (препараты Восегревил и Теларгевир), можно увеличить процент СВО у пациентов, имеющих «неблагоприятный» генотип по IL28B. Все предикторы необходимо учитывать в ассоциации друг с другом. Одним из примеров комплексной оценки предикторов эффективности противовирусной терапии является созданный José Medrano и соавторами «Индекс Прометея» (Prometheus Index) [49], который учитывает уровень предварительной вирусной нагрузки, генотипы вируса (1 и 4, 2 и 3), степень фиброза печени и генетический вариант по IL28B. При помощи данного индекса можно до начала лечения предсказать вероятность СВО. Все вышеперечисленные предикторы эффективности противовирусной терапии относятся к не модифицируемым

факторам. Не стоит также забывать о том, что существует большое количество модифицируемых предикторов, таких как наличие сопутствующей патологии, различные метаболические нарушения (ожирение, инсулинорезистентность), вредные привычки (прием алкоголя и курение). Всегда необходимо помнить, что отдельно взятый предиктор эффективности лечения не может стать залогом успеха в лечении ХВГ С.

Список литературы:

1. Европейский консенсус по вирусному гепатиту С, 2007, 2011
2. Conjeevaram HS, Fried MW, Jeffers LJ, et al. Peginterferon and ribavirin treatment in African American and Caucasian American patients with hepatitis C genotype 1// *Gastroenterology*. 2006;131:470-477.
3. Rodríguez-Torres M. Latinos and chronic hepatitis C: a singular population// *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2008;6:484-490.
4. Viral hepatitis C. <http://www.medscape.com>
5. Лечение трудных пациентов с ХВГ С // Журнал "Доктор.Ру", выпуск 2004-05.
6. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial // *Lancet*. 2001;358:958-965.
7. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection// *N Engl J Med*. 2002;347:975-982.
8. Hadziyannis SJ, Sette H, Jr., Morgan TR, et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose // *Ann Intern Med*. 2004;140:346-355.
9. Everson GT, Hoefs JC, Seeff LB, et al. Impact of disease severity on outcome of antiviral therapy for chronic hepatitis C: Lessons from the HALT-C trial // *Hepatology*. 2006;44:1675-1684.
10. Zeuzem S, Feinman SV, Rasenack J, et al. Peginterferon alfa-2a in patients with chronic hepatitis C // *N Engl J Med*. 2000;343:1666-1672.
11. Shiffman ML, Di Bisceglie AM, Lindsay KL, et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin in patients with chronic hepatitis C who have failed prior treatment // *Gastroenterology*. 2004;126:1015-1023; discussion 947.
12. Bressler BL, Guindi M, Tomlinson G, Heathcote J. High body mass index is an independent risk factor for nonresponse to antiviral treatment in chronic hepatitis C // *Hepatology*. 2003;38:639-644.
13. Romero-Gomez M, Del Mar Viloria M, Andrade RJ, et al. Insulin resistance impairs sustained response rate to peginterferon plus ribavirin in chronic hepatitis C patients // *Gastroenterology*. 2005;128:636-641.
14. Romero-Gomez M, Diago M, Andrade RJ, et al. Treatment of insulin resistance with metformin in naive genotype 1 chronic hepatitis C patients receiving peginterferon alfa-2a plus ribavirin// *Hepatology* 2009;50:1702-1708.
15. Lok AS, Everhart JE, Chung RT, et al. Hepatic steatosis in hepatitis C: comparison of diabetic and nondiabetic patients in the hepatitis C antiviral long-term treatment against cirrhosis trial// *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:245-254.
16. Kenny-Walsh, E. Clinical outcomes after hepatitis C infection from contaminated anti-D immune globulin. *Irish Hepatology Research Group //N. Engl. J. Med.* 340, 1228-1233 (1999).
17. Thomas, D. L. et al. The natural history of hepatitis C virus infection: host, viral, and environmental factors // *J. Am. Med. Assoc.* 284, 450-456 (2000).
18. Thio, C. L. Host genetic factors and antiviral immune responses to hepatitis C virus // *Clin. Liver Dis.* 12, 713-726 (2008).
19. Thio, C. L., Thomas, D. L. & Carrington, M. Chronic viral hepatitis and the human genome // *Hepatology* 31, 819-827 (2000).

20. Ge, D. et al. Genetic variation in IL28B predicts hepatitis C treatment-induced viral clearance // *Nature advance online publication* doi:10.1038/nature08309 (16 August 2009).
21. McHutchison, J. G. et al. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection // *N. Engl. J. Med.* 361, 580–593 (2009).
22. Genetic variation in IL28B and spontaneous clearance of hepatitis C virus // *Vol 461|8 October 2009|* doi:10.1038/nature08463
23. Ghany MG, Strader DB, Thomas DL, Seeff LB. American Association for the Study of Liver Diseases. AASLD Practice Guidelines: Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C: an update // *Hepatology.* 2009;49:1335-1374.
24. Uchida T, Kaneita Y, Gotoh K et al. Hepatitis C virus is frequently coinfecting with serum marker-negative hepatitis B virus: probable replication promotion of the former by the later as demonstrated by *in vitro* cotransfection // *J. Med. Virol.* 1997; 52: 399–405.
25. Kan JH, Chen PJ, Lai MY, Chen DS. Occult hepatitis B virus infection and clinical outcomes of patients with chronic C // *J. Clin. Microbiol.* 2002; 40: 4068–71.
26. Sheu JC, Huang GT, Shih LN et al. Hepatitis C and B viruses in hepatitis B surface antigen-negative hepatocellular carcinoma // *Gastroenterology* 1992; 103: 1322–7.
27. Li-Wei Chen; Rong-Nan Chien; Cho-Li Yen; Jia-Jang Chang; Ching-Jung Liu; Chih-Lang Lin Interferon/Ribavirin in Chronic Hepatitis C Patients With Occult Hepatitis B // *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(2):259-263. © 2010
28. Chen SY, Kao CF, Chen CM et al. Mechanisms for inhibition of hepatitis B virus gene expression and replication by hepatitis C virus core protein // *J. Biol. Chem.* 2003; 278: 591–607.
29. Fukuda R, Ishimura N, Niigaki M et al. Serologically silent hepatitis B virus coinfection in patients with hepatitis C virus-associated chronic liver disease: clinical and virological significance // *J. Med. Virol.* 1999; 58: 201–7.
30. Liu CJ, Chuang WL, Lee CM et al. Peginterferon alfa-2a plus Ribavirin for the treatment of dual chronic infection with hepatitis B and C viruses // *Gastroenterology* 2009; 136: 496–504.
31. Murakami et al., Mutations in Nonstructural Protein 5A Gene and Response to Interferon in Hepatitis C Virus Genotype 2 Infection // *Hepatology,* October 1999
32. M Pascu, P Martus, M HoEhne, B Wiedenmann, U Hopf, E Schreier, T Berg, Sustained virological response in hepatitis C virus type 1b infected patients is predicted by the number of mutations within the NS5A-ISDR: a meta-analysis focused on geographical differences.
33. Sheng-Shun Yang; Ming-Yang Lai; Ding-Shinn Chen; Gran-Hum Chen; Jia-Horng Kao, Mutations in the NS5A and E2-PePHD Regions of Hepatitis C Virus Genotype 1b and Response to Combination Therapy of Interferon Plus Ribavirin // *Liver International.* 2003;23(6) © 2003 Blackwell Publishing
34. Mchutchison J G, Gordon S C, Schiff E R, et al. Interferon α -2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C // *N Engl J Med* 1998; 339: 1485-92.
35. Poynard T, Marcellin P, Lee S S, et al. Randomized trial of interferon alpha2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus // *Lancet* 1998; 352: 1426-32.
36. Enomoto N, Sakuma I, Asahina Y, et al. Comparison of full-length sequences of interferon-sensitive and resistant hepatitis C virus 1b. Sensitivity to interferon is conferred by amino acid substitutions in the NS5A region // *J Clin Invest* 1995; 96: 224-30.
37. Enomoto N, Sakuma I, Asahina Y, et al. Mutations in the nonstructural protein 5A gene and response to interferon in patients with chronic hepatitis C virus 1b infection // *N Engl J Med* 1996; 334: 77-81.
38. Chayama K, Tsubota A, Kobayashi M, et al. Pretreatment virus load and multiple amino acid substitutions in the interferon sensitivity-determining region predict the outcome of interferon treatment in patients with chronic genotype 1b hepatitis C virus infection // *Hepatology* 1997; 25: 745-9.
39. Murakami T, Enomoto N, Kurosaki M, et al. Mutations in nonstructural protein 5A gene and response to interferon in hepatitis C virus genotype 2 infection // *Hepatology* 1999; 30: 1045-53.
40. Makoto K, Kazumasa W, Masatoshi I, et al. Amino acid substitutions in the nonstructural region 5A of hepatitis C virus genotypes 2a and 2b and its relation to viral load and response to interferon // *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 988-98.
41. Squadrito G, Orlando M E, Cacciola I, et al. Long-term response to interferon alpha is unrelated to 'interferon sensitivity determining region' variability in patients with chronic hepatitis C virus-1b infection // *J Hepatol* 1999; 30: 1023-7.
42. Chung R T, Monto A, Diestag J L, et al. Mutations in the NS5A region do not predict interferon-responsiveness in American patients infected with genotype 1b hepatitis C virus // *J Med Virol* 1999; 58: 353-8
43. Taylor R T, Shi S T, Romano P R, et al. Inhibition of the interferon-inducible protein kinase PKR by HCV E2 protein // *Science* 1999; 285: 107-10.
44. Lo S Y, Lin H H. Variations within hepatitis C virus E2 protein and response to interferon treatment // *Virus Res* 2001; 75: 107-12.
45. Hung C H, Lee C M, Lu S N, et al. Mutations in the NS5A and E2-PePHD region of hepatitis C virus type 1b and correlation with the response to combination therapy with interferon and ribavirin // *J Viral Hepatitis* 2003; 10: 87-94.
46. Sarrazin C, Berg T, Lee J H, et al. Improved correlation between multiple mutations within the NS5A region and virological response in European patients chronically infected with hepatitis C virus type 1b undergoing combination therapy // *J Hepatol* 1999; 30: 1004-13.
47. Caroline Helwick, Telaprevir-Based HCV Treatment Benefits All IL28B Genotypes // www.medscape.com
48. Emma Hitt, FDA Approves Boceprevir for HCV // www.medscape.com
49. Jim Kling, Prometheus Index Predicts Hepatitis C Treatment Response // www.medscape.com.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУРБИПРОФЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ*Мухамеджанова М.Х., Кайыргали Ш.М., Жуматаева С.А., Каирбаева С.М.**КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова,**Городская поликлиника № 8**г. Алматы*

Проведенное исследование позволило сделать вывод, что средние суточные дозы ФЛУРБИПРОФЕНА эффективно снимают боль, что в сочетании с хорошей переносимостью определяет целесообразность более широкого применения его в практике терапевтов и врачей других специальностей.

ОСТЕОАРТРОЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРҒА ФЛУРБИПРОФЕНДІ ҚОЛДАНУДАҒЫ БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗ*Мухамеджанова М.Х., Кайыргали Ш.М., Жуматаева С.А., Каирбаева С.М.**С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Қалалық емхана № 8. Алматы қ.*

Жасалған зерттеудің нәтижесінде флурбипрофеннің орташа тәуліктік мөлшері ауру сезімді жақсы тежейтіні және жанама әсерін аз тугызатыны анықталды. Сондықтанда флурбипрофенді терапевттер мен басқа маман дәрігерлерінің ауру сезімді басуға кеңінен қолдануына ұсыныс енгізімін.

OUR EXPERIENCE OF APPLICATION OF FLURBIPROFEN AT PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS*M.H.Muhammedzhanova, S.M.Kaiyrgali, S.A.Zhumatayeva, S.M.Kairbayeva**KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER S.D.ASFENDIYAROV, №8 CITY POLYCLINIC*

The study has concluded that the average daily doses of flurbiprofena effectively relieve pain in conjunction with good portability determines the feasibility of greater use of it in practice doctors of general practice and doctors of other specialties.

В ближайшие десятилетия нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) несомненно, будут оставаться основным средством для симптоматического лечения как острой, так и хронической боли. Многие врачи - клиницисты заинтересованы в этих препаратах, так как боль и воспаление являются наиболее неприятным и частым проявлением большинства заболеваний и патологических состояний, а их максимально быстрое и эффективное купирование относится к числу приоритетных задач деятельности врача [1]. Анальгетический эффект НПВП очень высок, что позволяет с успехом применять их в качестве монотерапии, и в комбинации с другими обезболивающими лекарственными средствами. Ценными свойствами НПВП является, сочетание анальгетического, противовоспалительного и жаропонижающего эффектов. Поэтому НПВП используют чрезвычайно широко и не теряют своего значения, несмотря на внедрение в клиническую практику новых, революционных подходов к лечению [2].

Остеоартроз (ОА)-гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц [3].

Остеоартроз занимает лидирующее место (60%) среди ревматических заболеваний. Распространенность в популяции остеоартроза (6,43%) коррелирует с возрастом, достигая максимальных показателей (13,9%) в возрастной группе старше 45 лет. Женщины болеют остеоартрозом почти в 2 раза чаще мужчин. Частота остеоартроза в семьях больных в 2 раза выше, чем в популяции, причем риск развития остеоартроза у лиц с врожденными дефектами опорно-двигательного аппарата повышен в 7,7 раза, у лиц с избыточной массой тела - в 2 раза.

Основными показаниями для применения НПВП при ОА является купирование болевого синдрома, скованности и экссудативных явлений в суставах [4].

Флурбипрофен – сильное НПВС, производное фенилпропионовой кислоты, обладает анальгезирующим, противовоспалительным действием. Механизм действия связан с угнетением синтеза простагландинов за счет блокирования фермента – циклооксигеназы и предотвращением тканевой чувствительности от периферических медиаторов боли. После приема внутрь флурбипрофен быстро всасывается из пищеварительной системы. Стах в плазме крови достигается через 1.5 ч. Прием пищи не влияет на биодоступность препарата. Флурбипрофен связывается с белками плазмы более чем на 99%. Флурбипрофен почти полностью метаболизируется и выводится в основном с мочой в свободном и связанном виде (20%) и в виде гидроксированных метаболитов (50%). T1/2 в среднем составляет 6 ч.

Целью работы явилась оценка эффективности ФЛУРБИПРОФЕНА у больных гонартрозом.

Материал и методы

Всего обследовано 50 пациентов в возрасте 55-65лет. Больным проводились стандартные общеклинические методы исследования, лабораторно – инструментальная (рентгенография коленных суставов) диагностика. Для изучения эффективности и безопасности ФЛУРБИПРОФЕНА в исследование было включено 30 пациентов с II рентгенологической стадией остеоартроза. Для диагностики рентгенологической стадии гонартроза использовали критерии I. Kellgren и I. Lawrence (1957). Болевой синдром механического характера присутствовал у всех пациентов. Силу боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) пациенты.

Всем пациентам препарат назначался в дозе 200 мг/сут (по 100 мг дважды в день) на протяжении 7 дней в комбинации с хондропротектором. Боль до лечения в среднем составила 74 мм, после лечения 42 мм. 19 пациентами анальгезирующий эффект препарата оценен как хороший, 10 больными как удовлетворительный. У одного пациента препарат был отменен в связи с появлением побочных реакций на препарат.

Необходимо отметить тот факт, что в 96,7% случаев препарат пациентами переносился хорошо.

Проведенное исследование позволило сделать вывод, что средние суточные дозы ФЛУРБИПРОФЕНА эффективно снимают боль, что в сочетании с хорошей переносимостью определяет целесообразность более широкого применения его в практике терапевтов и врачей других специальностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Davies N.M. Clinical pharmacokinetics of flurbiprofen and its enantiomers // Clin. Pharmacokinet. – 1995. – Vol.28. – No.2. – P.100–114.
2. Phero J.C, Becker D.E., Dionne R.A. et al. Contemporary trends in acute pain management // Curr. Opin. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. – 2004. – Vol.12. – No.3. – P.209–216.
3. Ревматология. Клинические рекомендации. Под общей редакцией Е.Л. Насонова. М.: издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2011. С.326.
4. Остеоартрит. Клинические рекомендации. Под редакцией О.М. Лесняк. М.: издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2006. С.68.
5. Фармакоэкономический анализ применения двух нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологии// Насонова В.А., Воробьев П.А., Цветкова Е.С. и др./Научно-практическая ревматология 2002. № 1.С. 63-68

СИНДРОМ КРИОГЛОБУЛИНЕМИИ ПРИ ГЕПАТИТЕ С

Хайдарова Ю.М., Курманова Г.М.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра постдипломной подготовки по терапии*

С гепатитіндегі криоглобулинемия синдромы

Хайдарова Ю.М., Курманова Г.М.

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті,

Терапия бойынша дипломнан кейінгі дайындау кафедрасы

Түйін С вирусты гепатиті 40-45% жағдайында бауырдан тыс көріністерімен айқындалады және де СВГ-ті бар 22-25% науқастардағы жүйелі көріністер дәрігерге қаралуға негіз болып табылады. СВГ-ң бауырдан тыс көріністерінің ішінен аралас криоглобулинемия (АКГ) жиі кездеседі: СВГ-ті бар 40-52% науқастардың сарысуында криоглобулиндер, ал 10-42% науқастарда АКГ-ң клиникалық белгілері анықталынады. АКГ патогенезінің негізінде В лимфоциттердің поликлональді синдромы мен ұсақ қан тамырлардың иммуноқешенді васкулиті жатыр. Криоглобулинемиялық васкулиттің емі, вирусқа қарсы терапияның көмегімен вирустың репликациясын бастыруға және антиденелер синтезі мен иммунды кешендердің түзілуін бастыруға бағытталған. Қазіргі кезде осындай мақсатпен жоғары эффективтілікпен В-лимфоциттер CD20+–ке МонаД – ритуксимаб (Мабтера) қолданылады, себебі ол вирустың репликациясын ұлғайтпайды, науқастар оны жақсы қабылдайды, гепатиттің клиникасы мен ағымын тежемейді және оны ВКТ-мен бірге қолдануға болады.

Түйінді сөздер: С вирусты гепатит, аралас криоглобулинемия, поликлональді активация синдромы, ритуксимаб.

Mixed cryoglobulinemia syndrome at hepatitis C

Khaidarova Y.M., Kurmanova G.M.

Abstract Viral hepatitis C in 40-45% of cases followed by extrahepatic manifestations and in 22-25% cases the base of apply for visiting doctor may be systemic manifestations of HCV-infection. From the extrahepatic manifestations of HCV-infection mixed cryoglobulinemia (SCG) found the most all: in 40% - 53% of patients with VHC cryoglobulins founded in serum, and in 10-42% of patients there are clinical manifestations of SCG. The pathogenesis of systemic manifestations based on the syndrome of polyclonal activation of B lymphocytes and developing immune complex vasculitis. The treatment of cryoglobulinemic vasculitis directed on suppression of virus replication using a standard antiviral therapy and suppression of antibody production and formation of immune complexes. The monoclonal antibodies for CD20+ B-cells rituximab (MabThera) is applied for this purpose at present with high efficiency. Rituximab does not induce the viral replication, well beared with patient, does not worsen the clinical picture and a course of hepatitis, and could be used in combination with antiviral therapy.

Key words: viral hepatitis C, mixed cryoglobulinemia, polyclonal activation syndrome, Rituximab.

Вирусный гепатит С в 40-45% случаев сопровождается внепеченочными проявлениями и у 22-25% больных ВГС системные проявления являются основанием для обращения к врачу. Из внепеченочных проявлений ВГС смешанная криоглобулинемия (СКГ) обнаруживается наиболее часто: у 40% - 53% больных с ВГС в сыворотке крови имеются криоглобулины, а у 10-42% больных имеются клинические проявления СКГ. В основе патогенеза СКГ лежит синдром поликлональной активации В лимфоцитов и развивающийся иммунокомплексный васкулит мелких сосудов. Лечение криоглобулинемического васкулита направлено на подавление репликации вируса при помощи противовирусной терапии и подавление синтеза антител и образования иммунных комплексов. На сегодняшний день для этой цели с высокой эффективностью применяются МонаД к CD20+ В-лимфоциты — ритуксимаб (Мабтера), так как он не увеличивает репликацию вируса, хорошо переносится больными, не усугубляет клинику и течение гепатита, и его применение возможно совместно с ПВТ.

Ключевые слова: Вирусный гепатит С, смешанная криоглобулинемия, синдром поликлональной активации, ритуксимаб.

Вирусный гепатит С (ВГС) является в настоящее время одной из актуальных проблем общественного здравоохранения. Большая распространенность, неуклонный рост числа заболевших в популяции, высокая частота формирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы, развитие различных внепеченочных проявлений определяют необходимость своевременной диагностики и лечения вирусного гепатита С. У 40-45% больных наряду с печеночными проявлениями наблюдаются разнообразные внепеченочные проявления, нередко выходящие на первый план в клинической картине и в ряде случаев определяющие прогноз заболевания (таблица 1) [1,3]. Многочисленные исследования показали, что не менее чем у 22-25% больных хроническим гепатитом С проявления системного характера определяют течение заболевания и являются основанием для обращения к врачу. При этом такие проявления как кожные высыпания, суставной синдром, миалгии, парестезии, сухой синдром заставляют обращаться пациента к узким специалистам, у которых может не возникнуть подозрение, что на самом деле это проявления хронической HCV-инфекции [1].

Из внепеченочных проявлений ВГС смешанная криоглобулинемия (СКГ) обнаруживается наиболее часто, особенно у женщин среднего и пожилого возраста с длительно текущей инфекцией. Установлено, что у 40% - 53% больных с гепатитом С в сыворотке крови имеются криоглобулины [1]. У 10-42% больных имеются клинические проявления криоглобулинемии – криоглобулинемический васкулит: слабость, артралгии, полиморфные высыпания, периферическая полинейропатия, синдром Рейно, гломерулонефрит и вторичная артериальная гипертензия [2, 4]. На сегодняшний день вирус гепатита С признается основной причиной развития этого синдрома.

Таблица 1- Частота внепеченочных проявлений HCV-инфекции [3].

Проявление	%
Лихорадка	12,2
Суставной синдром	21,4
Поражение кожи–васкулит	14,8
Миалгии	8,7
Гломерулонефрит, нефрит	4,8
Поражение щитовидной железы	29,1

Иммунная цитопения	11,8
Другая гематологическая патология	4,8
Полинейропатия	3,1
Узелковый полиартериит	0,9
Синдром Шегрена	15,0
Синдром Рейно	3,5

Криоглобулинемический васкулит развивается в результате отложения в сосудах малого диаметра иммунных комплексов с криоглобулинами и характеризуется их наличием в сыворотке крови [2, 4]. Из системных васкулитов он является наиболее часто встречающимся [1,2].

В основе патогенеза заболевания лежит образование циркулирующих иммунных комплексов, состоящие главным образом из криоглобулина и поликлонального IgG. Особенность криоглобулинов заключается в их способности к криопреципитации, то есть аномальному осаждению при температуре ниже 37°C, при повышении температуры они снова становятся растворимыми [1,2,4].

Криоглобулин – это моноклональный иммуноглобулин к Fc фрагменту иммуноглобулина класса G, то есть ревматоидный

фактор. Важно знать, что ревматоидный фактор может быть как IgM (что характерно для ревматоидного артрита), так и IgG (чаще именно он встречается при СКГ), реже IgA, еще реже IgE. Криоглобулин – это не любой РФ, а гликолизированный, что придает ему способность образовывать криопреципитаты [1,3]. У пациента может быть смесь РФ из иммуноглобулинов разного класса, что приводит к полиморфизму клинической картины. Например, если РФ IgE, то у пациента может быть уртикарная сыпь, заставляющая думать об аллергии, на самом деле – это проявление васкулита – если сыпь держится длительное время, не удается установить аллерген, плохо купируется антигистаминными препаратами, и хорошо – кортикостероидами.

Таблица 2 - Классификация криоглобулинов по J.-C. Brouet[5]

Тип криоглобулинемии (доля среди всех случаев)	Вид криоглобулинов	Характеристика криоглобулинов
I (5–25%) - простая криоглобулинемия	Моноклональные IgM, IgG2, IgG3, реже IgA или легкие цепи иммуноглобулинов	Самоагрегация через Fc-фрагмент иммуноглобулинов
II (40–60%) - смешанная криоглобулинемия	Моноклональные IgMк, реже IgG, IgA и поликлональные IgG	Моноклональный компонент определяется как РФ
III (40–50%) - смешанная криоглобулинемия	Поликлональные иммуноглобулины всех видов	Как РФ определяется поликлональный компонент, обычно IgM

Криоглобулинемию II или III типа часто называют смешанной криоглобулинемией из-за присутствия нескольких видов иммуноглобулинов [1,4,5].

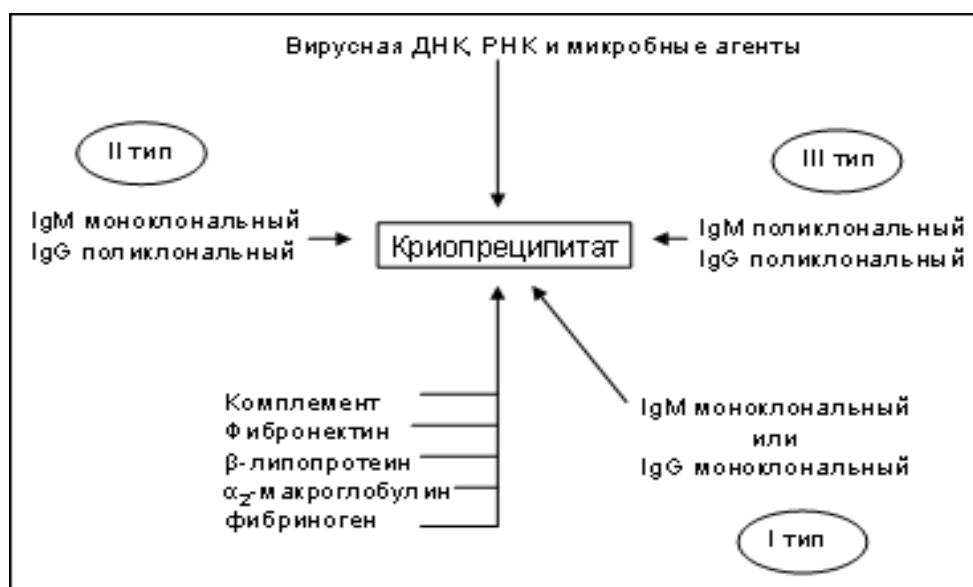


Рис.1. Типы криоглобулинов

Чаще всего среди криоглобулинов обнаруживают IgM, т.к. в связи с большой молекулярной массой он легче выпадает в осадок. Другой универсальный компонент, как правило, поликлональный Ig G - выступает как антиген по отношению к IgG- антителам [6].

- В ряде случаев I тип криоглобулинемии возникает при лимфопролиферативных заболеваниях: миеломной болезни,

макроглобулинемии Вальденстрема, болезни тяжелых цепей, злокачественных лимфомах и др. [7,8].

- Смешанные криоглобулинемии выявляются обычно при заболеваниях, сопровождающихся образованием циркулирующих иммунных комплексов, и только небольшая доля из них может относиться к лимфопролиферативным заболеваниям [7,8].

Синдром СКГ может сформироваться при многих ревматических, лимфопролиферативных и инфекционных заболеваниях (гепатит В, ВЭБ-инфекция, гепатит А, бруцеллез, малярия, болезнь Лайма, сифилис). Но ведущей причиной СКГ на сегодня признана HCV-инфекция [1, 2,3].

По этиологии различают [1, 2]:

- первичный (эссенциальный) криоглобулинемический васкулит (менее 2% случаев);
- вторичный криоглобулинемический васкулит (при ревматических заболеваниях) – 2-24%
- ассоциированный с вирусом гепатита С (76-99%);
- ассоциированный с другими инфекциями

Появление в сыворотке крови криоглобулинов, особенно II типа (моноклональных IgM, IgG), может свидетельствовать о перестройке генов тяжелых цепей иммуноглобулинов и клональной экспансии В-лимфоцитов в костном мозге [6]. Действительно, молекулярно-генетические исследования продемонстрировали перестройку генов тяжелых цепей генов цепей иммуноглобулинов у пациентов с хроническим гепатитом С, приводящие к увеличению концентрации циркулирующих моноклональных иммуноглобулинов [9,10]. Эти процессы необязательно приводят к появлению криоглобулинов, может наблюдаться моноспецифическая гаммаглобулинопатия, не связанная с криопреципитирующими иммуноглобулинами. Происходит клональная экспансия В-лимфоцитов как в инфильтратах печени, так и в лимфоузлах и костном мозге. Эта моноклоновая экспансия В-лимфоцитов, может считаться началом развития неходжкинской В-клеточной лимфомы. Данное заболевание в подавляющем большинстве исследований ассоциируется с инфицированием и длительной

персистенцией ВГС в сочетании с развитием криоглобулинемии [2,4,6].

Доказательством роли HCV-инфекции в качестве основного этиологического фактора смешанной криоглобулинемии служит обнаружение anti-HCV, RNA-HCV в криопреципитатах, обнаружение структурных белков вируса (С22 и др.) в иммунных депозитах в клубочках и интерстиции почек [11,12]. У пациентов, инфицированных HCV, частота выявления криоглобулинемии варьирует от 34% до 54%. При смешанной криоглобулинемии маркеры инфекции HCV в крови обнаруживают в 63-76% случаев, криопреципитатах — в 75-99% случаев, так как концентрация HCV РНК в криопреципитатах в 20-100 раз выше, чем в сыворотке [1,2].

В клинической практике может быть ситуация когда из-за связывания вирионов HCV и антител к вирусу С в иммунных комплексах результаты ИФА и ПЦР ложноотрицательны. А вирус и/или антитела к нему обнаруживается у больных криоглобулинемией в высоко концентрированной форме только в криопреципитатах. Следует подчеркнуть, что наличие отрицательных анализов ИФА и ПЦР на маркеры гепатита С при наличии клинических проявлений СКГ не исключают HCV-инфекцию, требуется многократное исследование, так как при циркуляции вируса в низких, подпороговых концентрациях HCV РНК может периодически не определяться. Поэтому суждение об отсутствии виремии на основании единичного отрицательного результата ИФА или ПЦР не является окончательным [1,3].

Патогенез. Патогенез криоглобулинемического васкулита, ассоциированного с вирусом гепатита С, в общих чертах можно представить в виде следующей последовательности (Рис. 2)[2].

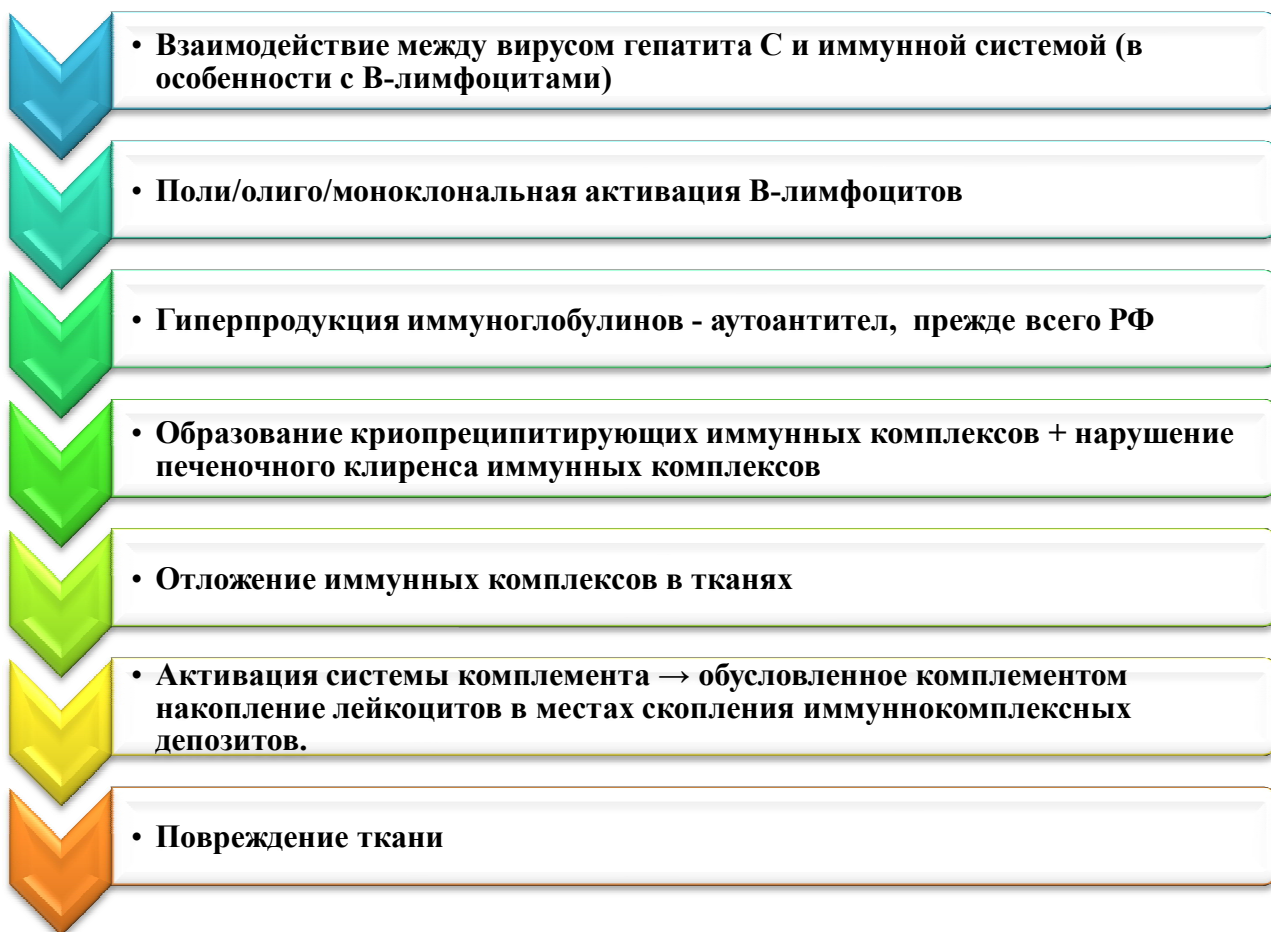


Рис.2. Патогенез клинических проявлений при смешанной криоглобулинемии

Лимфотропность HCV (репликация в клетках крови, преимущественно В-лимфоцитах) обуславливает хроническую стимуляцию

В-лимфоцитов и, как следствие, их активацию, поли- или моноклональную пролиферацию, повышенную продукцию

иммуноглобулинов (различных аутоантител, поли- и моноклонального IgM и IgG с активностью ревматоидного фактора) и образование иммунных комплексов, в том числе смешанных криоглобулинов [13]. Core протеин вируса С выступает как супер-антиген, неспецифически стимулируя клональную пролиферацию В-лимфоцитов с продукцией антител разной специфичности, прежде всего аутоантител.

Под влиянием хронической антигенной стимуляции вирусом гепатита С происходит независимая от Т-клеток пролиферация особого саморегулирующегося клона В-лимфоцитов [6, 20]. Вирус связывается с В-лимфоцитами с помощью гликопротеина E2 (входит в состав липидной оболочки HCV), который взаимодействует с CD81-рецепторами на поверхности В-лимфоцитов. CD81 экспрессируется практически на всех ядерных клетках и образует различные комплексы со многими поверхностными молекулами, такими как CD19, CD21, HLA-DR на В-лимфоцитах и с CD4, CD8 и CD82 на Т-лимфоцитах. На В-лимфоцитах CD81, как и другие члены этого суперсемейства рецепторов, является необходимым компонентом специфической сети, участвующей в межклеточной сигнализации, антигенной презентации и клеточной адгезии. Связывание HCV с CD81 на В-лимфоцитах в составе комплекса CD81/CD19/CD21, что понижает активационный порог, что вызывает клональную пролиферацию и продукцию различных аутоантител [3, 6].

Еще в середине прошлого века нобелевский лауреат Ф. Бернет предположил, что каждый отдельно взятый лимфоцит способен реагировать только на один вид антигена (а если быть точным, то на одну антигенную детерминанту). После взаимодействия с антигеном, лимфоцит активно размножается и дает начало целой популяции (клон) лимфоцитов, каждый из которых остается специфичен к этой антигенной детерминанте. И антитела, синтезируемые этими лимфоцитами (если это В-лимфоциты) являются специфичными к данному антигену. В дальнейшем было установлено, что при повторном попадании антигена в организм (повторное инфицирование или обострение хронической инфекции) клон лимфоцитов, специфичный к этому антигену, вновь активируется и начинает синтезировать антитела. Есть особая группа антигенов (суперантигены) способная вызывать активацию нескольких различных клонов лимфоцитов - поликлональную активацию. Эта активация является не специфической - то есть активации подвергаются клоны лимфоцитов, не имеющие отношения к суперантигену. Если активации подвергается В-лимфоцит, то он начинает синтезировать антитела. При стимуляции сразу нескольких различных клонов В-лимфоцитов происходит активация синтеза самых разных антител [20, 21]. Вместо продукции антител к эпитопам вируса, В-лимфоциты «заняты» продукцией большого спектра аутоантител к самым разным аутоантигенам – FcIgG (РФ), антинуклеарные антитела, анти-SMA, антиромбоцитарные, гемагглютинины, антитела к тканям щитовидной железы и т.п.

Патогенетическая роль HCV в поражении сосудов при криоглобулинемическом васкулите доказывается обнаружением:

- антигенов вируса в эндотелии сосудов кожи, а также в кератиноцитах и дуктулярном эпителии при кожном васкулите (обсуждается возможность проникновения HCV в комплексе с липопротеинами низкой плотности в клетки кожи путем эндцитоза).

- антигенов вируса в сосудистых структурах клубочков, в мезангиальных клетках и сосудах интерстициальной ткани почки, а также HCV RNA в эндотелии сосудов почки (insitu гибридизация) при криоглобулинемическом мезангиокапиллярном гломерулонефрите [14, 15].

Клинические проявления связаны с особенностями ВГС. Развитие внепеченочных осложнений происходит не у всех пациентов и определяется комплексом из трех факторов: особенности репликации вируса у пациента (спектр непеченочных клонов, инфицированных вирусом), особенности иммунного ответа в ответ на присутствие вируса, действие вируса на иммунокомпетентные клетки организма-хозяина [2, 3].

Вирус гепатита С относится к флавивирусам. Геном ВГС представлен одной плюс-цепью РНК, которая одновременно является матричной РНК, заключенной в белковый капсид. Обнаружение позитивных цепей РНК в различных

органах и тканях недостаточно для доказательства репликации в них HCV, так как оно может отражать контаминацию кровью, адгезию вирионов на поверхности мононуклеарных клеток крови. Для подтверждения репликации в тех или иных клетках организма необходимо обнаружение в них репликативных минус-цепей РНК или неструктурных белков HCV иммуногистохимически.

Имеются работы, свидетельствующие о возможности репликации HCV в других (помимо печени и мононуклеарных клетках крови) органах и тканях. Представляет интерес обнаружение (-)РНК в аутопсийном материале (лимфатических узлах, поджелудочной железе, надпочечниках, щитовидной железе, селезенке и костном мозге) умерших больных синдромом приобретенного иммунодефицита, сочетающегося с HCV-инфекцией [16]. В исследовании, проведенном в Китае, неструктурные белки HCV иммуногистохимически в цитоплазме клеток и минус цепи РНК (что доказывает не просто присутствие, а именно репликацию вируса) были обнаружены в различных тканях (почки, сердце, поджелудочная железа и кишечник) больных ВГС [3]. Также обнаружена репликация ВГС в мононуклеарных клетках крови, в клетках костного мозга, в лимфоидной ткани лимфатических узлов и селезенки, яичниках и яичке [17, 18, 19]. При HCV-инфекции наблюдается широкий спектр внепеченочных поражений, условно разделенных на три основные группы:

- внепеченочные поражения иммунокомплексного генеза (васкулиты различной локализации - кожный васкулит, синдром Рейно, гломерулонефрит, периферическая нейропатия, узелковый периартериит и др.); иммунные комплексы могут быть образованы криоглобулинами и/или антигенами вируса и антителами к нему (не криоглобулинемический васкулит).
- внепеченочная патология смешанного иммуноклеточного и иммунокомплексного генеза (артриты, полимиозит, синдром Шегрена, фиброзирующий альвеолит и др.);
- особая группа - поражения системы крови (иммунные тромбоцитопении, иммунные цитопении, анемии гипопластические и гемолитические), в том числе В-клеточная злокачественная лимфопролиферация [2, 3, 13].

Сообразно доказанности этиологической роли HCV в развитии многообразных ассоциированных осложнений они также разделены на 3 группы:

- Заболевания, при которых доказана роль HCV как основного этиологического фактора (смешанная криоглобулинемия).
- Заболевания, при которых HCV является одним из этиологических факторов (узелковый полиартериит, В-клеточная неходжкинская лимфома, иммунная тромбоцитопения, синдром Шегрена, поздняя кожная порфирия, красный плоский лишай и др.).
- Заболевания, при которых роль HCV как одного из этиологических факторов вероятна, но требует дополнительных доказательств (гигантоклеточный височный артериит, фиброзирующий альвеолит, полимиозит, миокардит, дерматомиозит и др.) [4, 6].

Способность вируса избегать иммунного ответа или модулировать его лежит в основе *длительной персистенции вируса* в организме.

Избегание вирусом как гуморального, так и клеточного иммунного ответа путем мутаций генов эпитопов HCV, являющихся мишенями цитотоксических Т-лимфоцитов и вирусспецифических антител, могут вести к нарушениям процессинга антигена и распознавания эпитопов, антагонистическим взаимоотношениям цитотоксических Т-лимфоцитов [22, 23].

Считают, что вирус способен влиять на процесс активации CD4+ Т-хелперов, нарушая взаимодействие антигенпрезентирующих клеток и Т-лимфоцитов. Представляют интерес исследования, показавших возможность процессинга неиммуногенных фрагментов core-протеина, которые нарушают распознавание core-протеина и ингибируют Т-клеточную активацию [24].

Репликации HCV в иммунопредвигнутых местах: это клетки самой иммунной системы, недоступные для специфического Т-клеточного ответа. Другим местом возможной персистенции HCV, является головной мозг, защищенный гематоэнцефалическим барьером. В отсутствие до

настоящего времени четких вирусологических доказательств репликации HCV в ткани головного мозга (в клетках микроглии) в пользу ее свидетельствуют частота клинических и выявляемых с помощью специальных методов исследования симптомов поражения ЦНС у больных ХВГ-С [25].

Предполагается, что отсутствие эффективного Т-клеточного иммунного ответа обусловлено очень низким уровнем репликации HCV - ниже порога индукции Т-клеточного ответа [26].

Связывания HCV с липопротеинами низкой плотности, которые, как полагают, маскируют HCV, предотвращая нейтрализацию его антителами, и, возможно, способствуют проникновению HCV в клетки хозяина путем эндоцитоза [27].

Прямой цитотоксический эффект вируса. Прямые цитопатические эффекты вируса изучены недостаточно. Показано, что core-протеин, являясь основным структурным белком HCV, вовлечен в ряд клеточных процессов. В частности, он способен модулировать транскрипцию и трансляцию некоторых клеточных генов [23,24] и, следовательно, может вызывать фенотипические изменения гепатоцитов. К прямым цитопатическим эффектам вируса следует отнести также онкогенный потенциал core-протеина и некоторых неструктурных белков HCV, показанный в культуре клеток и на модели животных [28,29]. Он обусловлен способностью HCV модулировать транскрипцию ряда генов, в том числе генов-супрессоров опухолевого роста (p53, RB), факторов роста и воздействовать на апоптоз и клеточную пролиферацию [29,30].

Клиническая картина СКГ может быть очень разнообразной, специфические симптомы отсутствуют (таблица 3) [1].

Таблица 3- Основные клинические проявления криоглобулинемического васкулита [32].

Слабость	100 %
Артралгии	75 %
Кожный васкулит	80-100 %
Поражение мышц	20 %
Поражение периферической нервной системы - сенсорная нейропатия	25-60 %
Синдром Рейно	10-50 %
Поражение почек — мезангиокапиллярный криоглобулинемический гломерулонефрит	25-30 %
Поражение слюнных желез – синдром Шегрена	15-70 %
Легочный васкулит – одышка, кашель, бронхообструкция, плеврит, кровохарканье	4-39%
Поражение сосудов в желудочно-кишечного тракта, головного мозга, коронарных сосудов	редко

Таблица 4 - Проявления кожного васкулита [1].

Пальпируемая геморрагическая пурпура	60-90%
Пигментация кожи	40%
Петехии	31%
Дистальный некроз	14%
Телеангиоэктазии	11%
Крапивница	4-10%
Ливедо	10-19%
Язвы	10-25%

Поражение суставов (артралгии) — один из самых частых симптомов заболевания (более 70% пациентов). Как правило, боли возникают в области коленных и голеностопных, лучезапястных, пястнофаланговых, проксимальных межфаланговых, бедренных суставов. Неэрозивный артрит развивается приблизительно в 10% случаев [1, 2].

Слабость самый частый признак (90 - 100%). Особенностью данного симптома является то, что слабость не мотивированная, выраженная, часто сопровождается чувством разбитости и утомляемостью.

Из кожных проявлений наиболее часто (более 90% случаев) возникает геморрагическая сыпь, патоморфологическую основу которой составляет васкулит мелких сосудов с клеточной инфильтрацией их стенок – лейкокластический васкулит.

Характеристика сыпи:

- чаще всего поражаются участки тела, подверженные действию холода;
- обычно располагается на нижних конечностях (особенно на голенях), но может распространяться по всему телу;
- имеет рецидивирующее течение;
- первичный полиморфизм кожных высыпаний, но часто симметричная пальпируемая пурпура;
- после разрешения остаются участки гиперпигментации, обусловленные отложением гемосидерина;
- стечение болезни характер сыпи меняется, переходя из одного вида сыпи в другой.

Значительно реже встречаются язвы нижних конечностей (10–25% пациентов), холодовая крапивница со стойкими малозудящими уртикарными элементами (5-10%), а также экхимозы, эритемные папулы и дермальные узелки (20% случаев). Характерны «вазоспастические» проявления (феномен Рейно - 40-60%), акроцианоз, ливедо, некрозы кожи и др. (Таблица 4).

Таблица 4- Основные клинические проявления криоглобулинемического васкулита [32].

Диагноз СКГ выставляется согласно *клиническим критериям диагностики криоглобулинемии* (Monti и соавт. 1995):

- Наличие более 2-х признаков из триады Мельтцера (геморрагическая пурпура, слабость, артралгия);
- Системность поражения: кожные проявления, поражение почек, печени и наличие периферической

нейропатии (позволяет оценить степень прогрессирования васкулита);

- Положительный ревматоидный фактор в сыворотке крови – характерны высокие значения.
- Исследование крови на маркеры вируса гепатита В и С, ПЦР на HCV-RНК, при отрицательном результате – исследование на другие инфекции, способные вызвать синдром.

Лабораторное обследование. При подозрении на СКГ в обязательном порядке надо исследовать на маркеры гепатитов В и С, так как уже давно доказана роль ВГ В и С в этиологии СКГ. Надо отметить тот факт, что при ко-инфекции ВГ В+С синдром СКГ выявляется более часто. С современных позиций

криоглобулин 2-го типа с моноклональным РФ является специфическим маркером хронической HCV-инфекции, отражающим своеобразную форму взаимодействия вируса с иммунной системой организма человека [31-34]. В клинической практике РФ обнаруживается в 92-99% случаев. Обнаружение именно РФ Ig G характерно для СКГ, но необходимо определить не только РФ Ig M, Ig G, но и IgA, IgE. Для СКГ характерно гипокомplementемия: снижение CH50 (82%), C3 (58%), C4 (63-80 %), так как комплимент потребляется для образования иммунного комплекса [1,2]. Необходимо определить АНЦА, АНА, антитела к двухцепочечной ДНК для проведения дифференциальной диагностики и исключения СКВ и других системных васкулитов.

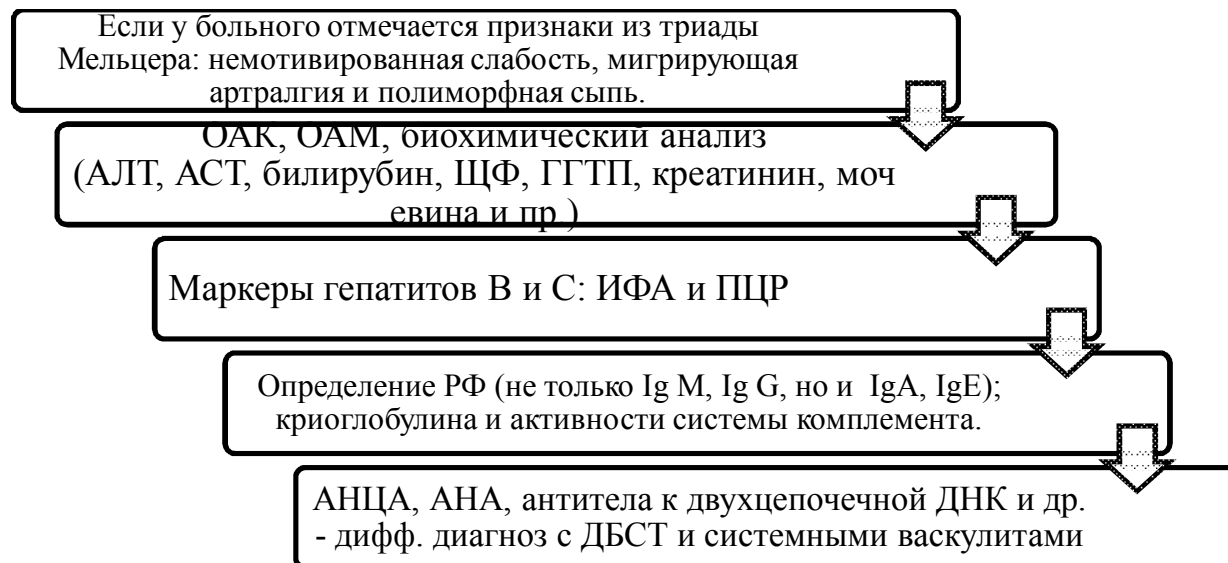


Рис. 3. Алгоритм диагностики больных с СКГ.

Лечение криоглобулинемического васкулита, обусловленного HCV-инфекцией зависит от течения заболевания. Если течение синдрома тяжелое и клинические проявления выраженные, перед началом противовирусной терапии (ПВТ) надо купировать острое состояние, и только потом начать ПВТ. Для этого применяют глюкокортикостероиды (ГКС), циклофосфамид, плазмаферез, МонАт к CD20+ В-лимфоцитов – ритуксимаб (Мабтера).

Существует несколько схем лечения:

- Стандартная терапия ИФН-а, рибавирином и плазмаферез;
- ИФН-а, рибавирин, ГКС, плазмаферез и/или иммунодепрессанты;
- ИФН-а, рибавирин, плазмаферез и ритуксимаб;
- Монотерапия ритуксимабом.

Плазмаферез – необходимый элемент при лечении криоглобулинемического васкулита высокой степени активности. Наиболее распространенная схема предусматривает замещение до 3 л плазмы три раза в неделю в течение 2–3 нед. Быстрее всего на фоне плазмафереза купируются кожные поражения [32].

Показанием к проведению плазмафереза при СКГ являются острые, угрожающие жизни формы заболевания с проявлениями васкулита, нефрита, злокачественной гипертензии, тяжелого поражения ЦНС, сосудистой недостаточности (дистальные некрозы) и синдром повышенной вязкости крови (антифосфолипидный синдром). Параллельно необходимо назначить иммуносупрессивные препараты для предотвращения образования новых антител после процедуры плазмафереза - синхронизированная терапия [1].

По данным исследования докторами Хофманн и Роберт Гиш (2008) по эффективности плазмафереза среди 21 больных с СКГ с разными системными проявлениями, у двадцати пациентов (95%) наблюдалось клиническое улучшение, у 69% больных с

гломерулонефритом наблюдалось значительное снижение белка в моче и креатинина в сыворотке крови. У 50% больных, которые находились на гемодиализе, восстановлены функции почек. Также было отмечено заметное снижение РФ (94%), улучшение кожных симптомов (92%) и симптомов периферической нейропатии (85,7%) [35].

Стандартная противовирусная терапия (ПВТ) ИФН-а, и рибавирином назначают при легком течении болезни (триада Мельцера, нетяжелые кожные проявления) и она является эффективной: на фоне ПВТ почти у 80% пациентов развивается ремиссия. Однако у некоторых пациентов могут иметь место тяжелые побочные эффекты, связанные с усугублением проявлений аутоиммунного характера [7].

Когда в процесс вовлекаются такие органы-мишени как почки, легкие и нервная система возникает необходимость добавить к стандартной ПВТ ГКС и/или цитостатики. На сегодняшний день доказано, что ГКС и иммуносупрессанты отрицательно влияют на течение ВГС и прогноз, снижая эффективность ПВТ, даже отмечены случаи усугубления течения болезни на их фоне. Прежде всего, применение иммуносупрессантов приводит к активации вирусной репликации, повышению уровня трансаминаз, что ограничивает широкое применение этих препаратов больных с криоглобулинемическим васкулитом [36].

Ритуксимаб. Поиск новых, более эффективных и безопасных стратегий лечения криоглобулинемического васкулита послужил основанием для изучения возможности применения ритуксимаба (Мабтера) - селективного ингибитора CD20 [36].

Показанием применения монотерапии ритуксимабом является тяжелое течение заболевания с такими системными проявлениями как образование кожных язв, активная форма гломерулонефрита и резистентная к лечению периферическая нейропатия, когда назначение ПВТ не целесообразно и опасно для пациента.

Ритуксимаб представляет собой химерные моноклональные антитела, состоящие из вариабельной области

иммуноглобулина мыши с антигенной специфичностью к CD20-рецептору В-лимфоцитов и константной области человеческого

иммуноглобулина [37].

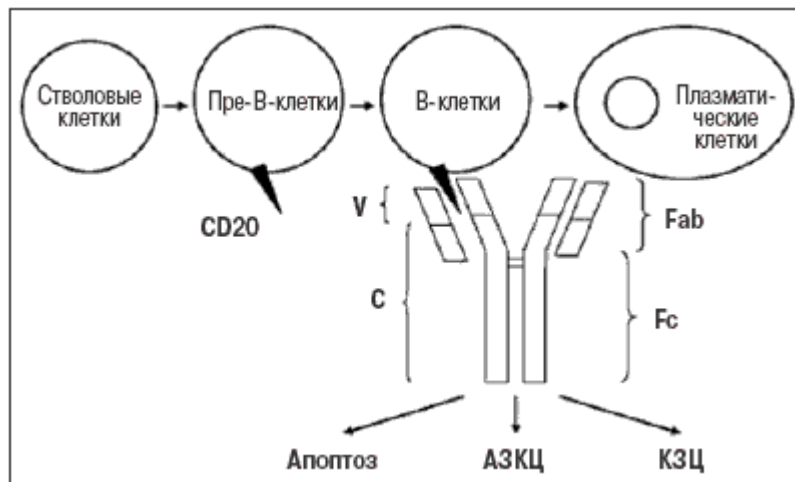


Рис. 4. CD20: идеальная мишень для фармакологической интервенции.

Выбор CD20 молекулы в качестве мишени для моноклональных антител связан с особенностями дифференцировки В клеток, которые в процессе созревания от стволовых клеток в плазматические клетки проходят несколько последовательных стадий, для каждой из которых характерна экспрессия определенных мембранных молекул (рис. 3) [36].

Экспрессия CD20 наблюдается на мембране "ранних" и зрелых В-лимфоцитов, но не стволовых, "ранних" пре-В, дендритных и плазматических клеток, поэтому [38]:

- истощение этих лимфоцитов не отменяет регенерацию пула В-лимфоцитов;
- не влияет на синтез "нормальных" антител плазматическими клетками.

CD20 не высвобождается с мембраны В-лимфоцитов и отсутствует в циркулирующей (растворимой) форме, которая потенциально могла бы мешать взаимодействию анти-CD20 антител с В клетками [38].

Эффективность Ритуксимаба при лечении СКГ связана с тем что:

- В основе патогенеза СКГ лежит поли\олиго\моноклональная активация В лимфоцитов, которое приводит к гиперпродукции аутоантител с последующим образованием иммунных комплексов и отложением в эндотелии сосудов[1, 2, 3, 6, 20, 21].
- Истощение предшественников плазматических клеток: подавление синтеза антител и образования иммунных комплексов [39].
- В - клетки, синтезирующие Рф, обладают уникальной способностью взаимодействовать с иммунными комплексами и "презентировать" широкий спектр аутоантигенов, а активированные В - клетки экспрессируют стимуляторные молекулы (В7 и CD40), необходимые для полноценной активации Т-клеток[2,6].

Лечение HCV-ассоциированной смешанной криоглобулинемии может быть направлено либо на сам вирус гепатита С либо на блокирование поликлональной активации В лимфоцитов. По данным многочисленных исследований при ВГС ассоциированной СКГ легкой и средней степени активности показана стандартная ПВТ с ИФН-а и рибавирином[11]. У пациентов с тяжелой степенью активности и при наличии жизнеугрожающих системных проявлениях комбинированная терапия ритуксимабом, ИФН-а и рибавирином является логичной, так как это ориентирована на подавление вируса гепатита С как триггер-фактора активности В-клеток и элиминацию активного клона В-клеток [40].

В настоящее время проведена серия исследований (всего 57 пациентов), которые суммированы в обзоре P.Sosouib и соавт., свидетельствующих о высокой эффективности ритуксимаба при СКГ [41]. У двух третей больных был СКГ, связанный с инфекцией ВГС, а у остальных – эссенциальная смешанная криоглобулинемия (ЕСК). Основными клиническими проявлениями СКГ были поражение кожи (84%), артралгии (61,4%), периферическая нейропатия (54,4%), гломерулонефрит (31,6%), которые были рефрактерны противовирусной (более чем у половины больных) и иммуносупрессивной терапии у остальных. Ритуксимаб был эффективен в отношении основных клинических проявлений СКГ, причем у 80–93% пациентов развивалась полная или частичная ремиссия. Однако у 39% больных развилось обострение в среднем через 6,7 мес. после последней инфузии. При этом у 8 из 14 удалось достигнуть ремиссии на фоне повторного курса терапии. Примечательно, что ритуксимаб был в целом одинаково эффективен как у пациентов с ЕСК, так и с СКГ, связанным с ВГС. Но в отношении кожного и суставного синдром ритуксимаб был более эффективным при HCV-ассоциированном СКГ, чем при ЕСК, где эффективность составила в среднем 81,8%, 80% по сравнению с ЕСК (60%, 75%) [36, 41].

В открытом исследовании Dr. Sneller на базе НИИ аллергологии и инфекционных болезней в Бетесде, Мэриленд было отмечена высокая эффективность ритуксимаба (83%) среди больных, которые не достигли иммунного ответа на стандартную ПВТ, когда из контрольной группы только у одного больного была ремиссия(8%). Ритуксимаб не оказывал не отрицательного эффекта на длительность виремии и уровень трансаминаз [42]. Было проведено рандомизированное и перспективное исследование (включено 59 больных) по применению Ритуксимаба при лечении синдрома СКГ у больных с поражениями кожи виде язвы, активной формой гломерулонефрита, и резистентной периферической нейропатией, которые не получали ПВТ или по некоторым причинам им было не показано ПВТ. У группы больных, у которых было проведено монотерапия ритуксимабом (по 1 г 2 раза на курс) отмечена высокая эффективность (через 12 месяцев 64,3% против 3,5%; через 15 месяцев 92,9% против 13,8%; через 21 месяцев 71,4% против 3,5%; на 24 месяце 60,7% против 3,5%) по сравнению с группой больных, которые получали ГКС, циклофосфан и плазмаферез. Медиана продолжительности ответа на ритуксимаба была 18 месяцев [43].

Иммуносупрессивная терапия с глюкокортикоидами, циклофосфамидом или азатиоприном отрицательно влияет и усугубляет течение гепатита С, а лечение ритуксимабом не увеличивает репликацию вируса, не усугубляет клинику и течение гепатита, хорошо переносится больными и самое важное, что добиться хороших результатов возможно у больных, которым противопоказано ПВТ [43].

Было проведено исследования применения малых доз ритуксимаба при СКГ, что немаловажно, учитывая высокую стоимость терапии. У больных с некротическими язвами кожи, заболеваниями почек, и абдоминальным синдромом, которые получали 250 мг/м² x2 (вместо 375 мг/м² x4) более чем у 80% больных было отмечено снижение криокрита и наступление ремиссии васкулита продолжительностью 22 - 55 недель (в среднем 40). Рост виремии после ритуксимаба не наблюдалось [44].

Таким образом, ритуксимаб является весьма эффективным препаратом для лечения синдрома смешанной криоглобулинемии, позволяет достичь устойчивой ремиссии, позволяющую провести больным полноценную противовирусную терапию, хорошо переносится больными. Ритуксимаб не увеличивает репликацию вируса, не усугубляет клинику и течение гепатита, не влияет отрицательно на прогноз, может применяться одновременно со стандартной ПВТ. Лечение Ритуксимабом может быть эффективной альтернативной терапией для пациентов с гепатитом С с СКГ у которых ПВТ была неэффективной или противопоказана.

Литература

1. Секреты ревматологии. Под ред. Стерлинга В. – СПб.- 2001. 768 с.
2. Семенкова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты //Русский врач.-2001. – 96 с.
3. Апросина З.Г., Серов В.Г., Крель П.Е., Игнатъева Т.М. Внепеченочные проявления хронических вирусных заболеваний печени // Архив патологии. – 1999. – Т.61. – №5. – С. 51-55.
4. Sacoub P., Costedoat-Chalumeau N., Lidove O., Alric L. Cryoglobulinemia vasculitis // Current opinion in rheumatology. – 2002. – Vol. 14. – № 1. – P. 29–35. (PMID: 11790993)
5. Brouet J-C, Clauvel J-P, Danon F et al. Biologic and clinical significance of cryoglobulins. A report of 86 cases //AmJ Med.-1984.-Vol.57.-P.775-788.
6. Лепков С.В., Сторожаков Г.И., Косюра С.Д., Волюнкина В.М., Осканова Р.С., Шерстнёв В.М., Кондратьева Т.Т., Шолохова Е.Н., Пробатова Н.А. Хронический вирусный гепатит С и лимфопролиферативные заболевания //Современная онкология.- 2006.- № 2.-С.57-62.
7. Hollinger FB. NANBH viruses In: Hollinger FB, Robinson WS, Purcell RH, Gerin JL, Ticehurst J, eds. Viral hepatitis, biological and clinical features, specific diagnosis and prophylaxis. New York: Raven Press.- 1991.- P.139-173
8. Imai Y, Ohsawa M, Tanaka H, Tamura S, Sugawara H, Kuyama J et al. High prevalence of HCV infection in patients with B-cell non-Hodgkin's lymphoma: comparison with birth cohort- and sex-matched blood donors in a Japanese population//Hepatology.-2002.- 35(4).- P. 974-6.
9. Lerat H, Berby F, Traubad MA, Vidalin O, Major M, Trépo C, Inchauspe G. Specific detection of hepatitis C virus minus strand RNA in haematopoietic cells //J. Clin. Invest. -1996.- 97(3).-P. 845-51.
10. Luppi M, Longo G, Ferrari MG et al. Clinico-pathological characterization of hepatitis C virus-related B-cell non-Hodgkin's lymphoma without symptomatic cryoglobulinemia//Ann. Oncol. - 1998.-106.-P.495-8
11. Pouteli-Noble C., Maiza H. et al. Glomerular disease associated with hepatitis C virus infection in native kidneys // Nephrol. Dial. Transplant. – 2000.-Vol. 15.-P. 28-33.
12. Sansonno D., Gesualdo L., Manno C., Schena F.P., Dammaco F. Hepatitis C virus related proteins in kidney tissue from hepatitis C virus infected patients with cryoglobulinemic membranoproliferative glomerulonephritis // Hepatology. –1997.-Vol. 26.-P. 1687-1688.
13. Апросина З.Г. Серов В.В. Хронические вирусные заболевания печени: пато- и морфогенез, клиническая характеристика //Терапевтический архив. - 1995-№5. – С.77-80.
14. Stehman-Breen C., Jonson R.S. Hepatitis C virus-associated glomerulonephritis // Advances in Internal Medicine. – 1998. – Vol. 43. – P. 79-97.
15. D'Amico G. Renal involvement in hepatitis C infection: cryoglobulinemic glomerulonephritis // Kidney Intern. –1998.-Vol. 54.-P. 650-671.
16. Laskus T., Radkowski M., Wang L-F. et al. Search for hepatitis C virus extrahepatic replication sites in patients with acquired immunodeficiency syndrom: detection of negative-strand viral RNA in various tissues//Hepatology.-1998.-Vol.28.-P.1398-1401.
17. Маянский А.Н., Бурков А.Н., Астафьев Д.Г., Рассанов С.П. Персистенция вирусов: иммунологические и патогенетические аспекты//Клин. медицина.-1998.-N12.-С.19-25.
18. De Rosa G, Gobbo ML, De Renzo A, Notaro R, Garofalo S, Grimaldi M. High prevalence of hepatitis C virus infection in patients with B-cell lymphoproliferative disorders in Italy//Am J Hematol.-1997.- 55.-P. 77-82
19. Guida M, D'Elia G, Benvestito S, Casamassima A, Micelli G, Quaranta M et al. Hepatitis C virus infection in patients with B-cell lymphoproliferative disorders. //Leukemia.- 2002.-Vol.10.- P. 2.
20. Von Boehmer H. Positive selection of lymphocytes //Cell. – 1994. – 76. – P. 219-28.
21. Wong V.S., Egner W., Elyse T. et al. Incidence, character and clinical relevance of mixed cryoglobulinemia in patients with chronic hepatitis C infection//Immunol.- 1996. - 104.- P.25-31
22. Weiner A.J., Geysen H.M., Christopherson C et al. Evidence for immune selection of hepatitis C virus (HCV) putative envelope glycoprotein variants: potential role in chronic HCV infections//Proc. Nat. Acad. Sci, USA.-1992.-Vol.89.-P.3468-3472.
23. Koziel M.J., Walker B.D. Characteristics of intrahepatic cytotoxic T lymphocyte response in chronic hepatitis C virus infection//Springer. Semin. Immunopathol.-1997.-Vol.19.-P.69-83.
24. Langhans B., Lechmann M., Ihlenfeldt H. et al. A hepatitis C virus (HCV) core protein derived peptide inhibits HCV specific lymphocyte proliferation//Eur. J. Med. Res.-2000.-Vol.5.-P. 115-120.
25. Negro E, Levrero M. Does the hepatitis C virus replicate in cells of the hematopoietic lineage? (editorials)//Hepatology.-1998.-Vol.28.-P.261-264.
26. Agnello V., Abel G., Knight G.B., Muchmore E. Detection of widespread hepatocyte infection in chronic hepatitis C//Hepatology.-1998.-Vol.28.-P.573-584.
27. Agnello V., Abel G. Localization of hepatitis C virus in cutaneous vasculitic lesions in patients with type II cryoglobulinemia//Arthritis Rheum.-1997.-Vol.40.-P.2007-2015.
28. Ray R.B., Steele R., Meyer K., Ray R. Transcriptional repression of p53 promoter by hepatitis C virus core protein // J. Biol. Chem. – 1997. – Vol. 272. – P. 10983-10986.
29. Fujie H., Yotsuyanagi H., Moriya K. et al. Steatosis and intrahepatic hepatitis C virus in chronic hepatitis // J. Med. Virol. – 1999. – Vol. 59. – P. 141-145.
30. Tabor F. Tumor suppressor genes, growth factor genes, and oncogenes in hepatitis B virus-associated hepatocellular carcinoma // J. Med. Virol. – 1994. – Vol. 42. – P. 257-265.
31. Von Boehmer H. Positive selection of lymphocytes //Cell. – 1994. – 76. – P. 219-28.
32. Hsiang J.L. Biochemical detection of hepatitis B virus constituents // Adv. Clin. Chem. – 1989. – 27. – P. 143-199.
33. Ferri C., La Civita L., Fazzi P. et al. Interstitial lung fibrosis and rheumatic disorders in patients with hepatitis C virus infection. // Br. J. Rheumatol. –1997.-Vol. 36.-P. 360-365.
34. Johnson K.P., Knobler R.L., Greenstein J.I. et al. Recombinant human interferon beta treatment of relapsing-remitting multiple sclerosis // Neurology. – 1990. – V. 40. – P. 261-268.
35. Maria Bishop. Hepatitis C Associated Systemic Cryoglobulinemia: Successful Treatment With Plasma Exchange//DGNews.-2008./PubMed.
36. Насонов Е.Л. Перспективы применения ритуксимаба при аутоиммунных заболеваниях человека. //ПМЖ.- 2007.- TOM 15, № 26.- С. 1-5.
37. ReffME, CarnerK, ChambersKS, et al. Depletion of B cells in vivo by a chimeric mouse human antibody to CD20 // Blood. 1994. – P. 83:435–445.
38. Насонов Е.Л. Перспективы применения моноклональных антител к В-лимфоцитам (ритуксимаб) при ревматоидном артрите // Клин. Фармакол. терапия. – 2006.-№1.– С.5:55–58.
39. Johnson P, Glennie M. The mechanism of action of rituximab in the elimination of tumor cells //Semin Oncol.-2003.-№ 30.-P.3–8.
40. Treatment of hepatitis C-associated mixed cryoglobulinemia vasculitis // Curr Opin Rheumatol. – 2008//PubMed.
41. Cocoub P, Delluc A, Saadoun D, et al. Anti-CD20 monoclonal antibody (rituximab) treatment for cryoglobulinemia vasculitis? Where do we stand? // Ann Rheum Dis. – 2007//PubMed.
42. David Douglas /Rituximab Helpful Against HCV Cryoglobulinemia Vasculitis// Arthritis Rheum.- 2012//PubMed

43. De Vita S, Quartuccio L, Isola M et al. A randomized, controlled, trial of rituximab for treatment of severe cryoglobulinemic vasculitis // *Arthritis & Rheumatism*, 2011. / [PubMed](#)
44. Efficacy of low-dose rituximab for mixed cryoglobulinemia // *Clin Immunol.* -2008. / [PubMed](#)

УДК 616.633.979.733-078-08

ЭРИТРОПОЭТИКАЛЫҚ (ТУА ПАЙДА БОЛҒАН) ПОРФИРИЯНЫ ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ*Жанбырбаева А. Қ., Имангалиева А. С.**С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті*

Тұжырым Біз өз мақаламызда порфирия және оның түрлері туралы, соның ішінде туа пайда болған эритропоэтикалық порфирияға тоқталдық. Бұл ауру жаңадан зерттеліп жатқандықтан, әдебиеттерде мәліметтер аз. Табиғаты өте қиын және ерекше емдеу әдістерін қажет етеді, солардың бірі кіндік қанының бағаналы жасушаларының трансплантациясы. Сонымен қатар бұл ауруды бастапқы сатысында анықтау қиын.

Қорыта келе бұл аурудың бастапқы кезінде анықтау үшін жаңа әдістерін табу керек.

Кілттік сөздер «Порфирия», «Гюнтер ауруы», «Порфирин», «Вампир», «Гематология», «Кіндік қанының бағаналы жасушалары»

Методы исследования и лечения врожденной эритропоэтической порфирии*Жанбырбаева А. К., Имангалиева А. С.*

В статье мы написали про порфирию и ее виды, но более точные данные дали о врожденной эритропоэтической порфирии. Эту болезнь только начинают изучать, поэтому в литературе очень мало нужных нам материалов. Природа этой болезни сложная и для ее лечения нужно прибегнуть к особым методам лечения. К сожалению эту болезнь трудно выявить в начальной стадии.

И в итоге, надо найти новые пути исследования, для того чтобы выявить эту болезнь в ранней стадии.

Ключевые слова: «Порфирия», «Болезнь Гюнтера», «Порфирин», «Вампир», «Гематология», «Стволовые клетки пуповинной крови»

Methods of investigation and treatment of the congenital erythropoietic porphyria*Zhanbyrbaeva A. K., Imangalieva A. S.*

Abstract This article describes porphyria and its types, but it also concretizes information concerning congenital erythropoietic porphyria. This disease is poorly investigated that's why there is lack of scientific literature on that problem. Etiology of the disease is complicated and it needs special methods of treatment.

It is very difficult to diagnose early stages of porphyria, therefore it is necessary to develop more effective diagnostic methods.

Keywords «Porphyria», «Gunther's disease», «Porphyrin», «Vampire», «Haematology», «Cord blood stem cells»

«Вампирлер шынымен де бар ма?» - деген сұрақ, адам баласын өлі де қызықтырады, ойландырады және үрейімізді ұшырады. Иә, вампирлер шынымен де бар, бірақ олар кинода немесе кітапта сипатталған адам қанын ішетіндер емес, амалсыз сондай жағдайға тап болған, ауру адамдар, яғни атақты Дракуланың ауруы немесе «Порфирия».

Порфирия — тұқымқуалайтын пигменттік алмасудың бұзылуы нәтижесінде пайда болатын ауру, яғни қанда және тіндерде

порфириннің мөлшері артып, нәжіспен және зәрмен бірге сыртқа көптеп шығарылуы[1].

Порфин — гемоглобин, хлорофиллдің белокты емес бөлігіне кіретін, құрамында азотты пигменттер бар, табиғи және синтетикалық тетрапиррольды қосылыстар. Гем порфиннің негізгі өкілі.

Гемоглобиннің зат алмасу қателіктеріне байланысты төмендегідей жіктейміз: 1) бауырда (дегидрогеназаның жетіспеушілігінен болатын порфирия, өткір формадағы порфирия, кеш тері порфириясы) және 2) сүйектің қызыл кемігіндегі (туа пайда және жүре пайда болған эритропоэтикалық порфирия)[1].

Ендігі кезекте осы аурулардың ішінде туа пайда болған эритропоэтикалық порфирияны қарастырамыз.

Туа пайда болған эритропоэтикалық порфирия (Гюнтер ауруы) дегеніміз аутосомды-рецессивті түрде тұқым қуалайтын, гем синтезіне қатысатын феррохелатазаның жетіспеушілігінен болатын ауру.

Сонымен қатар бұл ауру құрсақшілік даму кезінде пайда болады және оның дамуына келесі факторлар әсер етеді: барбитураттар, этионамид, этомидат, флунизатепам, нитразепам.

Осыдан келесі үрдістер болады, эритроидты қатардың пісіп жетіліп келе жатқан жасушаларында: Уропорфириноген III косинтетаза мен порфобилиноген дезаминазаның тепе теңдігі бұзылады, нәтижесінде гем синтезіне қолданылмайтын, уропорфириноген I↑ мөлшері жоғарлайды да ол тіндерде, қанда және сүйектің қызыл кемігінде жиналып, зәрмен және нәжіспен бірге көптеп сыртқа шығарылады.

Жаңадан туылған нәрестенің киімдерінде қызыл дақтар болады, ал егер бала 3-4 жасқа дейін өмір сүрсе келесі белгілер болады: гемолитикалық анемия, фотосенсибилизация, эритродонтия, спленомегалия, сүйектердің сынғыш болуы, гипертрихоз, телеангиэктазия, ауыздың айналасында сызықтық қатпарлар, саусақ, көз, мұрын мутациясы, гепатомегалия[1].

Сонымен осы белгілеріне сүйене отырып және арнайы зерттеу жүргізіп, емдеу жолын қарастыру керек. Алдымен зерттеу әдістері:

1. Лабораториялық, перифериялық қанда: анизоцитоз, пойкилоцитоз, полихромазия, эритроциттердің базофильді нүктеленуі; Қан жағындысында: ретикулоциттер мөлшері жоғарлаған; Зәрде: уропорфирин I анықталады; Қызыл сүйек кемігінде дизэритропоэзбен бірге қызыл заттың гиперплазиясы (порфириндер қорының көбеюі); Нормобласттар және ретикулоциттер айқын қызыл флюоресценция береді; Маңызды лабораториялық көрсеткіштер: эритроциттердің тіршілік ету уақытының қысқаруы және өт пигменттерінің концентрациясының болуы.

2. Арнайы флюоресценті зерттеу: эритроциттер өздерінен қызыл сәуле шығарады

Емдеу жолдары: А) Жеңіл стадиясында:

1. Күн сәулесінен барынша қорғау (жабық киім кию, арнайы кремдер жағу және кейбір антигистаминді препараттарды қолдану);
2. Арнайы активті көмір беру (жеңіл стадиясында қолданғанда ішек қуысындағы порфиннің адсорбциясын бұзады, шамалы әсер көрсетеді);
3. Спленэктомия
4. Эритроцитарлық массаның трансфузиясы(гематин инфузиясы, науқастың ағзасында меншіті гемопоэз тежеледі, хелатты қосылыстар арқылы қалдық заттар шығарылады. Бұл кішкентай балаларда айқын көрініс береді).

Б) Ауыр стадиясында

1. Қызыл сүйек кемігінің трансплантациясы
2. Кіндік қанындағы гемопоэтикалық жасушалардың трансплантациясы

1. Қызыл сүйек кемігінің бағаналы жасушаларының әсер ету принципі - қызыл сүйек кемігінде өлген жасушалардың орнына барып, көбейіп, дифференциланады, нәтижесінде иммундық жүйе және қан құрамы қалпына келеді[2, 3. 6].

2. Бүгінгі таңда жазылмайды деп саналатын ауруларды «емделмейтін», тіпті «адам ағзасының қартаюын тоқтата алатын» бағаналы жасушалардың заманы туып отыр десек те болады. Ол туралы ақпараттар жаңалықтардан күнделікті көрсетіліп, баспасөз беттеріне де жарияланып жатыр. Гемопоэтикалық бағаналы жасушалардың трансплантациясы қазіргі таңда онкологиялық, гематологиялық, тұқымқуалаушылық, соның ішінде, созылмалы лейкоз, анемия, нейробластома ауруларын емдеуге қолдануға болады. ГБЖ-ды перифериялық қаннан немесе сүйектің қызыл кемігінен алады, бірақ трансплантация үшін донор мен реципиент арасында гистотүлесімділік сақталу қажет, сондықтан бұл мәселені тез шешу үшін жаға жол іздеу керек, сол жолдардың бірі кіндік қанынан алынған ГБЖ-лар.

Кіндік қанының ГБЖ-дың ерекшеліктері:

▲ мұздатылған кіндік қан жасушаларын арнайы криоконтейнерларда

(-196°С-) сақтайды, оларды гистотүлесімділік бойынша үйлестіреді;

▲ сирек кездесетін гистотүлесімділік үшін өте тиімді;

▲ гемотрансмиссивті жолмен жұқпалы аурулардың тарауы төмендейді;

▲ сүйектің қызыл кемігінің ГБЖ-ның гистотүлесімділік бойынша толық сәйкестігі қажет болса, кіндік қанынан алынған ГБЖ-ның ондай қажеттігі жоқ;

▲ қабылдаған ағза иесіне қарсы реакцияның пайда болу қауіптілігінің төмен болуы.

▲ кіндік қанында қан жасаушы жүйенің жасушалары өте көп болады.

XXI ғасырда емделмейтін аурудың емін табуға болады деп айтуға болады. Туа пайда болған эритропоэтикалық порфирия табиғаты қиын және ерекше емдеу әдістерін қажет етеді. Сол әдістерінің бірі нәрестенің кіндік қанының бағаналы жасушалары арқылы емдеу, бірақ бұл жолмен емдеу үшін көптеген қаражат қажет. Ауру ерте анықталса және ата-аналар бірден мән беріп дәрігерлік көмекке жүгінсе, алғашқы сатысында емдеуі тиімдірек болады. Ал ауыр стадияларында қызыл сүйек кемігінің және кіндік қанының бағаналы жасушаларының трансплантациясы қажет. Дегенмен де кіндік қанының бағаналы жасушаларының трансплантациясы медицинада үлкен жетістіктерге жетіп жатыр. Нәрестенің кіндік қаны - оның болашақ және сау өмір сүруінің «биологиялық кепілі» болып табылады. Кіндік қаны — медицинаның алтын қазынасы!!!

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Идельсон Л.И. Патогенез, клиника и лечение порфирий. // Тер.Арх. -1987. - № 6 - С.143-150.
2. Афанасьев Б. В., Туранова С. А. и др. // Тер.арх. — 1983. — №8 — С. 114-121.
3. @blood.ru (<http://blood.ru/sites/site001/index.htm>)
4. Идельсон Л.И. Порфирии, М., // Тер.арх. — 1981. - № 4 - С.113-125.
5. Пустовойт Я. С., Пивник А. В. и др. // Тер. арх. - 1999. - №4. - С. 32-36.
6. Мур М. Р. Диагностика и лечение порфирии // Тер. арх.- 1992.- №11-12. - С. 33-40.

УДК 616.69 – 008.1

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Ж.Т.АЙТБАЕВА

Филиал ТОО «Клинико-диагностические лаборатории ОЛИМП» г.Алматы

С целью определения параметров иммунорегуляторных механизмов при васкулогенных эректильных дисфункциях у 30 пациентов изучены показатели про- и противовоспалительных цитокинов. Дисбаланс цитокиновой регуляции, проявляющийся поляризацией иммунорегуляторных механизмов в сторону Т-хелперов 1 типа, является ключевым механизмом эндотелиальной дисфункции у пациентов с васкулогенными эректильными дисфункциями. Определение уровня цитокина TGF-β₁ может быть рекомендовано в качестве диагностического критерия фиброзной трансформации кавернозной ткани и стенок кавернозных сосудов.

Ключевые слова: цитокины, иммунорегуляция, иммуноферментный анализ, васкулогенная эректильная дисфункция, патология эндотелия, фиброгенез

INDICATORS OF CYTOKINES IN VASCULOGENIC ERECTILE DYSFUNCTION

Zh.AITBAYEVA

“Clinical Diagnostic Laboratories OLIMP” LLP branch, Almaty city

With the aim to characterize the immunoregulatory mechanisms at the vasculogenic erectile dysfunction, indicators of pro and anti-inflammatory cytokines are determined at the 30 patients. Disbalance of the cytokine regulation, manifested as immunoregulatory processes’ polarization in the direction of T-helper of type 1, is one of the key links in the mechanisms of endothelial dysfunction at the patients with vasculogenic erectile dysfunction. Determination of the TGF-β₁ level can be recommended as an appraisal of the degree of fibrous transformation of cavernous tissue and walls of the cavernous vessels.

ВАСКУЛОГЕНДІК ЭРЕКТИЛДІ ДИСФУНКЦИЯ КЕЗІНДЕГІ ЦИТОКИНДЕРДІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Ж.Т.АЙТБАЕВА

«ОЛИМП клиникалық-диагностикалық зертханалар» ЖШС филиалы, Алматы қ.

Васкулогендік эректилді дисфункция жағдайындағы иммунорегуляторлық механизмдерді сипаттау мақсатымен 30 наукастың қабындауыш және қабындауыш қарсы цитокиндердің көрсеткіштері анықталған еді. Бірінші тұрпаты Т-хелперлер бағытындағы иммунорегуляторлық үрдістерінің поляризациясы болып баяндалған цитокинді реттеуінің үйлесімсіздігі васкулогендік эректилді дисфункциясы бар наукастардағы эндотелиалдық дисфункция механизмдегі ең өзекті рөлдердің бірін атқарады. TGF-β₁ деңгейін анықтауды каверноздық тканьдардың және каверноздық тамырлардың

жақтарының фиброздық трансформация дәрежесін бағалауын өткізу үшін ұсынуға болады.

Несмотря на существенный прогресс за последние годы в области лечения и диагностики эректильных расстройств вопросы, касающиеся этиопатогенеза, диагностических и прогностических критериев васкулогенных эректильных дисфункций изучены не достаточно. Это касается и вопросов нарушений механизмов эрекции, связанных с системными и местными изменениями реактивных свойств сосудов и гладкомышечной ткани, дисфункцией эндотелия, процессами фиброгенеза (1). Практически не исследована роль важнейших медиаторов иммунитета – цитокинов, принимающих активное участие в регуляции механизмов функционирования эндотелия (2). Эти сведения имеют важное значение при изучении механизмов васкулогенной эректильной дисфункции, в патогенезе которой преобладает сосудистый компонент, выражающийся усилением притока артериальной крови в пещеристые тела полового члена с одновременным замедлением оттока по венозным коллекторам (3).

Цель исследования – оценить патогенетическую значимость про- и противовоспалительных цитокинов при васкулогенных эректильных дисфункциях.

Материалы и методы

Обследовано 30 пациентов с установленными диагнозами васкулогенных эректильных дисфункций, находящихся на амбулаторном лечении у урологов медицинских центров г. Алматы. Возраст обследованных составил от 34 до 55 лет. Пациентов обследовали однократно, до начала курса терапии. Концентрации в крови интерлейкина-1β (IL-1β), фактора некроза опухоли-α (TNF-α), γ-интерферона (γ-INF), интерлейкина-4 (IL-4) и трансформирующего фактора роста-β₁ (TGF-β₁) определяли методом иммуноферментного анализа на оборудовании «BIORAD», США с применением коммерческих тест-систем производства ТОО «Вектор-Бест», Россия и «Bender Medsystems».

В качестве контроля использовали результаты, полученные при обследовании 20 практически здоровых мужчин соответствующего возраста.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы Excel Microsoft Office 2010 г.

Результаты и обсуждение

Результаты определения концентраций цитокинов в крови обследованных пациентов с васкулогенными эректильными дисфункциями представлены в таблице.

Таблица – Показатели концентраций цитокинов в крови пациентов с васкулогенными эректильными дисфункциями

Цитокины	Контроль (n=20)	Концентрации цитокинов (пг/мл) у пациентов (N=30)			
		в пределах нормы		выше нормы	
		частота наблюдений (%)	концентрация	частота наблюдений (%)	концентрация
IL-1β	13,2±1,4	16,7	12,6±2,2	83,3	33,2±4,6*
γ-INF	8,2±1,6	26,7	10,8±2,4	73,3	28,4±2,7*
TNF-α	10,6±2,3	20,0	11,6±2,1	80,0	46,3±3,4*
IL-4	12,8±2,2	100,0	6,8±1,1*	-	-
TGF-β ₁	11,4±2,1	56,7	9,8±1,8	43,3	52,2±3,2*

Примечание: * - различие достоверно по сравнению с контролем

Проведенные иммунологические исследования выявили изменения показателей цитокинового профиля у пациентов с

эректильными дисфункциями. Наиболее значимые изменения определялись по показателям провоспалительных цитокинов:

концентрации IL-1 β , TNF- α и γ -INF были повышены до 33,2 \pm 4,6 пг/мл, 28,4 \pm 2,7 пг/мл и 46,3 \pm 3,4 пг/мл, соответственно у 83,3%, 73,3% и 80,0% пациентов, соответственно. Поляризация иммунорегуляторных процессов в сторону Т-хелперов 1 типа подтверждается результатами значимого снижения по сравнению с контролем уровня IL-4 до 6,8 \pm 1,1 пг/мл у всех обследованных пациентов. Несмотря на выраженный дисбаланс иммунорегуляторных механизмов в сторону провоспалительных цитокинов, у части пациентов с васкулогенными эректильными дисфункциями, в 43,3% случаев, отмечено повышение концентрации противовоспалительного цитокина TGF- β ₁ до 52,2 \pm 3,2 пг/мл, что вероятно связано с ключевой ролью данного цитокина в процессах фиброгенеза в стенке кавернозных сосудов и кавернозной ткани (4).

Таким образом, проведенные исследования подтверждают результаты ранее опубликованных другими авторами (2) и свидетельствуют об участии провоспалительных цитокинов в механизмах нарушения функции эндотелия у пациентов с эректильной дисфункцией. Поэтому выбор тактики иммуноориентированной терапии в системе лечебно-реабилитационных мероприятий, направленной на восстановление иммунорегуляторного баланса у пациентов с патологией эрекции является патогенетически обоснованным.

УДК 616.61-089.84-091-07-08

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

К.А. Кабулбаев¹, Б.А. Абеуова², Г.Н. Чингаева¹, А.М. Шепетов¹,
А.М. Нугманова¹, С.М. Досым¹, А.Е. Наушабаева¹

Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы¹

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда²

В статье отражены результаты изучения цитокинов у пациентов после трансплантации почки в период острого отторжения и после проведения противокризисовой терапии. Установлено, что у пациентов с острым отторжением, доказанным биопсийным исследованием, продукция ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, ИФН-гамма и ФНО-альфа более чем в 2 раза выше, чем в группе пациентов без повышения уровня сывороточного креатинина.

Ключевые слова: трансплантация почки, интерлейкины, интерферон-гамма, фактор некроза опухоли альфа, отторжение трансплантата.

Бүйрек аллотрансплантацисынан кейінгі цитокиндердің клиникалық-диагностикалық беделі

К.А. Қабулбаев, Б.А. Әбеуова, Г.Н. Шыңгаева, А.М. Шепетов, А.М. Нугманова, С.М. Досым, Наушабаева А.Е.

Түйін Ғылыми мақалада бүйрек алмастыруынан кейінгі науқастарда жедел қабылдамау және кризге қарсы емнен кейін ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, ИФН-гамма, ФНО-альфа өнім ерекшеліктерін зерттеулер нәтижесі көрсетілді. Бізде белгіленгені, биопсия зерттеулері бойынша жедел қабылдамау өнімдері ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, ИФН-гамма және ФНО-альфа қан сарысуында креатинин деңгейінің көтерілуісіз жүретін науқастармен салыстырғанда 2 есе көп табылды.

Түйінді сөздер бүйрек алмастыруы, интерлейкиндер, ИФН-гамма, ФНО-альфа, трансплантаттің қабылдамау.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Мазо Е.Б., Зубарев А.Р., Жуков О.Б. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции // М.: Медицина. – 2003. – 112 с.
2. Еркович А.А., Печурин И.Н., Цырендоржиев Д.Д., Шелякин И.Е. Патогенетическая значимость про- и противовоспалительных цитокинов при васкулогенной форме эректильной дисфункции // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т. XIII. – №2. – С. 103-106.
3. Тарасов Н.И., Бавильский В.Ф., Губницкий Д.А., Богданов А.Г. Ультразвуковая доплерография сосудов полового члена в сочетании с различными способами стимуляции эрекции в диагностике эректильной дисфункции // Урология. – 2001. – №3. – С.28-31.
4. Nehra A., Gettman M.T., Nugent M. et al. An in vivo model for transforming growth factor- β ₁ is sufficient to induced fibrosis of rabbit corpus cavernosum in vivo // J. Urol. – 1999. – Vol. 162. – P. 910-915.

Clinical and diagnostic significance of cytokines in long-term patients after kidney transplantation

К.А. Кабулбаев, В.А. Абеуова, Г.Н. Чингаева, А.М. Шепетов, А.М. Нугманова, С.М. Досым, А.Е. Наушабаева

The article presents results of studying the peculiarities of IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IFN-gamma, TNF- α production in recipients after kidney transplantation at period of graft rejection and 2 weeks after anti-rejection therapy.

In patients after kidney transplantation at period of biopsy proved graft rejection IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, IFN-gamma, TNF- α production was found to be more than 2 times higher than in patients with normal level of serum creatinine.

Keywords: kidney transplantation, interleukins, interferon-gamma, TNF- α , kidney transplant rejection

С того момента, как в 1954 г была произведена первая успешная пересадка почки, трансплантация органов позволила значительно увеличить продолжительность жизни и повысить качество жизни больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН). Сегодня в мире ежегодно производится около 25 тыс. пересадок почки [1].

Острое отторжение аллотрансплантата может развиваться как в раннем (24%), так и в отдаленном периодах. Если пациент тщательно наблюдается, то криз отторжения может быть распознан в ранние сроки и обычно успешно излечен. С другой стороны, криз отторжения может протекать бессимптомно, и

это может привести к быстрой потере трансплантата. Многие патогенетические механизмы иммуноадаптации аллогенного органа в организме реципиента остаются недостаточно изученными и требуют дальнейших научных исследований.

Одним из направлений повышения эффективности пересадки в клинике является изучение медиаторов иммунной системы в реализации иммунного ответа на трансплантат [1]. Функции медиаторов осуществляют цитокины, которые секретируются активированными клетками иммунной системы [2]. Иммунорегуляторные цитокины в организме вырабатываются Т-лимфоцитами хелперами, которые имеют две субпопуляции: Т-хелперы I-типа (ТХ1) и Т-хелперы II-типа (ТХ2) [1,2]. Цитокины ТХ1 лимфоцитов принимают участие в реализации клеточного иммунного ответа; являются провоспалительными. А цитокины ТХ2 лимфоцитов участвуют в гуморальных реакциях и ингибируют воспаление и функцию ТХ1 лимфоцитов [3,4,6,7]. Поэтому постоянно идет поиск «новых» маркеров или оптимального их сочетания, подтверждающих развитие острого отторжения в отдаленном периоде после трансплантации почки.

Выяснение роли цитокинов в патогенезе реакции отторжения обеспечит основу для совершенствования тактики посттрансплантационного мониторинга и иммуносупрессии, и позволит улучшить результаты трансплантации почки в клинике. **Целью** наших исследований было изучение уровней ИЛ в зависимости от эпизодов острого криза отторжения в отдаленный период после трансплантации почки.

Материал и методы. Под наблюдением находились 111 пациентов, которым была выполнена трансплантация донорской почки по поводу терминальной стадии ХПН. Большинство пациентов получали трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию: циклоспорин-А, мофетила микофенолат, преднизолон. В сроке более 12 месяцев после трансплантации у 21 (18,9%) пациентов отмечены эпизоды повышения уровня сывороточного креатинина более чем на 25% от исходного уровня, которым выполнена биопсия трансплантата. В данной группе пациентов, кроме рутинных клинико-лабораторных показателей, исследовались уровни цитокинов – интерлейкинов (ИЛ) 2, 4, 5, 10, интерферон (ИФН)-гамма и фактор некроза опухоли (ФНО)-альфа в день биопсии и спустя 2 недели после окончания противокризовой терапии при

Таблица 1. Частота основных клинических проявлений острого отторжения в зависимости от времени его возникновения

Клинические симптомы	Сроки после трансплантации				p
	0-12 мес.		более 12 мес.		
	n=33	M±m,%	n=21	M±m,%	
Повышение температуры	12	36,4±4,3*	1	4,7±2,5	<0,001
Снижение диуреза	21	63,6±4,3*	8	38,1±5,8	<0,001
Болезненность в области трансплантата	25	75,7±3,9*	5	23,8±5,0	<0,001
Повышение АД	19	57,6±4,5*	7	33,3±5,6	<0,001
Прибавка веса более 1-2кг/сут	23	69,7±4,1*	6	28,6±5,4	<0,001
Уплотнение трансплантата	8	24,3±5,1	3	14,7±4,2	>0,05

Примечание - * достоверное различие при сравнении групп

стабильно-функционирующем трансплантате и поддерживающих дозах иммуносупрессивной терапии.

Исследуемую группу составили 8 лиц женского и 13 лиц мужского пола, в возрасте 13-42 года, давность трансплантации составила в среднем 15,4±3,1 мес. Контрольную группу, в которой также определяли уровни ИЛ составили 15 (8 лиц женского и 7 лиц мужского пола) пациентов без повышения уровня креатинина в возрасте 15-43 года, с давностью трансплантации средним 16,8±2,4 мес.

Для измерения ИЛ использовали иммуноферментный анализ на основе двухступенчатого «бутербродного» процесса с пероксидазой в качестве индикаторного фермента. Измерения активности связанной пероксидазы проводили на автоматическом фотометре для микропланшетов «Stat Fax 2100», (США).

Биоптаты ткани почечного трансплантата подвергались световой микроскопии и иммуногистохимическому исследованию, степени отторжения описывались по классификации Банфф-97. Противокризровая терапия интерстициального отторжения включала стандартную внутривенную пульс-терапию метилпреднизолоном по 500мг в течение трех последовательных дней.

Результаты и обсуждение. Клинические симптомы пациентов, у которых констатировано острое отторжение в отдаленном периоде, были скудными, в отличие от пациентов с кризом отторжения в раннем посттрансплантационном периоде. Клинические симптомы, проявляющиеся в зависимости от времени наступления острого отторжения представлены в таблице 1.

Как видно, из таблицы 1, в раннем периоде у большинства пациентов при кризе отторжения отмечалась болезненность трансплантата (75,7%, p<0,001), снижение диуреза (63,6%), прибавка веса более 1-2 кг в сутки (69,7%), повышение АД (57,7%) и у 36,4% повышение температуры.

Главным критерием для начала диагностического поиска в отношении острого отторжения, после исключения инфекционных осложнений, было повышение уровня сывороточного креатинина от исходного уровня до 115±21,5 мкмоль/л, более чем на 25%.

сывороточного креатинина выявлены морфологически различные степени острого отторжения (таблица 2).

При проведении биопсийного исследования почечного трансплантата у пациентов с эпизодами повышения уровня

Таблица 2. Распределение пациентов с отторжением трансплантата по классификации Банфф

Степень отторжения	n=21	M±m,%	p
Пограничные изменения	3	14,3±4,1	
Т-клеточно-опосредованное отторжение:			
Тип IA	7	33,3±5,6*	*p<0,01
Тип IB	8	38,1±5,8**	**p<0,001
IIA	3	14,3±4,1	
IB	0		
III	0		

Наиболее часто (71,4%) позднее острое отторжение развивалось по интерстициальному типу (IA и IB по Банфф классификации), значительно реже выявлялся сосудистый тип отторжения - тип IIA (14,4%), типы IIV и III не обнаружены. В 14,3% случаев отмечались пограничные изменения, что расценивается как подозрение на острое отторжение.

Анализ клинико-морфологических корреляций выявил тесную связь между выраженностью дисфункции трансплантата и тяжестью морфологических изменений, с одной стороны ($r=0,32$;

$p=0,002$) и распространенностью тубуло-интерстициального склероза с другой ($r=0,51$; $p<0,001$).

Обследование пациентов во время развития острого криза отторжения показало активацию продукции ИЛ-2, 4, 5, 10, ИФН-гамма и ФНО-альфа. Уровни ИЛ в контрольной и исследуемой группе в период острого криза отторжения и спустя 2 недели после проведения противокризисовой терапии представлены в таблице 3.

Таблица 3. Уровень продукции цитокинов в сыворотке крови пациентов после трансплантации почки, пкг/мл

Цитокины	Контрольная группа (n=15)	Исследуемая группа, (n=21)	
		В период острого отторжения	2 недели после противокризисовой терапии
ИЛ-2	6,5±2,4	14,8±3,5*	7,5±3,1**
ИЛ-4	19,7±6,8	46,6±9,1*	17,9±7,2**
ИЛ-5	4,6±2,4	6,1±2,9	5,5±2,7
ИЛ-10	7,4±3,2	12,7±6,3	9,4±3,6
ИФН-гамма	64,5±9,1	138,4±16,8*	94,4±6,9
ФНО-альфа	6,2±1,2	17,3±2,2*	8,2±2,5**

Примечания - * - достоверность различий с контролем, $p<0,01$
 ** - достоверность различий в динамике, $p<0,05$

Как видно из таблицы, в исследуемой группе отмечается достоверное ($p<0,01$) повышение в период острого отторжения уровней ИЛ-2 в 2,3 раза, ИЛ-4 в 2,4 раза, ИФН-гамма в 2,2 раза по сравнению с контрольной группой. Это доказывает, что помимо клеточного иммунитета определенную роль в хроническом отторжении трансплантата также играют и иммуноглобулины. Наиболее активны, как стимуляторы отторжения, ФНО-альфа и ИФН-гамма, которые не только угнетают жизнедеятельность клеток трансплантата и активируют эффекторы цитотоксичности, но и усиливают экспрессию трансплантационных антигенов на клетках, вовлекая цитотоксические эффекторы.

При манифестации острой реакции отторжения пациентам назначали болюсные внутривенные вливания метилпреднизолона в дозе 500 мг/сут. Хотелось бы отметить определенные индивидуальные особенности при оценке показателей продукции ИЛ-10 во время развития криза отторжения. У больных с показателями ИЛ-10, достигающих нормальных величин на фоне отторжения и ударной иммуносупрессии, кризы отторжения были обратимыми, и в дальнейшем трансплантат функционировал стабильно.

В динамике, спустя 2 недели после окончания противокризисовой терапии у пациентов исследуемой группы отмечена тенденция к снижению уровней ИЛ, с достоверным ($p<0,05$) достижением исходных уровней ИЛ-2, 4, ФНО-альфа.

Анализируя функцию ТХ2 у больных с удовлетворительно функционирующим трансплантатом, в отдаленном периоде, мы выявили высокие показатели спонтанной и индуцированной продукции ИЛ-2 по сравнению с контрольной группой 14,8±3,5пкг/мл и 6,5±2,4пкг/мл ($p<0,01$).

Заключение. Таким образом, для пациентов после трансплантации почки в отдаленном периоде при условии отсутствия симптомов инфекционных осложнений в период острого криза отторжения, подтвержденного биопсией трансплантата, наблюдается как клеточный, так и гуморальный иммунный ответ. Характерно достоверное повышение уровней ИЛ-2, 4, 5, 10, ИФН-гамма и ФНО-альфа более чем в 2 раза, что, является результатом активации Т-лимфоцитов, участвующих в реакции отторжения.

Проведенные исследования имеют большое практическое значение в клинической трансплантологии для прогнозирования развития реакции отторжения и ее обратимости. Показатели продукции ИЛ у реципиентов аллогенной почки могут являться критериями прогнозирования острого отторжения в отдаленном периоде.

Список литературы

1. Мойсюк Я.Г., Столяревич Е.С., Томила Н.А. Болезни почечного трансплантата// Нефрология Национальное руководство. – Москва, 2009. – С. 629-682.
2. Stehlan J., Pavlakis M., Lipman M. et al. The intragraft gene activation of markers reflect in T-cell-activation and cytotoxicity analyzed by quantitative RT-PCR in renal transplantation // Clin.Nephrol. — 1996. — Vol.46. — №1. — P.30-33.
3. Dallman M. Cytokines and transplantation Th1/Th2 regulation of the immune response to solid organ transplants in the adult //Curr.Opinion Immunol. — 1995. — №7. — P.632-638.
4. D, Elios M., Josein R., Manghetti M., Amadi A. Predominant Th1cell infiltration in acute rejection episodes of human kidney grafts // Kidney International. — Vol.51. — P.1876-1884.
5. Mottram P., Han W., Parcell L. et al. Increased expression of IL-4 and IL-10 and decreased expression of IL-2 and interferon-j in long-survival mouse heart allografts after brief CD-4-monoclonal therapy // Transplantation. — 1995. — Vol.59. — P.559-565.
6. Nast C., Zuc X., Drehn J. et al. Gamma-interferon gene expression in human renal allograft fine-needle aspirates //Transplantation. — 1994. — Vol.57. — P.498-502.
7. Weimer R., Zipperle S., Daniel V. et al. Superior 3-year kidney graft function in patients with impaired pretransplant TH2 responses // Transpl.Int. — 1998. — №11. — P.350-356.

Краткая справка на авторов:

1. Кабулбаев Кайрат Абдуллаевич, доцент курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. E-mail: kairatkabulbayev@yahoo.com. Моб. тел. 8701-725-2640.
2. Абеуова Бибикуль Амангельдиновна, д.м.н., доцент курса педиатрии факультета непрерывного профессионального образования Карагандинского государственного медицинского университета. Караганда. E-mail: babeuova@mail.ru. Моб. 8-701-365-93-94.
3. Чингаева Гульнар Нуртасовна, доцент курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. E-mail: gulnarn@mail.ru. Моб. тел. 0701-741-9079.
4. Шепетов Абай Мусаевич, ассистент курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. E-mail: shepetov@mail.ru. Моб. тел. 8701-768-5723.
5. Нушманова Айзуль Маратовна, доцент курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. Моб. тел. 8701-577-8493.
6. Досым Сауле Мухамеджаровна, завуч курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. Моб. тел. 8705-181-4313.
7. Наушабаева Асия Еркиновна, д.м.н., доцент курса нефрологии кафедры урологии КазНМУ. E-mail: assiyaandsuccess@gmail.com. Моб. тел.: 8707-837-19-76.

УДК 616.61-071-085-053.2

ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВАРИАНТЫ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

*А.Е. Наушабаева¹, Б.А. Абеуова², Г.Н. Чингаева¹, К.А. Кабулбаев¹,
А.М. Нугманова², Досым С.М.¹*

*Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д. Асфендиярова, Алматы¹*

Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда²

Из 35 больных детей стероидрезистентным нефротическим синдромом, обусловленным фокально-сегментарным гломерулосклерозом, у 3 детей выявлена генетическая предрасположенность к нефротическому синдрому, что составило 8,6%. У 2 больных выявлены гетерозиготные мутации гена подоцина NPHS2. У одной девочки диагностирована иммуно-остеоидная дисплазия или синдром Шимке, обусловленный мутацией гена SMARCAL1.

Ключевые слова: стероидрезистентный нефротический синдром, мутация гена подоцина, мутация гена SMARCAL1, синдром Шимке

Нефротикалық синдромның генетикалық шартталған стероид резистентті варианттары

*Ә.Е. Наушабаева, Б.А. Абеуова, Г.Н. Шынғаева, Қ.А. Қабулбаев,
А.М. Нугманова, С.М. Досым*

Фокалді-сегментарлы гломерулосклерозбен шартталған стероидрезистентті нефротикалық синдромы бар 35 науқас баланың 3-еуінде нефротикалық синдромға генетикалық бейімділігі анықталды, 8,6%-ды құрады. 2 науқаста NPHS2 подоцин генінің гетерозиготалық мутациялары анықталды. Бір қыз балада SMARCAL1 генінің мутациясымен шартталған Шимке синдромы немесе иммунды-остеоидты дисплазиясы анықталды.

Түйінді сөздер: стероид резистентті нефротикалық синдром, подоцин генінің мутациясы, SMARCAL1 генінің мутациясы, Шимке синдромы

Genetic variants of the steroid-resistant nephrotic syndrome

A.E. Naushabayeva, B.A. Abeuova, G.N. Chingayeva, K.A. Kabulbayev,

A.M. Nugmanova, S.M. Dosym

Among 35 pediatric patients with steroid-resistant nephrotic syndrome associated with the focal segmental glomerulosclerosis, in 3 (8.6%) children the genetic predisposition to nephrotic syndrome was established. In 2 children heterozygous podocin gene mutations were detected. In one girl an immune-osseous dysplasia or Schimke syndrome associated with SMARCAL1 gene mutation was diagnosed.

Keywords steroid-resistant nephrotic syndrome, podocin gene mutation, SMARCAL1 gene mutation, Schimke syndrome

Экспериментальные исследования и исследования на людях показали, что подоциты могут повреждаться вследствие механического растяжения [1-3], воздействия вирусной инфекции, токсинов [4], иммунологических факторов, при митохондриопатиях [5,6], мутациях генов, кодирующих белки

подоцитов [1]. К настоящему моменту установлены мутации в следующих генах, кодирующих белки подоцитов: NPHS1 (нефрин), NPHS2 (подоцин), ACT4 (α-актинин-4), PLCE1 (фосфолипаза С эпсилон), WT1, SMARCAL и др., клинически протекающие с врожденным или инфантильным стероидрезистентным нефротическим синдромом [7]. Фокальносегментарный гломерулосклероз (ФСГС), ассоциированный с мутациями генов подоцитов, в большинстве случаев резистентен к иммуносупрессивной терапии, поэтому многие авторы согласны с мнением, что данная терапия в таких случаях противопоказана [7,8].

Цель исследования. Выявить генетическую обусловленность стероидрезистентного нефротического синдрома с фокальносегментарным гломерулосклерозом у детей.

Материал и методы. Мутационный анализ генов белков подоцитов NPHS2 (ген подоцина) и WT1 (ген опухоли Вильмса) проводился 34 пациентам со стероидрезистентным нефротическим синдромом (СРНС), из них 20 пациентов Республиканской детской клинической больницы «Аксай» и 14 пациентов Детской больницы Медицинского Университета Ганновера. Для генетических исследований использовалась ДНК, изолированная из венозной крови пациентов, стабилизированной в EDTA. Мутационный анализ проведен в Национальном Институте Здоровья Университета Мичиган, США, в рамках исследования корреляции между частотой встречаемости мутаций генов NPHS2 и WT1 и клиническим исходом у пациентов с НС (например, ответ на терапию глюкокортикостероидами или цитотоксическими препаратами, влияние на развитие рецидива после трансплантации почки и др.) Мутационный анализ гена SMARCAL1 (иммуно-остеоидная дисплазия Шимке) проводился в Университете Эрланген (Германия) у 1 девочки со стероидрезистентным НС целенаправленно, в связи с имеющимся своеобразным внешним видом и поражением нескольких систем.

Результаты. Выявлены 2 пациента с гетерозиготными мутациями гена подоцина NPHS2. Это были девочка в возрасте 1,5 лет и мальчик в возрасте 2 лет, оба казахской национальности с давностью заболевания 2,5 месяцев и с морфологически подтвержденным фокально-сегментарным гломеруло-склерозом, типичным вариантом. Клинически нефротический синдром у них сопровождался артериальной гипертензией (АД 110/70 мм.рт.ст.), микрогематурией, и нефротический синдром был резистентен к терапии преднизолоном и циклоспорином А. У мальчика имело место мутация H325Y в виде нуклеотидной замены С на Т в экзоне 8 (рисунок 1).

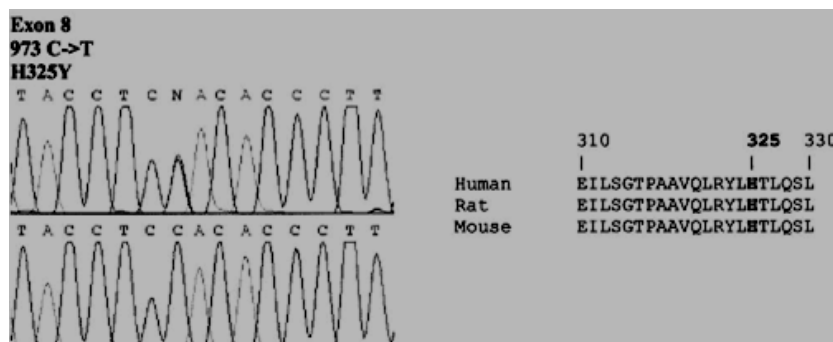
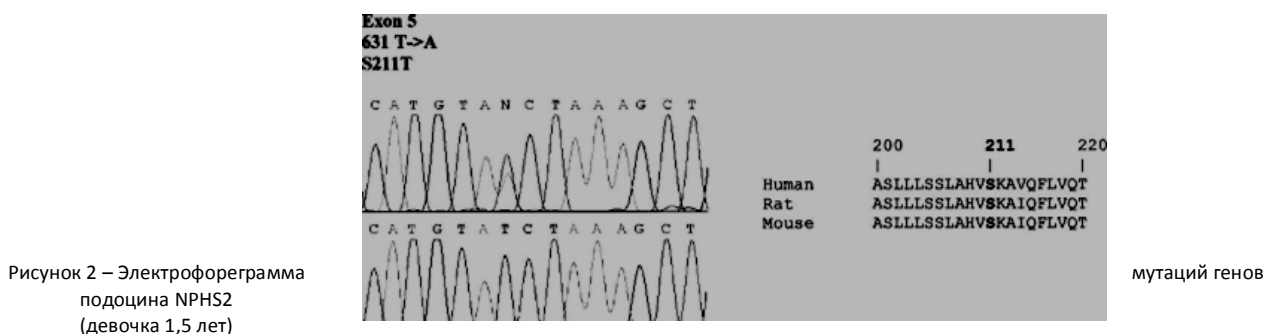


Рисунок 1 – Электрофореграмма мутаций генов подоцина NPHS2 (мальчик 2 лет) девочки имела место мутация S211T в

у

виде нуклеотидной замены Т на А в экзоне 5 (рисунок 2).



У этих детей отсутствовала семейная отягощенность по заболеваниям почек, только бабушка и дедушка по линии матери у мальчика страдали артериальной гипертензией, успешно контролируемой антигипертензивными препаратами. Родители детей не являются родственниками.

У этих детей типичный вариант ФСГС, клинически проявляемый стероидрезистентным нефротическим синдромом, показал наличие генетических мутаций. Эти пациенты получали иммуносупрессивную терапию, которая не оказала должного эффекта, что проявлялось незначительным снижением протеинурии (с $2,3 \pm 0,09$ г/сут до $1,6 \pm 0,1$ г/сут) и ухудшением скорости клубочковой фильтрации (с $77,5 \pm 3,5$ мл/мин до $69 \pm 2,2$ мл/мин). После заключения генетического исследования, иммуносупрессивная терапия была отменена, и пациенты были переведены на лечение ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента.

Отдельно представлен ребенок со стероидрезистентным нефротическим синдромом с крайне редким генетически обусловленным заболеванием – иммуно-остеоидной дисплазией или синдромом Шимке, обусловленный мутацией гена SMARCAL1. Это девочка казахской национальности, 7 лет, с давностью нефротического синдрома 3 месяца. Клинически заболевание проявлялось стероидрезистентным нефротическим синдромом. Само течение СНС отличалось от других стероидрезистентных вариантов наличием синдромности, что характеризовалось диспропорциональной задержкой физического развития (позвоночник, короткий за счет дисплазии тел позвонков, по сравнению с конечностями, двухсторонний коксартроз), гипотиреозом, пигментными пятнами на теле, иммунодефицитом (частые, резистентные к лечению инфекции, в частности – бронхопневмонии). Также, у девочки имели место целиакия, гипотиреоз, задержка полового развития, правосторонний гидронефроз II степени. Отмечена генетическая предрасположенность к заболеванию – мужчины по линии отца низкорослые (отец ребенка и его брат), с коротким туловищем, с большим количеством пигментных пятен на теле, однако заболеваний почек ни у кого не отмечено. Как и типично для детей с этой патологией, интеллект у ребенка не страдал, напротив, она отличалась очень хорошими умственными способностями. Этой пациентке, в связи со стероидрезистентностью нефротического синдрома была назначена терапия ингибиторами АПФ (моноприл 5 мг/сут) и индометацином 75 мг/сут (помимо симптоматической терапии диуретиками, лечения анемии препаратом эритропоэтина – рекормоном и др.). Индометацин был назначен в связи с неконтролируемой, крайне тяжелой гипоальбуминемией (до 10 г/л) и резистентным к диуретической терапии отечным синдромом. На фоне такой терапии отечный синдром уменьшился, протеинурия снизилась с 2,4 до 1,8 г/с, но при этом СКФ стала снижаться – с 60 мл/мин до 48 мл/мин. Индометацин был назначен не с целью лечения нефротического синдрома (в лечении нефротического синдрома нестероидные противовоспалительные препараты не применяются), а для его

ингибирующего действия на простагландины, вызывая так называемую «индометациновую нефроэктомию», для снижения протеинурии и сохранения уровня белка в крови и для подготовки больного к гемодиализу и трансплантации почки.

Заключение. Следует отметить, что двое наших пациентов с выявленными мутациями гена подоцитов NPHS2 и один пациент с мутацией гена SMARCAL1, то есть с врожденными вариантами фокально-сегментарного гломерулосклероза с нефротическим синдромом, имели тяжелое стероидрезистентное течение нефротического синдрома, резистентное так же и к терапии циклоспорином А, с одним летальным исходом на фоне прогрессирования до терминальной ХПН. Таким образом, нами установлены генетически опосредованные варианты нефротического синдрома с фокально-сегментарным гломерулосклерозом, с частотой 8,6% по отношению к числу обследованных пациентов. Единственным кардинальным лечением больных детей с генетически обусловленным нефротическим синдромом является трансплантация донорской почки.

Все вышеуказанные генетически обусловленные варианты фокально-сегментарного гломерулосклероза были обнаружены в Казахстане впервые, а синдром Шимке – крайне редкое заболевание (по всему миру зарегистрировано всего около 15 случаев [9]) – впервые в Центральной Азии.

Список литературы:

- 1 Meyrier A. Mechanisms of disease: focal segmental glomerulosclerosis// *Nat Clin Pract Nephrol.* – 2005. – Vol. 1. – P. 44-45.
- 2 Gutierrez-Millet V., Nieto J., Praga M. et al. Focal glomerulosclerosis and proteinuria in patients with solitary kidneys//*Arch Intern Med.* – 1986. – Vol. 146. – P. 705-709.
- 3 Praga M., Morales E., Herrero J.C. et al. Absence of hypoalbuminemia despite massive proteinuria in focal segmental glomerulosclerosis secondary to hyperfiltration//*Am J Kidney Dis.* – 1999. – Vol. 33. – P. 52-58.
- 4 Pavenstadt H., Kriz W., Kretzler M. Cell biology of the glomerular podocyte//*Physiol Rev.* – 2003. – Vol. 83. – P. 253-307.
- 5 Boerckel C.F., Hiroshi T., Joy J. et al. Mutant chromatin remodeling protein SMARCAL1 causes Schimke immuno-osseous dysplasia//*Nat Genet.* – 2002. – Vol. 30. – P. 215-220.
- 6 Hall A.M., Unwin R.J. The not so 'mighty chondrion': emergence of renal diseases due to mitochondrial dysfunction//*Nephron Physio.* – 2007. – Vol. 105, №1. – P. 1-10.
- 7 Ehrich J.H.H., Geerlings C., Zivicnjak M. et al. Steroid-resistant idiopathic childhood nephrosis: overdiagnosed and undertreated//*Nephrology Dialysis Transplantation.* – 2007. – Vol. 22, №8. – P. 2183-2193.
- 8 Канатбаева А.Б., Абеуова Б.А., Нигматуллина Н.Б. и др. Лечение различных вариантов нефротического синдрома у детей// *Материалы I(V) съезда детских врачей Республики Казахстан.* – Астана, 2001. – С.125-126.
- 9 Boerckel C.F., Hiroshi T., Joy J. et al. Mutant chromatin remodeling protein SMARCAL1 causes Schimke immuno-osseous dysplasia//*Nat Genet.* – 2002. – Vol. 30. – P. 215-220.

ФИТОПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ*К.В. Рахимова, З.И. Стафиевская**Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова*

Резюме Проблема инфекций мочевыводящих путей в настоящее время признана социальной, государственной (Игнатова М.С., 1996г., Коровина Н.А., 1997г.).

Всего под наблюдением находилось 68 детей в возрасте от 2 мес. до 13 лет с инфекцией мочевыводящих путей. Диагноз у всех детей верифицирован на основании клинического, лабораторного, микробиологического и рентгенологического обследования. Канефрон Н назначали внутрь вместе с антибиотиками или с уросептиком в возрастной дозе. Положительная динамика в результате использования Канефрона Н в комплексной терапии составила 80%.

Ключевые слова дети, инфекции мочевой системы, Канефрон Н.

Phytopreparations in a treatment of kidney disease in children*K.V. Rakhimova, Z.I. Stafievskaya**Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov*

Resume The problem of urinary tract infections are now recognized as the social, public (Ignatova M.S., 1996, Korovina N.A., 1997).

Results were monitored by 68 children between the ages of 2 months up to 13 years with urinary tract infection. The diagnosis was verified in all children on the basis of clinical, laboratory, microbiological, and radiological examinations. Canephron N appointed interior with antibiotics or uroseptic in the age dose. The positive dynamics of the use Canephron N in the complex therapy was 80%.

Keywords children, urinary tract infection, Canephron N

В последнее десятилетие отмечается увеличение частоты патологии мочевой системы в детской популяции. В общей структуре заболеваний детского возраста инфекции мочевых путей (ИМП), включая пиелонефрит, занимают второе место после инфекции дыхательных путей. Частота распространения ИМП зависит от пола и возраста.

В период новорожденности заболевание чаще встречается у мальчиков. В последующем, во всех возрастных группах преобладают девочки. Уже в возрасте от 1 месяца до 1 года соотношение мальчиков и девочек составляет 1:2,2 (1 мальчик на 2,2 девочки), а распространенность- 1,4 случая ИМП на 1000 детей. Цистит составляет до 50-60% всех урологических заболеваний в детском возрасте, а в структуре ИМП - до 60-70%. Реже диагностируется острый и хронический пиелонефрит, чаще среди больных с аномалиями верхних и нижних мочевых путей, сопровождающихся нарушением уродинамики. В 95,8% случаев пиелонефрита бывает вторичным и имеет рецидивирующее течение, дебютирует в детстве, продолжается у взрослых. В последние годы появились единичные сообщения о врожденной пиелозктазии у детей.

Пиелозктазии у детей выявляются редко из-за неспецифичности симптомов. Основным диагностическим признаком данной патологии служит расширение мочевых путей, проксимальнее места обструкции, которое можно обнаружить лишь на УЗИ или рентгенологическом исследовании. Инфекция мочевых путей является первым проявлением уропатии, а бактериальный фактор осложняет течение обструктивной уропатии. Канефрон Н, производимый немецкой компанией «Бионорика СЕ», может применяться при ИМП вместо 2-3-го курса антибактериальной терапии, а также параллельно с антибиотиком для сокращения срока его приема или в качестве профилактического средства при рецидивирующей ИМП. Поэтому Канефрон Н относится к фитопрепаратам новой линии, применяющихся при ИМП. Дозы, длительность применения, назначение повторных курсов детям зависит от нозологии, особенностей течения инфекции и результатов лабораторно- функциональных методов исследования.

Цель настоящего исследования – обоснование применения фитопрепарата Канефрон Н в лечении воспалительных заболеваний почек у детей.

Дизайн исследования.

Под наблюдением в детской поликлинике находились 68 детей в возрасте от 2 месяцев до 13 лет, причем 8 детей были до года. Из 68 пациентов цистит диагностирован у 25 детей, пиелозктазия- у 5; хронический пиелонефрит – у 11; острый пиелонефрит – у 9, у 18 детей имелась неосложненная инфекция мочевой системы. Преобладали девочки. Контрольную группу составили 10 человек.

При сборе анамнеза установлены перенесенные заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, дискинезия желчевыводящих путей)- у 19% больных, инфекционные заболевания - у 40%. Отягощенный аллергический анамнез (лекарственная, пищевая аллергия) отмечен у 18% детей.

В клинической картине доминировал болевой синдром, который наблюдался у 45 детей. Боль была постоянной, ноющей. У детей с циститом преобладали боли в надлобковой области, при пиелонефрите в поясничной области и животе. Дизурия имела место у 2/3 детей при ИМС. Повышение температуры в пределах 37,5⁰С отмечено у 8 детей до 1 года жизни. У 80% детей наблюдались пастозность век, тени под глазами.

Для диагностики использовали следующие методы:

- сбор анамнеза;
- оценка клинических симптомов;
- физикальное исследование с осмотром наружных половых органов;
- общие анализы крови и мочи;
- бактериологический анализ мочи;
- ультразвуковое исследование верхних и нижних мочевых путей;
- цистограмма микционная по показаниям и при необходимости- урограмма.

В клинических анализах крови у детей выявлен лейкоцитоз (12,5-15,5*10⁹ г/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, умеренное снижение уровня гемоглобина (Hb-90-100 г/л), повышение СОЭ.

При лабораторном исследовании мочи у всех больных определялась лейкоцитурия, микропротеинурия, бактериурия. При исследовании мочи по методу Зимницкого у 25% детей отмечена гипостенурия. При УЗИ, которое проведено всем детям, было подтверждено наличие воспалительного процесса в мочевыводящих путях, у 70% наличие солей. У 5 детей на УЗИ и на R-граммах почек подтверждена пиелозктазия. В динамике наблюдения и повторном проведении УЗИ почек пиелозктазия либо оставалась в тех же размерах, либо увеличивалась, что давало основание поставить диагноз: врожденная пиелозктазия. Мочевой синдром появлялся позже и не был выраженным.

При бактериологическом исследовании мочи у детей с ИМС высеяны следующие микроорганизмы: у 75% детей была высеяна E.Coli; у 7%- Proteus; у 5%- стафилококк. Enterococcus faecalis- у 10%, Candida albicans- у 3%.

Диагностически значимой была бактериурия при содержании 100 000 микробных тел на 1ед/мл, бактериурия выявлена в 52% случаев.

Пациентам основной группы назначали Канефрон Н и уросептик, а детям контрольной группы назначали уросептик без использования Канефрона Н.

Канефрон Н является комбинированным растительным препаратом, в состав которого входят золототысячник, любисток, розмарин. Препарат оказывает комплексное действие: диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антиоксидантное, антимикробное, нефропротективное. Диуретический эффект обусловлен, в основном, сочетанным действием эфирных масел и фенолкарбоновых кислот. Противовоспалительный эффект обусловлен, главным образом, розмариновой кислотой, а механизм действия связан с блокированием неспецифической активации комплемента и липооксигеназы и последующим

угнетением синтеза лейкотриенов. Одним из важных достоинств Канефрона Н является его безопасность.

До 6 лет препарат назначался в каплях, количество капель зависело от возраста детей. Детям грудного возраста Канефрон Н назначали по 10 капель*3 раза в день, а до 6 лет- по 15 капель*3 раза в день (детям старше 6 лет Канефрон Н назначали в драже), детям старшего школьного возраста назначали Канефрон Н по 25 капель*3 раза в день.

Во всех случаях отмечена хорошая переносимость препарата. Детям с пиелонефритом, циститом Канефрон Н назначался длительно (3-6 недель). Реабилитация детей проводилась в домашних условиях, условиях дневного стационара. В течение 10-14 дней дети получали либо антибиотики, либо фурамаг, в последующие 2-3 недели получали Канефрон Н.

Результаты исследования.

У детей основной группы отмечали положительные изменения, как в клиническом статусе, так и по лабораторным данным, явления интоксикации исчезали на 2 дня раньше, чем в контрольной группе. На 3 дня раньше купировался болевой синдром, дизурия, чем в контрольной группе. При посеве мочи через 30 дней после приема лечения у 80% флора не высевалась, в то время как в контрольной группе, не получавших Канефрон Н, она не высевалась у 60%.

Через 2 месяца после лечения у основной группы детей, получавших Канефрон Н, бактериурия не отмечалась.

Лейкоцитурия сохранялась у тех детей, у которых ИМП протекала на фоне пиелозктазии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рахимова К.В., Эрман М.В. Инфекции мочевой системы у детей: диагностика и реабилитация в амбулаторных условиях. Алматы, 2009, с.52.
2. Roth K.S., Коо Н.Р., Spotwood S.E., Chan S.C. Obstructive uropathy: an important cause of chronic renal failure in children. Clin. Pediatr. 2002, 41/5 h.309-314.
3. Woolf A.S. Thiruchelvam N. Congenital obstructive uropathy: it's origin and contribution to end stage renal disease in children. Adv Ren Replace. ther. 2001; 8 (3): p.157-163
4. Hanson S. Jodal V. Untreated bacteriuria in asymptomatic girl with renal scarring. Pediatr. 1985, v.84.p.964
5. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Гаврюшова Л.П. Протокол диагностики и лечения пиелонефрита у детей.- М.: Принт-партнер, 2000-49с.

УДК 616.61-002.2:616.36-002]-053.2-036.22-036.1-08

ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНАЦИИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК

Г.Н. Чингаева¹, Б.А. Абеуова², К.А. Кабулбаев¹, А.М. Нугманова¹,
А.Е. Наушабаева¹, К.Т. Баякова¹, М.М. Уриستمов³

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, Алматы
Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда²
Врачебная амбулатория Махтааральского района, ЮКО³

Нами проведен сравнительный анализ результатов вакцинации у 254 детей с хроническими болезнями почек (ХБП). Установлено, что при стандартной вакцинации поствакцинальный иммунитет лучше сохранен у детей с 1-2 стадиями ХБП (61,5 и 41,3% соответственно). При ХБП 3 стадии снизился до 37,5%, 4 стадии – 27,9 и 5 стадии до 18,9%. Повторная вакцинация детей с 1-4 стадиями ХБП в двойной дозе по схеме 0-1-6 мес. сопровождалось формированием достаточного поствакцинального иммунитета. Тогда как дети, на гемодиализе вакцинированные четырехкратно в двойной дозе по сравнению с детьми получившие иммуномодулятор на фоне вакцинации показали малоэффективный результат.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гемодиализ, вакцинация гепатита В

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар балалардағы

В гепатитіне қарсы вакцинация нәтижесін талдау

Г.Н. Чингаева, Б.А. Абеуова, К.А. Кабулбаев, А.М. Нугманова, А.Е. Наушабаева, К.Т. Баякова, Уриستمов М.М.

Түіін Бүйректің созылмалы ауруы (БСА) бар балалардағы В гепатитіне қарсы вакцинамен алдын алу әсерін 254 балаларда салыстырмалы бағалау. Біздің мәліметтер бойынша поствакциналды иммунитеті стандартты вакцинациядан кейін науқастарда БСА 1 және 2 кезеңінде сақталғаны анықталды (61,5 и 41,3% сәйкес). Поствакциналды иммунитет төмендеуі БСА 3

кезеңінде 37,5%, 4 кезеңінде 27,9% және 5 кезеңінде 18,9% анықталды. БСА 1-4 кезеңіне бар науқастарда В гепатитіне қарсы вакцинацияның екі әдісінің әсерлерінің салыстырғанда өте тиімді көрсеткіштер көрсетті. Ал гемодиализдегі науқастардарды екі еселенген мөлшермен жедел әдіспен өткізілген вакцинациясы әлсіз жауап қайтарылды, иммуномодулятор қолдану науқастармен салыстырғанда.

Түіінді сөздер: созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, гемодиализ, В гепатитіне қарсы вакцинасы

The results of vaccination against hepatitis B In children with chronic kidney disease

G.N. Chingayeva, B.A. Abeuova, K.A. Kabulbayev, A.M. Nugmanova, A.E. Naushabayeva, K.T. Bayakova, M.M. Uristemov

We have analysed the results of vaccination against hepatitis B in 254 children with chronic kidney disease (CKD). In children with CKD stages 1-2 have vaccinated by standard scheme immunity was better preserved (61,5% and 41,3% relatively). In children with CKD stage 3 it was decreased to 37,5%, with stage 4 – to 27,9% and with stage 5 to 18,9%. Repeated vaccination in children with CKD stages 1-4 with double-dose by scheme 0-1-6 months led to formation of the sufficient post-vaccine immunity. Children with CKD stage 5 on hemodialysis which have received vaccination four times with

double dose didn't develop good response in comparison with children with additional immunomodulator administration.

Key words: chronic kidney disease, hemodialysis, hepatitis B vaccination

Вирусный гепатит В остается одной из самых актуальных и социальных проблем здравоохранения во всем мире, включая Казахстан. Несмотря на существенный прогресс в профилактике гепатита В, достигнутый за последние годы, распространенность этой инфекции снижается медленно и остается по-прежнему достаточно высокой. Результаты стандартной вакцинации пациентов с хронической болезнью почек (ХБП), остаются низкими и неудовлетворительными [1,2]. Кроме того, ответ на вакцинацию у пациентов с почечной недостаточностью имеет тенденцию к снижению, а у пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН) становятся отрицательными в течение первых 6-12 мес. начала лечения гемодиализом (ГД) [3]. Разработаны различные стратегии для улучшения иммунного ответа на вакцинацию среди пациентов с ХБП: изменение схемы, дозы вакцинации, техника введения и разработка новой вакцины [4,5]. У больных с уреимией вследствие свойственного им иммунодефицита, эффективность вакцинопрофилактики гепатита В оказалась существенно ниже, несмотря на иммунизацию двойной дозой вакцины (обычно 40 мкг) при четырехкратном введении по схеме 0-1-2-6 месяцев [6,7]. Поэтому с целью оптимизации результатов вакцинации у пациентов с ХБП рекомендуется проведение ранней вакцинации с применением препаратов стимулирующих иммунный ответ, поскольку депрессия иммунитета выявляется уже на начальной стадии почечной недостаточности [8].

Цель исследования: оценка эффективности различных схем вакцинации гепатита В у детей с различными стадиями ХБП.

Материалы и методы исследования. Нами проведено обследование 254 детей с различными стадиями ХБП, получавших лечение в отделениях нефрологии и гемодиализа г. Алматы и Астаны. Возраст пациентов находился в диапазоне от 1 до 18 лет, и в среднем составил 11,7±4,10 лет. Среди пациентов, включенных в исследование, преобладали мальчики 128 (50,4%). В структуре заболеваний, приведших к ХБП, преобладали врожденные аномалии мочевыводящей системы 117 (46%), хронический гломерулонефрит выявлен у 100 (39,3%) детей, нефрит Шенлейн-Геноха у 16 (6,3%), наследственный нефрит у 7 (2,8%), люпус-нефрит у 3 (1,2%), тубулоинтерстициальный нефрит у 5 (2%), хронический пиелонефрит у 4 (1,6%) и диабетическая нефропатия (ДН) у 2 (0,8%).

По формуле Шварца был произведен расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) с распределением детей на стадии ХБП [9]. В 1 стадию ХБП вошли 26 (10,2%) детей с уровнем креатинина сыворотки 44,4±5,5 мкмоль/л,

соответственно СКФ до 145±11,7 мл/мин. 63 (24,8%) пациента с креатинином 72,5±15,4 мкмоль/л и снижением СКФ до 78,2±15,7 мл/мин во 2 стадию. В 3 стадии 32 пациента с уровнем креатинина 118,5±52,1 мкмоль/л и снижением СКФ до 47,6±15,8 мл/мин. У пациентов с 4 стадией (22/8,7%) уровень креатинина достоверно различался по сравнению с 1-3 стадиями ХБП и составил 287,7±87 мкмоль/л (p<0,05), со снижением СКФ до 19,3±10 мл/мин. Достоверно значимые различия по уровню креатинина (853,1±251 мкмоль/л) и значительному снижению СКФ (7,0±1,87 мл/мин) были характерны для больных на ГД с 5 стадией ХБП. Дети с ХБП 5 стадией получали заместительную почечную терапию программным гемодиализом (ПГД) в период 2002-2008 годы в отделениях гемодиализа г. Алматы и Астаны. Процедура гемодиализа проводилась по стандартной программе 3 раза в неделю по 3,5-4 часа с продолжительностью ПГД от 1 до 74 мес., в среднем 11,9±12,5 мес.

86 детей были вакцинированы ранее стандартно в одинарной дозе по схеме 0-1-6 мес. Повторная вакцинация проведена детям (62) при снижении титра протективных антител <10 мМЕ/мл или отрицательном ответе вакциной Энджерикс^в. Детям с ХБП 2-4 стадией трехкратно по схеме 0-1-6 мес. в двойной дозе, с ХБП 5 стадией четырехкратно в двойной дозе по схеме 0-1-2-6 мес. внутримышечно. На гемодиализе 11 детей из 27 были вакцинированы для стимуляции иммунного ответа в комбинации с иммуномодулятором Левамизолом в дозе 1 мг/кг однократно per os после каждого сеанса гемодиализа в течение 4-х мес.

Определение маркеров вирусных гепатитов В, С: HBsAg, анти-HBcore IgM, анти-HB core total (суммарный), анти-HBs количественный, HBeAg, анти-HBe и анти-HCV выполняли методом иммуноферментного анализа на автоматическом анализаторе АBBOT с применением тест-систем этой же фирмы каждые 6 мес.

Контроль за динамикой титра анти-HBs при вакцинации проводилась через 1 мес., 3 мес., 6 мес., 6-12 мес., 12-24 мес. и более 24 мес. ДНК ВГВ и РНК ВГС подтверждали ПЦР-диагностикой.

Результаты исследования. В ходе исследования установлено, что 85 (33,4%) детей были инфицированы HBV, наибольший процент приходится на детей на ГД – 56 (50,5%).

При анализе поствакцинального иммунитета установлено, что у 87 (34,2%) из 170 есть поствакцинальный иммунитет. При рассмотрении по группам выявлено, что иммунитет от HBV лучше сохранен у детей с 1 группой (16/61,5%) и 2 стадией ХБП (26/41,3%). По мере прогрессирования почечной недостаточности отмечалось снижение поствакцинального иммунитета: при 3 стадии ХБП – присутствовал у 12(37,5%), 4 стадии – у 6(27,9%), а при ХБП 5 стадии (на гемодиализе) только у 21(18,9%) (рисунок 1).

С целью уточнения динамики титра анти-HBs мы проанализировали в сравнительном аспекте стандартно и повторно вакцинированных детей с различными стадиями ХБП. 86 (33,8%) детей вакцинированных стандартным методом с различными стадиями ХБП сохранили поствакцинальный иммунитет (таблица 1).

Однако с тенденцией к понижению поствакцинального иммунитета в динамике. Если при исследовании исходный титр анти-HBs у больных с 1 стадией ХБП (16) составлял 220,0±234,5 мМЕ/мл, то через 36 мес. титр антител снизился до 62,0±68,9 мМЕ/мл (p<0,001). При ХБП 2 стадии (26) титр был 205,8±205 мМЕ/мл, через 36 мес. снизился до 47,6±55,9 мМЕ/мл, у детей с 3 стадией (12) анти-HBs в начале исследования составили 140,2±159,9 мМЕ/мл, то через 36 мес. - 39,7±90 мМЕ/мл (p<0,001).

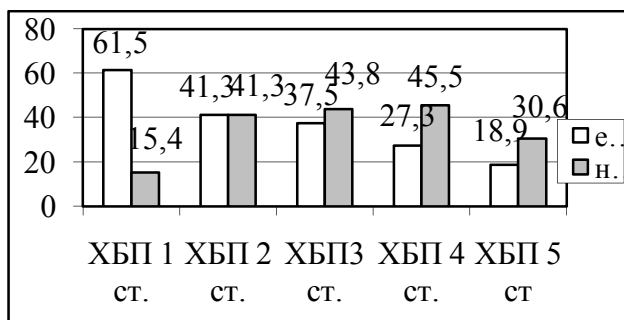


Рисунок 1 – Частота поствакцинального иммунитета у детей с ХБП

Таблица 1. Динамика титра анти-HBs у детей с ХБП вакцинированных стандартным методом

Стадии ХБП	Пол м/д	Динамика титра анти-НВs					
		ч/з 1 мес.	ч/з 3 мес.	ч/з 6 мес.	ч/з 12 мес.	ч/з 24 мес.	ч/з 36 мес.
1	10/6	220,0±234,5	201,7±219,3	157,7±157,88	116±110,2	90,6±94,2	62,0±68,9
2	11/15	205,8±205	180,8±179,8	153,9±154,4	121,3±125	81,5±85	47,6±55,9
3	5/7	140,2±159,9	118,2±152,4	97,2±131,9	76,9±123	61,9±112	39,7±90
4	3/4	108,2±1125	84,2±99,0	66,6±86,0	50,2±67,6	34,7±55,1	6,18±6,68
5	9/12	175,9±200	138,8±173	103±149	71,2±124	40,1±81	11,5±26

Значительное снижение титра протективных антител было характерно для детей с ХБП 4 и 5 стадиями. При 4 стадии титр антител снизился с 108,2±1125 мМЕ/мл до 6,18±6,68 мМЕ/мл ($p<0,001$), при 5 стадии с 175,9±200 мМЕ/мл до 11,5±26 мМЕ/мл ($p<0,001$).

Таким образом, по мере прогрессирования ХБП титр протективных антител, у детей вакцинированных стандартно, сопровождался прогрессивным снижением их уровня, что повышает риск инфицирования HBV в будущем.

Анализ повторно вакцинированных против HBV детей (62) показал, что почти все дети сформировали достаточный поствакцинальный иммунитет против гепатита В (серопротекция) (таблица 2).

При ХБП 2 стадии титр антител составил 671,1±162 мМЕ/мл, через 36 мес. оставался на достаточно высоком уровне 433,3±157 мМЕ/мл, с 3 и 4 стадиями титр был в пределах

424,0±269 и 427,6±261 мМЕ/мл соответственно и в динамике 270,1±243 и 272,7±250 мМЕ/мл. Тогда как поствакцинальный иммунитет у детей на ГД достоверно различался при сравнении вакцинированных без- и с применением иммуномодулятора Левамизола.

У детей (16) которым проводилась вакцинация четырехкратно (0-1-2-6 мес.) в двойной дозе без иммуномодулятора титр антител сопровождался значительным снижением в динамике с 472,3±290 мМЕ/мл до 11,5±120 мМЕ/мл ($p<0,001$). Тогда как дети, получившие Левамизол в течение 4-х мес. после каждого сеанса гемодиализа, показали достаточный уровень анти-НВs после вакцинации (987,9±33,6 мМЕ/мл) с незначительным снижением в динамике (842,7±77,8 мМЕ/мл).

Таблица 2. Динамика титра анти-НВs у детей с ХБП повторно вакцинированных

Стадии ХБП	Пол м/д	Динамика титра анти-НВs					
		ч/з 1 мес.	ч/з 3 мес.	ч/з 6 мес.	ч/з 12 мес.	ч/з 24 мес.	ч/з 36 мес.
2	9/4	671,1±162	619,6±162	572,2±176	522,4±174	480,5±178	433,3±157
3	10/3	424,0±269	396,7±265	371,7±269	326,0±260	289,6±247	270,1±243
4	4/5	427,6±261	394,4±265	351,5±269	313,6±236,3	271,1±260	272,7±250
5 без левамизола	7/9	472,3±290	402,2±262	335,6±227	280,3±200	210,3±166	11,5±120
5 с левамизолом	6/5	987,9±33,6	989,0±30,1	971,3±41,2	941,8±64,2	912,9±71,3	842,7±77,8

Больные с ХБП в додиализной стадии (1-4) стандартно вакцинированных имели тенденцию к снижению защитного уровня антител. Тогда как проведение вакцинации трехкратно в удвоенной дозе способствовало длительному сохранению поствакцинального иммунитета на достаточно высоком уровне.

Заключение. Результаты вакцинации детей на гемодиализе показали, что при стандартной вакцинации титр быстро снижался до отрицательной. Тогда как вакцинация в комбинации с иммуномодулятором оказалась намного эффективной в отличие от четырехкратной вакцинации в двойной дозе без стимуляции иммунного ответа. Снижение или отсутствие поствакцинального иммунитета у детей на

гемодиализе обусловлено вторичным иммунодефицитом, характерного для больных с уреимией.

Таким образом, с целью оптимизации результатов вакцинопрофилактики гепатита В у больных с ХБП необходимо проведение максимально ранней вакцинации. Для повышения эффективности вакцинации против гепатита В при ТПН рекомендуется использование препаратов, стимулирующих иммунный ответ. Комплексный подход к профилактике гепатита В в отделениях ГД позволит существенно уменьшить распространенность этой инфекции, а также повысить эффективность заместительной терапии ТПН.

Список литературы:

1. CDC. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic haemodialysis patients//MMWR. – 2001.
2. Chaabane NB, Loghmani H, Melki W, Hellara O, Safer L, Bdioui F, Saffar H. Chronic viral hepatitis and kidney failure// Presse Med. – 2008. – Vol. 37(4 Pt 2). – P. 665-78.
3. Lacson E, Teng M, Ong J, Vienneau L, Ofsthun N, Lazarus JM. Antibody response to Engerix-B and Recombivax-HB hepatitis B vaccination in end-stage renal disease//Hemodial. Int. – 2005. – Vol.9. – P. 367-75.
4. Weinstein T, Chagnac A, Boaz M, Ori Y, Herman M, Zevin D, et al. Improved immunogenicity of a novel third-generation recombinant hepatitis B vaccine in patients with end-stage renal disease//Nephron Clin Pract. – 2004. – Vol. 97. – P.67-72.
5. McNulty CA, Bowen JK, Williams AJ. Hepatitis B vaccination in predialysis chronic renal failure patients a comparison of two vaccination schedules// Vaccine. – 2005. – Vol.23. – P. 4142-7.
6. Girndt M., Kohler H. Hepatitis B Virus Infection Hemodialysis Patients// Seminars in Nephrology. – 2002. – Vol.4. – P.340-350.
7. Bruguera M., Cremada M., Rodicio J.L. et al. Immunogenicity of a yeast-derived hepatitis B vaccine in hemodialysis patients//Am J Med. – 1989. – Vol. 87. – P.30-32.
8. Shahnaz Sali, Seyed M Alavian, Behzad Hajarizadeh. Effect of levamisole supplementation on hepatitis B virus vaccination

response in hemodialysis patient//Nephrology. – 2008. – P.1440-1797.

9. National Kidney Foundation. K/DOKI clinical practice guidelines for chronic kidney diseases: evaluation, classification and stratification//Am. J. Kidney Dis. – 2002. – Vol.39 (suppl. 1). – P.S17-S31.

ӘОЖ 616.71-007.235+616.61-002.2]-053.2

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ОСТЕОПЕНИЯ ЖӘНЕ ОСТЕОПОРОЗ

А.М. Шепетов, Г.Н. Чингаева, К.А. Кабулбаев, А.М. Нугманова,

А.Е. Наушабаева, К.Т. Баякова, М.М. Уриستمов

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық Медициналық Университеті¹

ОСТЕОПЕНИЯ И ОСТЕОПОРОЗ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.М. Шепетов, Г.Н. Чингаева, К.А. Кабулбаев, А.М. Нугманова, А.Е. Наушабаева, К.Т. Баякова, М.М. Уриستمов

У детей с хронической почечной недостаточностью выявлены выраженные изменения костной ткани, подтвержденные денситометрическими исследованиями костей. Наибольшие нарушения минеральной плотности костей у детей в виде остеопении различной выраженности вплоть до остеопороза находили в поясничных позвонках. Эти изменения, вероятно, появляются рано, ещё до проведения гемодиализа. Раннее снижение минеральной плотности костей нужно учесть для проведения профилактики переломов и изменений скелета, роста у детей. Изменения минеральной плотности костей сохраняются и после трансплантации почки, что на фоне иммуносупрессивной терапии требует продолжения профилактики и лечебных мероприятий по восстановлению минеральной плотности костей.

OSTEOPENY AND OSTEOPOROSIS IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE

A.M. Shepetov, G.N. Chingayeva, K.A. Kabulbayev, A.M. Nugmanova,

A.E. Naushabayeva, K.T. Bayakova, M.M. Uristemov

The significant abnormalities in the bones which could be seen on densitometry, are often found in children with chronic renal failure. Most severe abnormalities in bone mineral density were found in the lumbar spine. These changes, possibly, develop much earlier than dialysis treatment started. Earlier decreasing of the mineral density should be considered in the prevention of the fractures, changes of the bones and growth in children. Abnormalities in bone

mineral density persist even in post-transplantation period, which in the presence of immunosuppressive therapy requires the continuation of the treatment directed to normalization of the bone mineral density.

Кіріспе. Ренальды остеодистрофия (РОД) созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің (СБЖ) ауыр түріне жатады. Бұл ауруға диализдік ем көмектеспейді, тіпті оны одан сайын ауырлатады. Остеодистрофия – сүйектің минералдануын, тығыздығын және архитектурасын зақымдайтын гетерогендік бұзылыс. РОД диагностикасы мен жіктелуінің «алтын стандарты» гистологиялық және морфологиялық баға берілетін сүйектің биопсиясы болып саналады. Тәжірибе жүзінде сүйек биопсиясы сирек жасалады, тек ерекше көрсеткіштер бойынша өдістің инвазивтігі мен морфологиялық өзгерістерді түсіндіру қиындығына байланысты жасалады [1]. Сондықтан РОД сүйек ткані метаболізмнің биохимиялық маркерлері концентрациясының өзгерістері – интактілік паратгормонның (иПТГ), остеокальциннің, сілтінің, сүйектік-арнайы фосфатазаның, қандағы кальцийдің және фосфордың негізінде жіктеледі.

Сүйектің жоғары алмасушылық және төмен алмасушылық немесе адинамикалық ауруын, сонымен бірге РОД аралас типін ажыратады. Бұнда әртүрлі типті өзгерістерді бағалауда негізгі рөлді кальций мен фосфор концентрациясымен үйлескен иПТГ деңгейі алады. Осыдан басқа созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар науқастарда остеопорозды дер кезінде анықтау үшін [1] сүйектің минералдық тығыздығын (СМТ) анықтаудың маңызы ерекше. Балаларда себебі жеткіліксіз зерттелген сүйек ақаулары, кейде сынықтар байқалатыны белгілі. Сүйек массасын сандық бағалау үшін жиі қолданылатын әдіс – екіэнергетикалық

рентгендік абсорбциометрия (ДЭРА). Остеопорозды анықтауда РОД биохимиялық маркерлерінің рөлі әртүрлі екені әдебиет мәліметтерінде айтылған. Остеопороз сүйектің жоғары алмасушылық ауруы ретінде де, төмен алмасушылық ауруы ретінде жүреді (2, 3). Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар балалардағы сүйектің минералдық тығыздығы және оның басқа да РОД көріністерімен қатынасы туралы мәселелер зерттелмеген.

Балалық және жасөспірімдік шақ – қаңқаның дұрыс дамуындағы қиын кезең. Ересек адамдармен салыстырғанда, балаларда минералдық және сүйек бұзылыстарының сипаты мен жиілігіне созылмалы бүйрек жетіспеушілігі ерте және көп әсер етеді деп болжауға болады. Кейбір авторлар балалардағы остеопороздың клиникалық көрінісі өте аз, бірақ ол сүйектің сыну қауіпін және ересек кезеңде өлім жағдайын жоғарылатады, деп есептейді [4].

Бұл жұмыстың мақсаты балалардағы созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің әртүрлі кезеңінде сүйектің минералдық тығыздығын зерттеу болды.

Материалдар мен әдістер. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің 5-ші стадиясымен науқас 38 бала зерттелді, олардың - 10-ы СБЖ

диализ алдындағы кезең (1-топ), 19-ы гемодиализбен (ГД) емделіп жатқан науқастар (2-топ) және 9 науқас бүйректің аллотрансплантациясынан кейін (БАТ) (3-топ). Ер балалар – 19, қыз балалар – 19. 1-топтағы балалардың жасы 6 – 15-ке дейін (орташа жас $11,2 \pm 2,90$), 2-топта – 2 - 16 жас ($12,26 \pm 3,59$), 3-топта – 12 -18 жас ($15,22 \pm 2,68$), яғни соңғы топта көбі жасөспірімдер болды.

Барлық пациенттерге «NORLAND XR-46» аппаратында (АҚШ) ДЭРА әдісімен, науқасты арқасынан жатқызып, компьютерлік «балалар» бағдарламасымен жабдықтап, сүйек денситометриясы жасалды. Қаңқаның екі бөліміндегі сүйектің минералдық тығыздығы анықталды: бел омыртқалары (L₂-L₄) және сол жақ ортан жіліктің мойны. Сүйектің минералдық тығыздығын бағалау үшін Z-критерий қолданылды. СМТ мәні - 1-ден көп және одан жоғары қалыпты, 1-ден 2,5-ке дейін – остеопения, 2,5-тен төмендеу – остеопороз деп есептелді.

Зерттеу нәтижелері. Балалардың омыртқаларын зерттеу кезінде ортан жілік мойны аймағымен салыстырғанда айқын өзгерістер анықталды (1-кесте).

1 кесте - Балалардағы созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің әртүрлі кезеңіндегі сүйектің минералды тығыздығы

СМТ көрсеткіштері	ГД дейін (n=10) (1-топ)	ГД кезінде (n=19) (2-топ)	БАТ кейін (n=9) (3-топ)
Омыртқа(L ₂ -L ₄) Z(SD) Ауытқу шегі	-2,89±0,66 min4,28 max-1,85	-2,07±0,89 min4,15 max-0,641	-1,96±0,77 min2,62 max-0,60
Сол ортан жілік мойны Z(SD), ауытқу шегі	-1,6±0,36 min1,4 max-0,37	-1,13±0,82 min3,53 max-0,31	-0,92±0,47 min1,43 max-0,11
P	<0,05	>0,05	>0,05

Зерттелген балалардың 42,1% омыртқаның остеопорозы байқалды. 1-топ науқастарында Z-критерий көрсеткіші омыртқаларды зерттеген кезде $-2,89 \pm 0,66$, min -4,28 дейін төмендеді, ортан жілік мойны аймағында $-1,06 \pm 0,36$, min -1,4 болды. Балаларда көптеген остеопения, остеопороз диализге дейінгі созылмалы бүйрек жетіспеушілігінде анықталды (түйіндік сүзу жылдамдығы – $33,77 \pm 21,59$ мл/мин). Сонымен, сүйектің минералды тығыздығының төмен деңгейі бойынша балалардағы ең нашар аймақ диализге дейін өзгерістер анықталған бел омыртқалары болды.

Балалардың ортан жілік мойнын тексерген кезде көбіне остеопения анықталды (44,73%). Диализ алдында анықталған сүйектің минералды тығыздығының орташа мәні гемодиализдегімен бірдей болды, кейбір науқастарда (2-топ) диализ алдында Z-критерий аз болды (min -3,53).

Жасөспірімдер тобында (3-топ) БАТ кейін сүйектің минералды тығыздығының жақсара бастағаны байқалды.

Бақылау үшін ГД емін алып жатқан 18 ересек адам зерттелді ($43,9 \pm 11,55$ жас). ГД жасатқан барлық ересек адамдардың ГД уақыты балаларға қарағанда ұзақ болғандықтан, ересек адамдарда СМТ Z-критерий бойынша да, T-критерий бойынша да омыртқаларға қарағанда, ортан жілік мойнында көрсеткіш төмен болды (2-кесте). Алынған мәліметтер, сүйектің минералды тығыздығы гемодиализге және оның ұзақтығына байланысты емес екендігін көрсетеді. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастардағы сүйектің минералды тығыздығы минералдық зат алмасу бұзылысының айқындығынан көбірек тәуелді болуы мүмкін. СБЖ науқас балалар мен жасөспірімдер сүйектік және минералдық бұзылыстарға ерте және көбірек ұшырайды.

2 кесте - Гемодиализдегі ересек адамдардағы сүйектің минералды тығыздығы

СМТкөрсеткіші	Жасы	Омыртқа(L ₂ -L ₄)		Сол ортан жілік мойны	
		Z(SD)	T(SD)	Z(SD)	T(SD)
ГД(n=18), X±SD	43,89±11,55	-1,08±0,67	-1,23±0,72	-1,21±0,84	-1,77±1,02
Ауытқу шегі	min-23 max -67	min-1,98 max -0,19	min-2,44 max -0,006	min-2,48 max -0,11	min-3,55 max -0,11

Қорытынды. Сонымен, балаларда сүйек тканінің анық өзгерістері анықталып, ол сүйекті денситометриялық зерттеу арқылы расталды. Балаларда әртүрлі остеопения түріндегі, тіпті остеопорозға дейінгі сүйектің минералды тығыздығының көптеген бұзылыстары бел омыртқаларында табылды. Бұл

өзгерістер ерте, ГД дейін көрінуі мүмкін. Сүйектің минералды тығыздығының ерте төмендеуін сынықтардың және қаңқаның, балалардың өсу өзгерістерінің алдын алу шараларында ескеру керек. Сүйектің минералды тығыздығының өзгерістері бүйрек трансплантациясынан кейін де сақталады. Бұл иммунды-супрессивтік терапияда алдын алу шараларын жалғастыруды және СМТ қалпына келтіру емдерін жасауды талап етеді.

Әдебиеттер:

1. Steddon S., Ashman N., Chesser A., Cunningham J. O. Oxford handbook of nephrology and hypertension. Oxford university press 2006; p. 171.
2. Coco M. Increased incidence of hip fractures in dialysis patients with low serum parathyroid hormone. Am J Kidney Dis 2000; 36 (6): 1115-1124.
3. Pecovnik Balon B, Hojs R, Zavrtnik A, Kos M. Bone mineral density in patients beginning hemodialysis treatment. Am J Nephrol 2002; 22 (1): 14-17.
4. Wesseling K., Bakkaloglu S., Salusky I. Chronic kidney disease mineral and bone disorder in children Pediatr Nephrol (2008) 23:195-207.

Фтизиатрия

Phthisiatry

УДК 616- 002.5

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФТИЗИАТРА

МАДАЛИМОВА М.Ж.

Алматинский районный туберкулезный диспансер

Актуальными вопросами в практике врача фтизиатра являются: туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, проблема рецидивов заболевания, туберкулез у подростков. Для решения этих вопросов необходимо строгое выполнение непрерывного контролируемого лечения (НКЛ), социальная поддержка больных туберкулезом, своевременное выявление туберкулеза, усиление профилактических мероприятий, в частности санитарно-просветительной работы.

**ФТИЗИАТР ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРІБЕСІНБЕГІ
ТУБЕРКУЛЕЗ ТУРАЛЫ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАР**

Мадалимова М.Ж.

Фтизиатр дәрігердің тәжірибесіндегі өзекті сұрақтар: көптеген дәрілерге тұрақтылығы бар туберкулез, аурудың қайта өршуі, жасөспірімдер арасындағы туберкулез. Аталған сұрақтарды шешу үшін үздіксіз бақыланатын емді қатаң жүргізу, туберкулезбен ауыратындарды әлеуметтік қорғау, туберкулезді ерте анықтау, алдын алу шараларын, әсіресе санитарлы-ағарту жұмыстарын күшейту қажет.

**URGENCY QUESTIONS OF TUBERCULOSIS IN PHTHIZIATRICIAN
PRACTICE**

Madalimova M.Zh.

Urgency questions in phthisiatrician practice: multiple drug resistance, relapse of diseases, teenagers tuberculosis. solution of the problem are strict continuously controllable treatment performance, social support of consumptive, well-timed revelation of tuberculosis, prophylactic measure enhancements, especially community health

Туберкулез представляет глобальную угрозу для здоровья людей во всем мире и, учитывая масштабность распространения, заслуживает особого внимания. Туберкулез как причина смерти занимает первое место среди всех инфекционных болезней, особенно среди населения из групп риска (ВИЧ-инфицированные, мигранты, социально-незащищенные, осужденные).

Эпидемиологические показатели по туберкулезу в Казахстане снижаются, однако борьба с туберкулезом остается приоритетным направлением, и ее особая актуальность обусловлена Посланием Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана от 28 января 2011г. «Построим будущее вместе» и Постановлением правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан», а также (1-3).

Одной из главных проблем противотуберкулезной службы в Республике является имеющийся резервуар больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (4). Казахстан относится к странам мира с высоким уровнем распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ). При снижении общего показателя заболеваемости в структуре всех форм туберкулеза по области отмечается рост числа больных 4 категории, в том числе случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (5). Другой актуальной проблемой современной фтизиатрии остаются рецидивы туберкулеза легких. Важность проблемы обусловлена тем, что удельный вес рецидивов у больных, перенесших активный туберкулез, не только высок, но

и имеет тенденцию к росту. Рецидивы туберкулеза протекают более тяжело, т.к. наблюдается деструкция легочной ткани в 70%, а бактериовыделение в 59,3%, преобладают распространенные формы с медленной клинической динамикой (6). Еще одной из актуальных проблем фтизиатрии является заболеваемость туберкулезом детей и подростков, которая отражает распространенность данной инфекции в окружающей среде (7).

Целью исследования явилось изучение актуальных вопросов туберкулеза в практике врача фтизиатра на примере одной из областей, для чего были оценены эпидемиологические показатели и медико-социальная характеристика больных.

Туберкулез не только проблема медико-биологического плана, обусловленная взаимодействием организма человека с возбудителем, но и социальная. Социальный характер заболевания хорошо прослеживается при анализе структуры заболевших туберкулезом. Так, по социальному статусу безработные составили 66,7%. Чтобы повысить приверженность этой социально уязвимой категории больных к непрерывному лечению необходимо оказание им социальной помощи, которая может быть в виде продуктовых, гигиенических пакетов, оплаты транспортных расходов, коммунальных услуг. Наличие мотивации приведет к отсутствию перерывов в лечении, что неизбежно отразится на уменьшении случаев лекарственно-устойчивого туберкулеза. Еще одной социальной проблемой в практике врача фтизиатра является увеличивающееся число лиц прибывших из заключения (2009 год – 50 человек, 2011 –68) и страдающих хроническим алкоголизмом (76 человек), наркоманией (20).

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в области осложняется наличием и распространением туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. За последние три года количество впервые выявленных больных ТБ МЛУ по области увеличилось с 80 до120. Высокая заболеваемость устойчивыми формами наблюдается в молодом и трудоспособном возрасте от 18 до 34 лет, при этом чаще болеют мужчины (63,5%). В структуре клинических форм преобладает инфильтративный туберкулез легких в фазе распада с распространенными двусторонними процессами и бактериовыделением.

Лекарственная устойчивость является одной из основных причин развития повторных заболеваний, рецидивов. Количество больных с рецидивами в течение последних трех лет неуклонно растет (349 больных - 2009 год, 393 - 2011 год), что свидетельствует об актуальности этой проблемы. Среди больных с рецидивами туберкулеза, так же как и среди всех больных, чаще встречаются мужчины (69,2%) трудоспособного возраста. В социальной структуре больных только каждый пятый (18%) работал. Домохозяйки и безработные составили 59,8%. Освободились из мест заключения 6,7%. Это свидетельствует о том, что значительная часть (75,9%) контингента больных относилась к социально незащищенным слоям населения (безработные, домохозяйки, инвалиды, пенсионеры и учащиеся). Ведущее место в развитии рецидивов принадлежало лекарственной резистентности (69,8%), также причинами повторного заболевания явились: социальная незащищенность (75,9%), злоупотребление алкоголем (54,4%), контакт с больным туберкулезом (17,97%), нахождение в местах лишения свободы (6,7%).

Одну из самых высоких групп риска в отношении туберкулеза представляют подростки по целому ряду факторов. Физиологические особенности этой возрастной группы делают ее очень уязвимой для туберкулезной инфекции. Заболеваемость подростков по области в 3,7 раз превышает заболеваемость детей (78,3 и 21,2 на 100 000). Основным методом выявления туберкулеза у подростков является профилактическая флюорография, которой выявляется 70,8% больных. Между тем 1/3 часть подростков (29,2%) выявляются при обращении к врачу, поэтому необходимо акцентировать внимание врачей общей лечебной сети на клинических проявлениях болезни и методах диагностики туберкулеза, у каждого участкового врача должна быть настороженность в отношении данной инфекции. При наличии у подростка «грудных» жалоб, таких как кашель, мокрота, кровохарканье, боли в грудной клетке при дыхании, одышка, необходимо в первую очередь направить больного на исследование мокроты на микобактерии туберкулеза для своевременного выявления больных с заразными формами.

Таким образом, проблема туберкулеза в современных условиях остается актуальной. В практике врача фтизиатра вопросами, требующими решения, являются вопросы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, повторным заболеванием туберкулезом, а также туберкулез у подростков. Поэтому профилактика и лечение этого контингента является важной проблемой работников противотуберкулезных учреждений. С целью снижения лекарственной устойчивости и рецидивов заболевания необходимо усилить контроль за качеством лечения больных на поддерживающей фазе в амбулаторных условиях, а для создания мотивации к непрерывному лечению обеспечить социальной поддержкой в этот период. Для улучшения качества мероприятий по раннему и своевременному выявлению туберкулеза среди подростков должна быть тесная преемственность между фтизиатрами и врачами ПМСП, при передаче в подростковый кабинет, а также

прибывшим проводить обязательное флюорографическое обследование.

Необходимо также целенаправленно проводить санитарно-просветительную работу среди населения с целью предупреждения заболевания туберкулезом, среди больных с целью предотвращения повторного развития болезни и среди врачей общей сети для повышения уровня знаний в вопросах раннего выявления и профилактики туберкулеза среди групп риска.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. – 2011. - С.8-9;
2. Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации Национальной Программы борьбы с туберкулезом в Казахстане //Журнал «Фтизиопульмонология». - 2011, № 2(19). – С.6-9;
3. Абилдаев Т.Ш. Приоритетные задачи усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан //Журнал «Фтизиопульмонология». - 2012, № 1(20). – С.4-6;
4. Исмаилов Ш.Ш. Проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Казахстане и пути их решения //Журнал «Фтизиопульмонология». - 2011, № 2(19). – С.123-125;
5. Сахтапова Э.С., Турсынбеков Н.Н., Заханова А.Ж. Эпидемиологическая ситуация по МЛУ ТБ в Алматинской области за 2008-2011гг. // Журнал «Фтизиопульмонология». - 2012, № 1(20). – С.32-36;
6. Шишкина К.А., Богородская Е.М., Алексеева В.М. с соавт. Факторы риска развития рецидивов туберкулеза легких //Туберкулез и болезни легких. – 2010. - № 5. –С. 238-239
7. Поддубная Л.В., Егошина И.Ю. Методы выявления туберкулеза у детей и подростков легких //Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 5. –С. 114-115

УДК 616.24-002.5:579.252.55

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Сыздыкова Н.С.

Кафедра фтизиопульмонологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРЛЕРІНЕ ШАЛДЫҚАННАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Дәріге төзімділік түрлерімен ауыратын науқастардың емдеу нәтижесі қарастырылған. Қарқынды емдеу фазасының соңында бактерия бөлінудің тоқтауы 76 % науқаста анықталды. Науқастарды өкпе туберкулезінің клиникалық түрлеріне жіктегенде 73,7% фиброзды-кавернозды туберкулезі болып шықты. Дәріге төзімділік түрлерімен ауыратын науқастардың 42,4% қосымша ауруларымен ауыратыны анықталды.

EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT TB

Syzdykova N.S.

Phthisiopulmonology Department
KazNMU

We study the effectiveness of treatment for patients with drug-resistant forms of tuberculosis, by the end of intensive phase of treatment cessation bacterial achieved in 76% of patients. When the distribution of patients according to clinical forms of TB most often diagnosed with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis (73.7%). Pulmonary tuberculosis in patients with drug-resistant forms is accompanied by a concomitant diseases in 42.4% of cases.

Изучены эффективность лечения у больных с лекарственноустойчивыми формами туберкулеза, к концу интенсивной фазы лечения прекращение бактериовыделения достигнуто у 76 % пациентов. При распределении больных по клиническим формам туберкулеза наиболее часто диагностировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (73,7%). Туберкулез легких у больных с лекарственноустойчивыми формами сопровождается сопутствующими заболеваниями в 42,4% случаев.

Актуальной проблемой современной фтизиатрии является лечение больных, выделяющих лекарственно-устойчивые микобактерии, которое с помощью стандартных режимов химиотерапии не всегда эффективно и является одним из факторов, влияющих на рост заболеваемости и смертности У таких больных в течение длительного времени не наступает конверсия мокроты, что создает условия для инфицирования лекарственно-устойчивыми микобактериями окружающих их лиц.

Вышеизложенное диктует необходимость анализа структуры и тенденций развития лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза в каждом отдельно взятом случае.

Целью настоящего сообщения явился анализ результатов лечения и определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

В работе приводятся данные о 114 больных. Среди них мужчин – 62, женщин - 52 в возрасте от 18 до 60 лет. Среди заболевших деструктивным туберкулезом органов дыхания преобладают в основном лица молодого и зрелого возраста от 20 до 50 лет (84,3%), контингент безработных и инвалидов составил 73,8%.

При распределении больных по клиническим формам туберкулеза наиболее часто диагностировался фиброзно-кавернозный туберкулез легких (73,7%), инфильтративный туберкулез в фазе распада (21%), казеозная пневмония (4 %), диссеминированный (1,3%). Высокая частота наблюдения деструктивных форм туберкулеза связана с поздним обращением больных за медицинской помощью и недостаточной направленной профилактической работой общей лечебной сети по выявлению туберкулеза среди поликлинических групп риска. Только у 14,6% больных туберкулез выявлен при профилактическом осмотре. Больные поступали в стационар с жалобами на плохой аппетит, одышку, сердцебиение.

У большинства больных процесс был распространенный, преимущественно двусторонний, осложненный легочно-сердечной недостаточностью, кровохарканьем или легочным кровотечением, У ряда больных общее состояние усугублялось наличием сопутствующих туберкулезу заболеваний. Болезни желудочно-кишечного тракта были в 9,2% случаях, заболевания печени у 18,4%, сахарный диабет у 14,8% больных.

Бактериовыделение отмечалось у всех больных. Полирезистентность микобактерий туберкулеза выявлена в 78% случаев, чаще наблюдалась к комбинации антибактериальных препаратов HRSE (47,9%), к HRS – в 17,8%, RSE – в 12,3%. Мультирезистентность отмечена в 17,2% случаев.

Лечение больных в стационаре с наличием полирезистентного туберкулеза проводилось с включением в схему лечения резервных препаратов: цикloserина, офлоксацина, этионамида, капостата и пиразинамида с сохраненной чувствительностью к нему. Терапию антибактериальными средствами пациенты, в основном, переносили удовлетворительно. При возникновении побочных реакций в виде токсического гепатита назначали гепатопротекторы, дезинтоксикационные средства, плазмаферез по 2-3 сеанса. Использовались в качестве патогенетических средств (витаминотерапия, гепаринотерапия, тиосульфат натрия, гипербарическая оксигенация, коллапсотерапия).

К завершению интенсивной фазы лечения у больных хроническим деструктивным процессом прекращение бактериовыделения наблюдалось у 76% больных.

Выводы: на основании анализа данных исследований установлена высокая полирезистентность при деструктивных формах туберкулеза, что усугубляет и утяжеляет эпидемиологическую ситуацию. Туберкулез легких у больных с лекарственноустойчивыми формами сопровождается сопутствующими заболеваниями в 42,4% случаев. В связи с чем необходимо улучшить лечебно-профилактическую работу по раннему выявлению туберкулеза среди поликлинических групп населения микробиологическим методом исследования, этот метод в диагностике туберкулеза отвечает современным требованиям, соответствует принципам «доказательной медицины» с последующим бактериологическим исследованием мокроты с определением чувствительности к противотуберкулезным препаратам, с целью определения дальнейшей тактики лечения и эффективности проводимой химиотерапии.

Появление резистентных штаммов микобактерий туберкулеза не уменьшает достоинства внедрения «Stop TB», эффективность которого убедительно доказана. Появление полирезистентного туберкулеза диктует необходимость в получении новых противотуберкулезных препаратов и применение многокомпонентных препаратов в лечении туберкулеза легких и строгого контроля над использованием препаратов основного и резервного ряда.

Таким образом, одной из важных проблем современной фтизиатрии является лекарственная резистентность микобактерий туберкулеза.

Принцип непосредственно контролируемого лечения туберкулеза (НКЛ) должен быть строго обеспечен на всем протяжении химиотерапии, так как это лучший метод предупреждения перерывов в лечении и снижения распространения инфекции в обществе и один из важных элементов системы по борьбе с туберкулезом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х. Меры контроля над туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан //Ж.Фтизиопульмонология. – 2011, № 2(19), с.93-97
2. Проблемы туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Казахстане и пути их решения//Ж.Фтизиопульмонология. – 2011, № 2(19), с.123-125
3. Cox H.S., Oranzo J.D., Male R. et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Central Asia //Emerg. Infect. Dis. – 2004. Vol.10.-P.865-872

Хирургия

Surgery

РОЛЬ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАСЕЙНОВ

Коспанов Н.А., Омаров А.А.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова

РОЛЬ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАСЕЙНОВ

Коспанов Н.А., Омаров А.А.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова

Оценены результаты комбинированного хирургического лечения сочетанных атеросклеротических поражений артериальных бассейнов. Из 198 больных с сочетанным поражением ветвей дуги аорты и других артериальных бассейнов комбинированное вмешательство с сочетанием транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБА) и открытым хирургическим лечением выполнено 44 больным, что позволило снизить травматичность и риск осложнений.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРЛЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАРДЫҢ МУЛЬТИФОКАЛДЫ АТЕРОСКЛЕРОЗ БАРЫСЫНДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Қоспанов Н.А., Омаров А.А.

А.Н.Сызганов атындағы ұлттық ғылыми хирургиялық орталық. Артерияларды бассейндердердің жанамаласқан атеросклерозды зақымдануды құрама хирургиялық емдеуді нәтижелері анықталды. Қолқа, оның бұтақтарының және басқа артерияларды бассейндердің жанамаласқан зақымдануындағы 198 науқастың арасында 44-не сатылы түрде құрама емдеу қолданды. Бұл операциялардың жарақаттанушылығын және шиеленісуді төмендетуге мүмкіншілік береді.

THE ROLE OF ENDOVASCULAR INTERVENTIOS IN TREATMENT OF MULTIVASCULAR PATIENTS

Kospanov N.A., Omarov A.A.

We estimated the results of combined surgical treatment of associated atherosclerotic lesions of arterial bassins. Among 198 patients with concomitant lesions of branches of the aortic arch and other arterial basins the transluminal balloon angioplasty (TBA) was combined with open surgical treatment in 44 patients, thus reducing the risk of trauma and postoperative complications.

В последние десятилетия, несмотря на достижения в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний, они во многом определяют высокий уровень нетрудоспособности, инвалидизации и остаются ведущей причиной смертности [1]. К группе сердечно-сосудистых заболеваний относятся в основном заболевания атеросклеротического происхождения, такие как ишемическая болезнь сердца, головного мозга и периферический атеросклероз. В России ежегодно умирает примерно 1 млн. 200 тыс. человек в год, что составляет около 55% общей смертности и в 2-4 раза превышает показатель в индустриально развитых странах. При этом на долю инсульта и ишемической болезни сердца приходится 85-90%.

Атеросклероз часто не ограничивается изолированными патологическими изменениями в одном бассейне, а захватывает порой одновременно несколько сосудистых кругов в разных органах. В течение длительного времени в клинической практике основное внимание уделялось локальным проявлениям атеросклеротического процесса, поэтому возникли общеизвестные термины: «ишемическая болезнь сердца», «синдром дуги аорты», «синдром Лериша». Клиницисты также обращали внимание и на высокую частоту «сопутствующих» атеросклеротических поражений у больных с

доминирующей картиной поражения одного из бассейнов [2]. Диагностика и лечение мультифокального атеросклероза является довольно сложной задачей, а результаты неоднозначными [3-5].

Современная ангиохирургия внесла в свой арсенал такой вид малоинвазивной оперативной коррекции как рентгенэндоваскулярные вмешательства. Методика расширяет возможности лечения сосудистых заболеваний, позволяя предупредить большой процент осложнений, возникающих на раннем госпитальном этапе после хирургических операций [6]. Применительно к сочетанным поражениям двух и более сосудистых бассейнов возрастает интерес к комбинированным оперативным вмешательствам [6].

Цель исследования: изучить результаты рентгенэндоваскулярных вмешательств при сочетанных атеросклеротических поражениях.

Материал и методы. Работа основана на изучении результатов обследования и хирургического лечения 198 больных с сочетанным поражением различных артериальных бассейнов пролеченных в ННЦХ им. А.Н.Сызганова за период с 1998 по 2009 годы. Все больные были мужского пола, возраст больных варьировал от 41 до 78 лет. Всем больным помимо общеклинических методов исследований было выполнено дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная ангиография, при наличии показаний, компьютерная томография и/или магнитнорезонансная томография головного мозга. У всех пациентов было выявлено поражение ветвей дуги аорты с сосудисто-мозговой недостаточностью различной степени. Длительность клинических проявлений заболевания составила от 1 года до 29 лет.

Частота поражений различных артериальных бассейнов представлена в таблице 1.

Из 198 пациентов 198 (100%) пациентов были оперированы. У 165 пациентов (83,3%) применена поэтапная тактика, а у 33

(16,7%) – одномоментная. Всего выполнено 368 операций, из них 335 (91,0%) выполнено в этапном порядке, а 33 операции (9,0%) – одномоментно. Каждый оперированный пациент перенес от 1 до 4 оперативных вмешательств.

Эндоваскулярные методы лечения выполнены 44 (22,2%) пациентам. Из них коронарная ангиопластика со стентированием выполнены 9 (3,1%) пациентам, 6 пациентам выполнена реваскуляризация брахиоцефальных артерий: транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБА) подключичной (4 пациентов), позвоночной артерий (1) и брахиоцефального ствола (1), ТБА почечных артерий 18 (9,1%) пациентам (из них со стентированием 8), подвздошных артерий и артерий нижних конечностей 11 (5,5%) пациентам (из них со стентированием 5 пациентам).

Нечастое использование стентов при эндоваскулярных вмешательствах на периферических артериях объясняется дефицитом этих изделий.

Результаты. При оценке непосредственных результатов вмешательств мы основывались на данных клинического обследования, неинвазивных методов исследования и ангиографической картины зоны поражения сосуда.

После ангиопластики со стентированием коронарных артерий среднее значение фракции выброса левого желудочка возросла с $48 \pm 2,4\%$ до $57 \pm 2,5\%$. У всех пациентов отмечалось снижение ФК или полное купирование симптомов стенокардии.

После эндоваскулярных вмешательств на ветвях дуги аорты у пациентов исчезли симптомы вертебробазиллярной недостаточности и артериальной недостаточности верхних конечностей. У пациентов с окклюзией подключичных артерий и брахиоцефального ствола восстановился отчетливый пульс по лучевой артерии. У 2 пациентов после ТБА подключичной артерии улучшение состояния не наблюдалось, хотя по данным ангиографии отмечено хороший гемодинамический эффект и остаточный стеноз не превышал 15%.

После выполнения ТБА почечных артерий уменьшилась степень их сужения. Положительный эффект наблюдался у 16 (89%) пациентов. Отмечалось статистически значимое ($P < 0,01$) снижение систолического со (180 ± 12 и $150 \pm 6,2$ мм рт.ст.), и диастолического (с $105 \pm 12,5$ до 90 ± 5 мм рт. ст.) артериального давления. Из них у 14 (78%) пациентов после выполненных интервенционных вмешательств на почечных артериях положительная динамика характеризовалась улучшением ответа на медикаментозное антигипертензивное лечение. У 2 (11%) пациентов после эндоваскулярного вмешательства снижения артериального давления и соответственно клинического улучшения не наблюдалось.

У 2 пациентов в группе пациентов после эндоваскулярной дилатации бедренных и подвздошных артерий имелся остаточный стеноз до 35%, хотя клинически отмечалось снижение степени нарушения артериального кровообращения нижних конечностей, увеличение дистанции безболевого ходьбы.

Таким образом, после эндоваскулярных вмешательств положительный результат наблюдался у 40 (90%) пациентов. Такой высокий результат по нашему мнению связано со строгим отбором пациентов для выполнения эндоваскулярных вмешательств.

После малоинвазивных методов лечения летальных исходов, осложнений, угрожающих жизни, инвалидизирующих осложнений не наблюдалось. Меньшая травматизация позволила в ряде случаев провести реконструкцию нескольких пораженных бассейнов за один период госпитализации. Так, у 1 пациента при ангиографическом исследовании выявлено сочетанное поражение бифуркации сонных, почечных артерий, а также аневризма передней мозговой артерии.

Клинический пример. Пациент И., 76 лет, история болезни №2185, госпитализирован с жалобами на периодические головные боли, головокружение, постоянный шум в ушах.

Из анамнеза: со слов больного артериальной гипертензией страдает более 30 лет с максимальным повышением артериального давления до 220/100 мм рт. ст. Регулярно принимал стационарное лечение в условиях кардиологического стационара. За 8 месяцев до госпитализации при обследовании выявлен двусторонний стеноз сонных артерий. В условиях отдела ангиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова выполнена ангиография, которая обнаруживает мешотчатую аневризму А4 сегмента левой передней мозговой артерии, окклюзию левой позвоночной артерии, атеросклероз аорты, извитость ветвей дуги аорты, стенозы проксимальных сегментов обеих внутренних сонных артерий (ВСА) до (80%). В условиях РНЦХ г. Астаны выполнено прямое стентирование устья левой сонной артерии, рентгенэндоваскулярная окклюзия аневризмы левой передней мозговой артерии.

При объективном физикальном обследовании выявлено: АД 160/90 мм рт. ст., кожные покровы обеих верхних и нижних конечностей обычных окрасок. Пульсация сонных, височных, затылочных артерий и сосудов верхних и нижних конечностей определяется с обеих сторон. Аускультативно - систолический шум над обеими сонными артериями.

После предварительной предоперационной подготовки выполнена грудная и брюшная аортография, коронарография, транслюминальная баллонная ангиопластика (ТБА) и стентирование правой почечной артерии.

Ангиограмма: атеросклероз аорты на всем протяжении, без нарушения его проходимости. Имеется резкий кинкинг (извитость) брахиоцефального ствола (рисунок 1). Провести

селективную катетеризацию правой ВСА не удалось из-за извитости брахиоцефального ствола. Отмечается полная проходимость ранее имплантированного стента в шейную часть левой ВСА (стент EV3 Protege – изображен на рисунке 1).

При выполнении тотальной церебральной ангиографии отмечается полная проходимость интракраниальных ветвей ВСА и позвоночных артерий. На рисунке 2 изображены контрастируемые микроспиральи, установленные в аневризме левой передней мозговой артерии. Имеется выраженный стеноз (до 80%) шейной части правой ВСА. При этом бассейн правого полушария головного мозга заполняется интенсивно из интракраниальных ветвей левой ВСА, что говорит о замкнутом Виллизиевом круге.

При выполнении левой коронарографии проходимость левой коронарной артерии и ее ветвей не нарушена. Правую коронарную артерию из-за смещения восходящей части грудной аорты катетеризировать не удалось.

При выполнении брюшной аортографии имеются резко выраженные стенозы (до 85%) среднего и проксимального сегментов правой почечной артерии (ПА) (А на рисунке 3) и умеренный стеноз проксимального сегмента левой почечной артерии (до 20%). В устье правой ПА дистальнее стеноза проведен и установлен проводник 0,014" "Stabilaiser Cordis". По проводнику проведен и установлен в зоне стеноза (в среднем сегменте) стент "Tsunami Terumo" – 5,0 vv - 12,0 мм (В на рисунке 3). Выполнено многократное раздувание стента от 2 до 8 атмосфер (Б на рисунке 3). При контрольной ангиографии стентирование эффективно, остаточный стеноз - 0%. Далее в область проксимального стеноза проведен и установлен баллонный катетер "Bantan" 6,0 мм - 20,0 мм. Выполнено многократное раздувание баллона от 2 до 10 атмосфер. Контрольная ангиография – остаточный стеноз менее 20%. Баллон с проводником удален. Бедренная артерия в области пункции пережата на 40 минут.

Послеоперационный период протекал без осложнений, признаков неврологического дефицита не наблюдалось. Пульсация обеих височных, левой лучевой артерии удовлетворительная, хорошего наполнения.

На 8-сутки после ТБА правой почечной артерии, учитывая наличие критического стеноза (до 80%) правой ВСА, а также появление признаков транзиторной ишемии головного мозга, пациенту выполнена операция – каротидная эндартерэктомия справа. Послеоперационный период протекал без осложнений, признаков неврологического дефицита не наблюдалось. Пульсация обеих височных, левой лучевой артерии удовлетворительная, хорошего наполнения.

На 12-сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Вывод. Рентгенэндоваскулярные вмешательства являются малоинвазивными и малотравматичными методами лечения при оккюзирующих поражениях артериального русла, которые по гемодинамическому эффекту не уступают традиционным ангиохирургическим операциям. Увеличение количества эндоваскулярных вмешательств в клинической практике в будущем позволит изменить этапность проведения хирургических вмешательств и улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Литература

- Покровский А.В., Зотиков А.Е. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротического поражения аорты. - М. - 1996.
- Белов Ю.В., Кузьмин А.Л. Каротидная эндартерэктомия под местной анестезией у больных с изолированными, множественными и сочетанными поражениями брахиоцефальных артерий //Ангиология и сосудистая хирургия №3/2002г.
- Бокерия Л.А., Бухарин В.А., Работников В.С., Алшибая М.Д. хирургическое лечение больных ишемической болезнью сердца

с поражением брахиоцефальных артерий. М. Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999.-174с.

▪ Бокерия Л.А., Алекия Б.Г., Бузишвили Ю.И., Спиридонов А.А., Тер-Акопян А.В., Харпунов В.Ф., Шумилина М.В. Эндovasкулярные методы в лечении больных мультифокальным атеросклерозом //Анналы хирургии, 2002г.-11-17с.

▪ Амбатьелло С.Г. Диагностика и лечение больных мультифокальным атеросклерозом. Дис. доктор мед наук. - Москва-2002г.-280с.

▪ Бокерия Л.А., Алекия Б.Г., Спиридонов А.А. и др. // Сердечно-сосудистые заболевания: Бюлл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2001. – Т.2, №6. – С.150.

ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Султанов Э.Ш., Зайналов А.К., Басуева Е.Г., Оразгалиев Т.Б., Санатов С.С., Бетирова Д.Ш., Мырзашева Ж.И., Масимжанова Д.А., Жамбулова А.С., Ерманов Е.Ж., Балабеков А.Г.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова

Резюме описаны распространенность заболевания и данные о пациентах с терминальной хронической почечной недостаточностью в республике Казахстан нуждающихся в лечении трансплантацией почки. Описаны принципы, накопленный опыт и результаты 560 трансплантаций органов за период с 1978 года и по настоящее время которыми руководствуется служба трансплантологии в республике Казахстан.

Ключевые слова Органное донорство, трансплантация

EXPERIENCE IN TRANSPLANTATION DONOR KIDNEY IN KAZAKHSTAN

Sultanov E.S., Zainalov A.K., Basueva E.G., Orazgaliev T.B., Sanatov S.S., Betirova D.Sh., Myrzasheva J.I., Masimzhanova D.A., Zhambulova A.S., Yermanov E.Zh., Balabekov A.G.

National Scientific Center of Surgery

Abstract: This publication describes the prevalence of the disease and data on patients with terminal chronic renal failure in the Republic of Kazakhstan in need of treatment of kidney transplantation. We describe the principles, lessons learned and results of 560 organ transplants since 1978 and currently guiding the office of Transplantation in the Republic of Kazakhstan.

Осы жариялауда Қазақстан республикасындағы бүйректің трансплантациясымен емі керек терминалды бүйрек жетіспеушілікпен науқастары туралы ауруның таралғандығы және мәліметтері сипатталған. 1978 жылынан мерзіміне жиналған тәжірибесі және органдарының трансплантацияларының нәтижелері және осы шағы бойынша Қазақстан республикасындағы трансплантологияның қызметін негізге алатын қағидалар сипатталған.

В современной хирургии общепризнанно, что успешная трансплантация донорской почки восстанавливает качество жизни значительной части пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН), обеспечивая их полную медицинскую и социальную реабилитацию. В то же время все нуждающиеся пациенты не могут быть обеспечены трансплантацией в силу ряда ограничений, одним из основных сдерживающих факторов является дефицит донорских органов.

Первая успешная пересадка донорской почки от асистолического донора в Казахстане была произведена 17 апреля 1979г. Всего за этот период выполнено более 590 трансплантаций донорских почек, из них осуществлено 31 пересадок почки от родственного донора, 7 ауто трансплантаций почек и более 40 трансплантаций почек детям в возрасте от 6 до 18 лет. Выживаемость почечного трансплантата в течение первого года в настоящее время составляет 89%, а количество острых, некупируемых кризов отторжения имеет тенденцию к

снижению и составляет до 7,8%. Кроме клинической трансплантации почки, ННЦХ им. А.Н. Сызганова осваивает направление трансплантаций печени и сердца в эксперименте и в клинике. Число пациентов с ТХПН в республике имеет тенденцию к постоянному росту, так согласно статистическим данным на 2010 год за 1 год на заместительной почечной терапии находится более 1700 пациентов – 65 на 1 млн населения, летальность в листе ожидания на трансплантацию – 35,4 %.

С распадом СССР и обретением Казахстаном суверенитета возник законодательный вакуум, в том числе и по проблеме трансплантации органов и тканей в связи с чем, наряду с решением сугубо медицинских вопросов, возникла острая необходимость в скорейшем создании законодательной основы для создания условий работы в органном донорстве. В результате глубокого анализа существующих в мировой практике прецедентов основываясь на положении о трансплантации органов Всемирной организации здравоохранения, был разработан проект закона и подзаконных актов, регламентирующих трансплантацию органов и тканей в республике. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» в главе 27 трансплантация тканей и (или) органов (части органов) внесена статья 169 «Трансплантация тканей и (или) органов (части органов) и условия их изъятия», в которую включены следующие пункты: 1. Донором по трансплантации органов и тканей может быть человек, труп человека, а также животное. 2. Принудительное изъятие органов и тканей и их пересадка не допускаются. 3. Порядок проведения трансплантации органов и тканей от человека к человеку, от трупа к человеку и от животных к человеку устанавливается Министерством здравоохранения РК. Приказом Министерства Здравоохранения Республики утверждены общие положения о порядке проведения трансплантации органов и тканей, инструкция о порядке изъятия органов и тканей у доноров-трупов и инструкция по констатации смерти в результате необратимого прекращения функции головного мозга, с приложением соответствующих актов.

В настоящее время в Республике Казахстан трансплантация может быть выполнена и больным группы так называемого высокого риска – больные старше 60 лет, больные сахарным диабетом, гиперсенсibilизированные больные, маленькие дети, однако, несмотря на этот вероятный контингент реципиентов существуют следующие абсолютные противопоказания к ТП: опухолевые заболевания; хроническая сердечная недостаточность стадии II Б, III; хроническая дыхательная недостаточность; активный гепатит, цирроз печени; распространенный атеросклероз с поражением сосудов сердца, головного мозга, сосудов нижних конечностей;

хроническая инфекция не поддающаяся лечению; психические расстройства.

Источником донорского органа для целей гетеротопической аллотрансплантации в республике Казахстан может являться живой или трупный донор, при этом законодательством в случае использования живого донора допускается трансплантация органов только от родственного донора и только в государственных учреждениях здравоохранения. Основным критерием при родственном донорстве является гарантия его безопасности и получение оптимального почечного трансплантата.

В течение последних десятилетий в Республике ощущается дефицит донорских органов и всегда присутствует интерес к асистолическим донорам с необратимой остановкой сердечной деятельности, так в случае трупной трансплантации ожидание совместимого органа длится месяцы и годы.

При распределении доноров, в зависимости от причин вызвавших смерть отечественная служба трансплантации руководствуется принципами: острая черепно-мозговая травма, внутричерепное кровоизлияние, доброкачественные опухоли головного мозга, политравма без повреждения почек. Существуют также общепризнанные критерии для определения показаний к эксплантации донорского органа: возраст до 60 лет; отсутствие сопутствующих инфекционных заболеваний (ВИЧ, вирусный гепатит, сифилис, сепсис); отсутствие сопутствующих соматических заболеваний (злокачественные опухоли, сахарный диабет, аутоиммунные васкулиты, злокачественная артериальная гипертензия); отсутствие повреждений и гнойно-воспалительных процессов в брюшинном пространстве; уровень креатинина плазмы не выше 0,12 ммоль/л; уровень мочевины плазмы не выше 10 ммоль/л; отсутствие в анализах мочи протеинурии, пиурии, макрогематурии, бактерий и спор грибов.

При получении органа от асистолического донора присутствует не одно звено медицинских работников и основной задачей является обеспечение защиты донорского органа от воздействия ряда факторов влияющих на них на этапах получения и непосредственно трансплантации. Получение сохранного донорского органа зависит от особенностей его ведения, для чего требуется опыт врача, из числа анестезиологов-реаниматологов стационара – донорской базы. Несмотря на факторы, зависящие от совместной работы реаниматологов и трансплантационного центра решение организационных вопросов остается в компетенции администраций клиник и судебно-медицинской службы.

Стандартная техника трансплантации донорской почки реципиенту заключается в формировании соустьев между артериальным и венозным сосудами почки и одноименными подвздошными сосудами реципиента и в формировании соустья между мочеточником и мочевым пузырем реципиента.

Удовлетворительным результатом трансплантации донорской почки принято считать нормализацию уровня мочевины, креатинина и адекватный диурез у реципиента в течение 7 – 14 суток после пересадки, в случае достижения диуреза и в последующем нормализация шлакового и электролитного состава за период от 14 до 20 суток после пересадки функцию трансплантата принято считать отсроченной, полное отсутствие его функции в течение более чем 20 суток является показанием к трансплантатэктомии.

Иммуносупрессия у пациентов после трансплантации донорской почки достигается путем применения ингибиторов кальциневрина (циклоsporин, такролимус), подавления пролиферации лимфоцитов (майфортин, селлсепт) ингибиторов моноклональных антител и ингибиторов пролиферативного сигнала (эверолимус или сертикан), специфического

воздействия на макрофаги и Т-клетки (кортикостероиды). Несмотря на значительные успехи в иммуносупрессивной терапии, основной проблемой в Республике Казахстан все еще остается криз отторжения трансплантата в раннем и в отдаленном послеоперационном периоде. Для отсечения состояния пересаженной почки у реципиентов выполняются обще-клинические и иммунологические исследования, важное значение имеет морфологическое исследование биопсионного материала из трансплантата.

При развитии острого или хронического криза отторжения производятся мероприятия направленные на подавление иммунного ответа реципиента на трансплантат коррекцией схемы иммуносупрессии, мероприятия для улучшения тканевого кровотока в пересаженном органе. Действительно основной задачей при лечении реципиента с почечным аллотрансплантатом и развившимся кризом отторжения является сохранение его функции, однако вопрос целесообразности сохранения трансплантата, и, вариант трансплантатэктомии пересматривается тщательно, так как развившаяся нефропатия может явиться необратимой с угрозой для жизни пациента.

Несмотря на опыт службы трансплантации Республики остается много организационных вопросов. Важным вопросом для службы трансплантации остается укрепление правовой базы донорства. Одними из важных условий для работы службы является солидарная осознанность и единение медицинских работников стоящих на этапах органного донорства и трансплантации, не менее важным условием является устранение социально-напряженного отношения широких слоев населения к службе. Важная задача самой службы трансплантации Республики – разработка и внедрение концепции единой системы интегрированной с системами трансплантации других государств, главной целью которой является переход от частных случаев к широкому использованию в практике операций по трансплантации органов и тканей.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Логинов И.В., Скворцов А.Е., Ульянкина И.В., Ананьев А.Н., Мойсюк Я.Г., Резник О.Н. //IV всероссийский съезд трансплантологов памяти академика В.И. Шумакова. – 9-10 ноября 2008г. – г. Москва – С. 326–327.
2. Причины дефицита донорских органов и возможные пути их устранения // Материалы городской научно-практической конференции «Органное донорство», Москва 2006 год, стр. 8 – 10 (соавт. В.А. Гуляев, И.В. Погребниченко).
3. Ильинский И.М., Белецкая Л.В., Балакирев Э.М. и др. Гломерулонефрит и другие болезни клубочков аллотрансплантата в позднем послеоперационном периоде. // Вестник трансплантации и искусственных органов. – 2001 – 1. – С. 35-39.
4. Influence of up – down inversion of the blood flow in the kidney allograft // ESOT, 2007 Prague, сборник абстрактов, стр. 178 (соавт. M Kaabak, A Zokoev, N Babenko, E Platova, R Ahmetshin).
5. Perfusion preservation maintains myocardial ATP levels and reduces apoptosis in an ex vivo rat heart transplantation model // Surgery. – 2005. – 138. – № 4. – P. 795-805. Peltz M., He T.T., Adams GA. 4th. et al.
6. Kung P.C., Goldstein G., Reinherz E.L., et al. // Science. – 1979. – Vol. 206. – P. 347.
7. Mihatsch M.J., Ryffel B., Gudat F. // Kidney Int. – 1995. – No 48. – Suppl. 52. – P. S63–S69.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ВЕДЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А., Камалов И.А.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова,
г. Алматы*

CHARACTERISTICS OF ANESTHESIA AND AGRIURE IMMEDIATE POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WITH EXTENSIVE HEPATECTOMIES

*Mierbekov EM, Artykbaev JT, Zhazyzbekov AA, IA Kamalov
National Scientific Center of Surgery named. AN Syzganov,
Almaty*

The progress of modern surgical hepatology has greatly expanded the indications for the thumb and the limit – but large liver resection, conducting orthotopic liver transplantation. These transactions and herb-matichnye often accompanied by massive blood loss and the progression of postoperative liver failure [1, 2]. The importance of the problem lies in the fact that mortality in such operations oc – melts still high. Thus, in the early 80s mortality after major liver resection according to foreign statistics GOVERNMENTAL – ranged from 20 to 33% [4,5,6] and the definition of – lylas high incidence of intraoperative massive bleeding and severe postoperative liver failure.

Прогресс современной хирургической гепатологии значительно расширил показания к большим и предельно большим резекциям печени, проведению ортотопической трансплантации печени. Данные операции травматичные и часто сопровождаются массивной кровопотерей и прогрессирующим послеоперационной печеночной недостаточности [1, 2]. Важность проблемы состоит еще и в том, что летальность при подобных операциях остается пока еще высокой. Так, в начале 80-х годов летальность после обширных резекций печени по данным зарубежных статистик составляла от 20 до 33% [4,5,6] и определялась высокой частотой массивных интраоперационных кровотечений и тяжелой послеоперационной печеночной недостаточности.

За последние десятилетия непосредственные результаты обширных резекций значительно улучшились. Благодаря совершенствованию предоперационной топической диагностики опухолей, развитию хирургической техники выполнения резекционных вмешательств на печени, совершенствованию методов профилактики кровотечений удалось заметно снизить показатели послеоперационной летальности, которая в настоящее время у больных без цирроза печени не превышает 2-6% [7-12]. В тоже время, в нестандартных анатомических ситуациях, при локализации очаговых образований в зоне магистральных сосудистых структур печени или наличии образований гигантских размеров риск массивной кровопотери и неблагоприятного исхода продолжает оставаться высоким.

В связи с этим важное значение приобретает правильный выбор тактики

часть в себя использование анестезиологических препаратов, оказывающих минимальное воздействие на метаболизм печеночных клеток, а также тактику инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ), способной адекватно корректировать нарушения гемодинамики вследствие кровопотери [3].

Цель: оптимизация анестезии и ведения ближайшего послеоперационного периода у больных с обширными резекциями печени.

Материал и методы. Нами анализированы результаты хирургического лечения 44 больных с обширными резекциями печени, оперированные в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова периода 2006-2010 г.г. Из них мужчин было 16, женщин - 28. Возраст пациентов составил 43,8 ± 2,4 лет.

Общее состояние больных до операции относили ко II-III степени анестезиологического риска по системе ASA. Анестезиологический риск по ASA II степени был у 40 больных, с III – у 4. Прослеживается достаточно четкая связь исходных нарушений гемодинамики, вследствие наличия у пациентов II-III фазы вolemических нарушений из-за нарушения белково-синтетической функции печени, что в свою очередь служило причиной низких показателей сердечно-сосудистой деятельности до операции и требовало медикаментозной коррекции.

По основному диагнозу больные были распределены следующим образом: с альвеококком печени - 14 больных, гепатоцеллюлярным раком печени - 11, гемангиомой печени – 13, метастатическим раком печени – 3, опухолью Клацкина – 2, гигантской эхинококковой кистой печени - 1.

Больным были выполнены следующие виды оперативных вмешательств: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – 22 больных, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) – 10, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГЭ) - 10, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГЭ) – 2.

Во время операции больным была проведена внутривенная тотальная анестезия с ИВЛ у 30 больных, комбинированная анестезия с ИВЛ – у 12.

Премедикация у всех больных была стандартной и включала препараты бензодиазепинового ряда, антигистаминные, анальгетики и м-холинолитики. Пациенты на ночь перорально получали седуксен 10 мг, димедрол 10 мг. За 30 мин до операции внутримышечно вводили промедол 10 мг, димедрол 10 мг, атропин 0,5-1,0 мг.

Индукцию в анестезию проводили диазепамом 0,1-0,2 мг/кг, фентанилом 2,0-4,0 мкг/кг в сочетании с кетаминем 1,0-1,5 мг/кг. Миоплегию осуществляли ардуаном 0,04 мг/кг. Интубацию трахеи выполняли после введения дитилина 2 мг/кг. ИВЛ проводили аппаратом «АСОМА» (Япония) в режиме умеренной гипервентиляции под контролем газового состава артериальной и венозной крови.

Поддержание анестезии осуществляли фентанилом 10-15 мкг/кг/ч в сочетании с кетаминем 3-5 мкг/кг/ч. Для поддержания нейромышечного блока использовали мелко ардуан 0,01-0,015 мкг/кг.

При комбинированной анестезии поддержание анестезии: изофлюран или севофлюран в режиме «minimal-flow» 0,8-2,0 об.%, фентанил 0,8-2,0 мкг/кг/час, ардуан 0,02 - 0,04 мг/кг/час.

Для инфузионно-трансфузионной терапии проводилась катетеризация 2-3 вен, из них 1 – центральной (внутренняя яремная или подключичная вена).

Интраоперационный мониторинг включал регистрацию электрокардиограммы (ЭКГ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), неинвазивного артериального давления (АД), сатурацию крови (SaO2), центрального венозного давления (ЦВД), контроль диуреза.

Лабораторные данные: определение гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, кислотно-щелочного состояния и газов крови, времени свертывания.

Результаты исследования.

Из 44 больных у 24 во время операции имелось кровотечение. Кровопотеря в среднем составила 1958,3 ± 30 мл и приходилась в основном на этапе резекции печени.

Максимальная кровопотеря составила 7500 мл. Геморрагический шок III степени был у 5 больных, IV степени - у 3.

Объем инфузионной терапии составлял 5-15 мл/(кг·ч) под контролем показателей гемодинамики, гематокрита, ЦВД, темпа диуреза и зависил от величины кровопотери и этапа

операции. Как правило, почасовой положительный баланс составлял 4-12 мл/кг, что обусловлено значительными перспирационными потерями при большой площади раневой поверхности. Качественный состав переливаемых растворов определялся величиной кровопотери, но соотношение объема кристаллоидов (раствор Рингера, изотонический раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы) и коллоидов (альбумин, гидроэтилкрахмалы, декстраны) составлял 2:1. Свежезамороженную плазму переливали только при нарушении показателей коагулограммы.

Средний объем инфузионно-трансфузионной терапии в среднем составил $4693,26 \pm 55$ мл. Из них кристаллоиды (физиологический раствор, раствор Рингера, 5% глюкоза, аминокпроновая кислота и др.) – $1352,78 \pm 60$ мл, коллоиды (стабизол, рефортан, полиглюкин, альбумин и др.) – $2563,16 \pm 75$ мл, эритроцитратная масса – $1163,68 \pm 55$ мл, свежезамороженная плазма – $1608,69 \pm 40$ мл.

Аппарат для реинфузии крови Cel Sever «Sequestra 1000» (Medtronic, США) был применен у 8 пациентов.

В интраоперационном периоде у больных возникли следующие осложнения: гипотензия – у 10, острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 3, остановка сердца – у 1. У этих больных на этапе резекции печени при пережатии сосудов гепатодуоденальной связки и возникновении гипоксии печеночных клеток с последующим восстановлением печеночного кровотока отмечалось ухудшение показателей системной гемодинамики, что требовало введение допамина в дозе 5-7 мкг/кг/мин, и адреналина в дозе 50-100 нг/кг/мин.

В ближайшем послеоперационном периоде у больных возникли следующие осложнения: пневмоторакс – у 4, ателектаз легкого – у 1, дыхательная недостаточность – у 4, повторный перевод на ИВЛ – у 3, кровотечение – у 3 (средняя кровопотеря составила $1750,56 \pm 55$ мл), острая печеночная недостаточность – у 5, острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 3, аритмии – у 1, ишемия миокарда – у 9, остановка сердца – у 1, энцефалопатия – у 7, парез кишечника – у 3, желудочно-кишечное кровотечение – у 2, острая почечная недостаточность – у 2, ДВС - синдром – у 2, пневмония – у 1, полиорганная недостаточность – у 3, сепсис – у 2. Умерли 5 больных. В среднем койко-день больных в ОИТ составил $3,98 \pm 2,4$ дней.

Литература.

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных протоков. Томск, 1997. - С.319-323
2. Буров Н.Е., Потапов В.Н., Makeев Г.Н. Ксенон в анестезиологии. Клинико-экспериментальное исследование. -М., 2000. - С. 129-154, 186-235, 250-261.
3. Лихванцев В.В., Смирнова В.И., Вшивневский В.А и др. Анестезиологическое обеспечение операций на печени // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3. - С.117-126.
4. Delva E, Barberousse J.P., Nordlinger B., Ollivier J.M., Vac- her B., Guilmet C., Huguet C. Hemodynamic and biochemical monitoring during major liver resection with use of hepatic vascular exclusion. Surgery. 1984; 95: 309-318.
5. Lee N.W., Wong J., Ong G.B. The surgical management of primary carcinoma of the liver. World.J.Surg. 1982; 6: 66-75.
6. Nagao T., Inoue S., Mizuta T. et al. One Hundred Hepatic resection. Ann.Surg. 1985; 202: 42-49.
7. Asianbola B., Chang D., Gleisner A.L. et al. Operative mortality after hepatic resection: are literature - based rates broadly applicable? J. Gastrointest. Surg. 2008; 12(5): 842-851.
8. Belghiti J., Regimbeau J.M., Durand F. et al. Resection of hepatocellular carcinoma: a European experience on 328 cases. Hepato-Gastroenterology. 2002; 49: 41 - 46.
9. Menon K.V., Prasad K.R., Toogood G.J., Lodge J.P.A. Extending Right Sided Liver Resection - how far can we go? J.Hep.Bil.Pancr.Surg.2002; 9: 184.
10. Poon R.T., Fan ST., Lo CM. et al. Improving perioperative outcome expands the role of hepatectomy in management of benign and malignant hepatobiliary diseases: analysis of 1222 consecutive patients from a prospective database. Ann. Surg. 2004; 240(4): 698-708.
11. Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А., Чжао А.В., Икрамов Р.З. Операции на печени. М.: Миклош, 2003; 156 с.
12. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. - М.: Практическая медицина, 2005; 312с.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Зяблицкая М.С.

Казахский национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Кафедра хирургических болезней №3

Пролечено 89 больных с «острым животом» у беременных. Из них 77 с острым аппендицитом, 7 с ущемленной грыжей, 4 с желудочным кровотечением, 1 с эхинококкозом печени. Объем операций: аппендэктомия, грыжесечение, эхинококкэктомия печени. Родоразрешение у 4 больных с острым аппендицитом (5,2%). Согласованная тактика с акушер-гинекологами, преемственность в лечении «острого живота» у беременных позволили снизить преждевременное родоразрешение при остром аппендиците до 5,2%, предупредить материнскую летальность.

ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ ДӘРІГЕ ТӨЗІМДІ ТҮРЛЕРІНЕ ШАЛДЫҚАННАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Жүкті әйелдердегі «жедел ішпен» 89 науқас емделді. Оның ішінде 77-сі жедел аппендицит, 7 науқас қысылған жарық, 4-і

асқазаннан қан кету, 1 науқас бауыр эхинококкозы. Жасалған операцияның көлемі: аппендэктомия, жарықты кесу, бауыр эхинококкэктомиясы. 4 жүкті әйел жедел аппендицитпен бірге босандырылған (5,2%). Акушер-гинекологтармен бірлесі отырып, жүкті әйелдердегі «жедел ішті» емдеудегі таңдалған тактика жедел аппендицит кезіндегі ерте босану көрсеткішін 5,2% төмендетуге мүмкіндік беріп, аналық өлім көрсеткішін алын-алды.

ABOUT THE TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH ACUTE SURGICAL ABDOMINAL PATHOLOGY

89 pregnant women with «acute abdomen» has been treated. Among 77 patients there were: 7 with hernia, 4 with gastric bleeding, 1 had liver ehynococcosys. Operations had been made:

appendectomy, herniatomy, liver ehynicocectomy. 4 women with acute appendicitis had been delivered (5,2%).

Coordinated work with obstetrician-gynecologists completed by continuity in the treatment of «acute abdomen» in pregnant women has helped to reduce premature delivery in acute appendicitis to 5.2% and prevent maternal mortality.

«Острый живот»- не редкость в акушерской практике. Операции по данному поводу производятся примерно у 0,2% беременных. Клинику «острого живота» могут обусловить как гинекологические, так и хирургические заболевания. Многообразие причин «острого живота» делают его диагностику достаточно сложной. Помимо повышенной опасности для матери остро протекающие заболевания брюшной полости неблагоприятно влияют на течение беременности, вызывая преждевременное её прерывание, гибель плода, смертность новорожденных. Подобные осложнения по данным разных авторов отмечаются у 5-7% женщин с острым аппендицитом, при распространённом перитоните гибель плода достигает 90%(4,5).

Клиника любых заболеваний при беременности та же, что и без наличия беременности. Симптомы обычно типичные в начальные сроки беременности, но могут быть стертыми в поздние сроки беременности и в родах. Это объясняется значительным изменением топографии органов брюшной полости, растяжением мышц передней брюшной стенки, изменением реактивности организма беременных.

Острый аппендицит (ОА) является самым частым из хирургических заболеваний органов брюшной полости, составляя при беременности около 90% всех случаев «острого живота» (3). Клиническое течение острого аппендицита в первой половине беременности почти не отличается от его течения вне беременности, отличия возникают лишь во второй половине беременности.

При исследовании живота необходимо учитывать локализацию червеобразного отростка, который смещается кверху по мере увеличения сроков беременности, локальное напряжение мышц выражено слабо (1,2). При поздних сроках беременности, когда слепая кишка и её отросток находятся позади увеличенной матки, могут быть отрицательными и другие симптомы раздражения брюшины: Щёткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Часто отчётливо определяется симптом Бартомье-Михельсона. Симптом Щёткина легко определяется в первом триместре, сложнее определить его во второй половине беременности (5).

Температурная реакция выражена слабее, лейкоцитоз умеренный. В тех случаях, когда у беременных женщин возникают трудности, в диагностике острого аппендицита должны быть использованы неинвазивные дополнительные методы исследования - УЗИ. В I и II триместре беременности в диагностике может быть использована лапароскопия, В случае подтверждения диагноза или невозможности

Таблица 1

Возраст больных	Количество больных
18-20лет	10
21-30лет	70
31-40лет	7
41-42лет	2

исключить острый аппендицит, необходима операция. В отношении обезболивания, - у беременных следует предпочесть общую анестезию. В первой половине беременности оптимальен доступ Волковича-Дьяконова, во второй половине его модифицируют по принципу, чем больше срок беременности, тем выше разрез. К срединной лапаротомии прибегают в редких случаях сочетания острого аппендицита и акушерской патологии, требующей немедленного родоразрешения, а также при распространённом перитоните. Результаты лечения аппендицита существенно ухудшаются по мере позднего обращения, диагностики и отдаления операции от начала приступа (4). Летальность при остром аппендиците в последние годы не превышает 0,3% (Савельев В.С., 1986). У беременных она в 6-10 раз выше (Роткови.Л.1988).За рубежом летальность среди беременных с острым аппендицитом также достигает 2,5-3%.При перфоративном аппендиците летальность среди беременных возрастает в 10-30 раз (4).

По данным гинекологов, преждевременное прерывание беременности после аппендэктомии наступило у 7,5% женщин, общая потеря плодов и новорожденных составила 3,9%. Невынашивание беременности при операциях во второй половине беременности встретилось в 11 раз чаще, чем при операциях, проведенных в первой половине беременности, при деструктивном аппендиците в 11 раз чаще, чем при простом (4).

Летальность при распространённом перитоните остаётся очень высокой и составляет, по данным различных авторов 23-55% для матери и 40-92% для плода. Академик В.С. Савельев подчёркивает, что вопрос об объёме и характере вмешательства при деструктивном аппендиците на фоне больших сроков

беременности следует решать совместно с акушером-гинекологом. Принцип хирургической тактики формируется следующим образом: максимальная активность в отношении перитонита, максимальный консерватизм в отношении беременности (3). В современных условиях при распространённом перитоните у беременных производят срединную лапаротомию, эвакуацию гноя, аппендэктомию, туалет брюшной полости, дренирование. При доношенной беременности ввиду неизбежности родов на фоне перитонита операцию начинают с кесарева сечения, затем аппендэктомию, необходимость в ампутации матки возникает при деструктивном её поражении.

За 2007-2010 гг. в клинике находилось 89 больных с «острым животом» в сочетании с беременностью. Из них 77 больных (87,5%) с острым аппендицитом, 7 с ущемленной грыжей, 4 больных с желудочным кровотечением и 1 с эхинококкозом печени.

Возраст поступивших был следующим: 18-20 лет - 10 больных, 21-30 лет -70, 31-40 лет - 7, 41-42 года -2, что отображено в табл. 1.

Итого	89
-------	----

Сроки беременности: 3-12 недель у 21 больных, 13-20 недель у 24, 21-25 недель у 20, 26-35 недель у 24 больных.

За 2007-2010 гг. в клинике оперировано 2676 больных с острым аппендицитом, из них 77 в сочетании с беременностью(2,9%).

Таблица 2

Время	Простой	Флегмонозный	Гангренозный	Всего	
До 3 часов	1	3	-	4	45
4-6 часов	5	8	-	13	
7-12 ч	3	24	1	18	
13-24 ч	3	10	2	15	
1-2 суток	3	4	-	7	
> 2 сут, до 4сут.	3	2	5	10	
Всего	18	51	8	77	

Из таблицы видно, что госпитализация после суток составила 17 человек (22,1%). Основная причина поздней госпитализации позднее обращение беременных за врачебной помощью.

Местный перитонит был у 29 (37,6%) больных: у одной больной - с простой формой аппендицита, у

Таблица 3

Форма воспаления отростка	Всего больных	Дренаживание бр. полости	Местный перитонит	Периаппендикулярный абсцесс	Дренаживание и тампонирование бр. полости
простой	18	2	1	-	-
флегмонозный	51	8	23	-	-
гангренозный	8	10	5	2	-
Всего	77	20	29	2	2

Выпота в брюшной полости было от 10-70 мл, в основном - 30-50мл, серозного характера - у 22 больных, местный гнойный перитонит - у 7. При посеве: в 11 случаях роста нет, в 7 случаях высеялся стафилококк, и в 2 кишечная палочка, чувствительность к цефазолину, цефтриаксону, амоксиклаву. Интересны данные сопоставления клинических и гистологических диагнозов: из 8 гангренозных червеобразных отростков биопсия дала 3 флегмонозных, из 51 флегмонозных - простые по данным биопсии у 28, что в итоге даёт превалирование простой формы аппендицита у беременных (59,7%).

Симптом Щёткина-Блумберга был положителен только у 21 больных (27,3%), у 2 больных при простой форме, у 14 при флегмонозном и 5 при гангренозном аппендиците.

УЗИ брюшной полости у больных с ОА и беременностью выполнено 50 больным: 13 при простом аппендиците, 29 при флегмонозном и 8 при гангренозном, выявлена угроза прерывания беременности у 19 больных (24,7%). Количество лейкоцитов в крови было увеличено от $10 \times 10^9 /л$ до $15 \times 10^9 /л$: при простом у 11 больных, флегмонозном

у 34 и при гангрене червеобразного отростка от $10 \times 10^9 /л$ до $20 \times 10^9 /л$ у 7 больных.

Симультанных операций сделана 1: аппендэктомия и кистомэктомия. Из сопутствующих заболеваний, при сочетании аппендицита с беременностью, превалировала патология почек, а именно, хронический пиелонефрит у 6 больных. Релапаротомия выполнена в 1 случае у больной с

Больные поступили в клинику в следующие сроки заболевания: табл. 2. Время от заболевания до поступления в стационар, в зависимости от формы отростка.

23 - с флегмонозным аппендицитом, у 5 - с гангренозным и 2 - с развитием периаппендикулярного абсцесса.

Дренаживание брюшной полости при перитоните: табл. 3

острым флегмонозным аппендицитом, беременностью 32-33 недели, хроническим пиелонефритом по поводу распространённого послеоперационного перитонита с благоприятным исходом.

Родоразрешение также было произведено у 4 больных с

деструктивным аппендицитом, перитонитом, которых перевели в перинатальный центр, у 2 больных с флегмонозным, у 2 с гангренозным аппендицитом. Итого, родоразрешение было

у 4 наших больных, что составляет 5,2%. Летальности после аппендэктомии у нас не было.

С ущемлением грыжи передней стенки живота наблюдалось 7 беременных со сроком 16-32 недели, из них с ущемлением паховой грыжи - 3, ущемлением грыжи белой линии живота - 2, ущемлением послеоперационной вентральной грыжи - 2. Произведены операции: грыжесечение под местной анестезией у 5 беременных, у 2х под общим обезболиванием с послеоперационной вентральной грыжей.

4 больных со сроком 16-32 недели беременности наблюдались с клиникой желудочного кровотечения легкой степени: с диагнозом эрозивный гастрит - 2 и синдромом Мэллори-Вейса - 2. Все 4 больных велись консервативно, проводилась противоязвенная, гемостатическая терапия.

1 больная наблюдалась с диагнозом: эхинококкоз правой доли печени, осложненный перфорацией в брюшную полость и распространенным перитонитом. Беременность 5-6 недель. Произведена эхинококкэктомия, санация, дренаживание брюшной полости, выписана с

выздоровлением на 14 сутки. Преждевременного родоразрешения и летальности у этих больных удалось избежать.

Выводы:

Дифференцированный подход в определении показаний к оперативному вмешательству, применение неинвазивных диагностических исследований, решение тактики ведения беременных после аппендэктомии совместно с гинекологами позволили снизить преждевременное родоразрешение до 5,2%. Результаты хирургического лечения у беременных зависят от сроков поступления больных с острой хирургической патологией живота, наличия осложнённого течения аппендицита - перитонитом, сопутствующей патологии, своевременной диагностики и выполнения адекватного оперативного вмешательства. Согласованная тактика с акушерами-гинекологами, преемственность в лечении «острого живота» у беременных позволили предупредить материнскую летальность.

Литература

1. Колесов В.И. «Клиника и лечение острого аппендицита» Л., 1972.- С. 306-322.
2. Кригер А.Г. и др. «Острый аппендицит» М., 2002.- С. 45-48.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости под редакцией В.С.Савельева М., 2004.- С. 199-204.

4. Семенова И.И., Старовойтов В.А. «Острый живот» в акушерстве. В книге «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике» под редакцией Э.К.Айламазяна. СПб.1993.- С. 224-259.

5. Шехтман М.М. «Неотложная помощь при экстрагенитальной патологии у беременных» М., 2001.- С. 35-55.

6. Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Шарунова В.Г. «Алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита у беременных». Научно-практический журнал «Хирургия. Морфология. Лимфология» Том 6 №11 2009г. С.76-77 г. Бишкек.

ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ

профессор А. Ж.Нурмаков

Күйікте болатын жедел хирургиялық аурулар

Нұрмақов А.Ж.

Күйікке шалдықан пациенттерде жедел хирургиялық аурулар жиі кездеспегенмен оларды анықтау, олардың алдын алу шаралары әлі толық анықталмаған. Мақалада қалалық күйік орталығына түскен сырқаттарда бақыланған жедел хирургиялық ауруларды анықтау және емдеу тәжірибесі баяндалған.

Acute surgical illness in burned

Nurmakov A. J.

Article presents the results of the diagnosis and treatment of acute surgical diseases of 14 patients who had been treated at a dedicated Burn Center at GKB No. 4 with burns of varying degrees.

Diagnosis of acute surgical diseases in patients with burns, as you know, is very difficult. It is from this circumstance, as well as operations that are performed under conditions of extreme risk, due to the high mortality rate among these patients.

Введение. До 60-70 годов XX в. в литературе редко встречались данные об острых хирургических заболеваниях, возникающие у больных с ожогами различной степени тяжести (ожоговой болезнью). В то же время, следует отметить, что первые публикации о возможности развития «острого живота» у обожженных больных появились ещё в ХУШ в. (Swan J., 1823, Dujpetren A., 1832, Curling T., 1842). В современном мире, в условиях невиданного темпа развития общества во всем мире наблюдается рост различных видов травм, в т.ч. термические повреждения. В связи с этим ученые стали всесторонне изучать эту проблему. По данным исследователей наиболее часто наблюдаются острые язвы и эрозии желудка и

двенадцатиперстной кишки, осложняющиеся перфорацией и кровотечением раной степени тяжести. В настоящее время достаточно полно изучен патогенез острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у ожоговых больных (Поташов Л.В., Седов В.М., 1984, Хохля В.П., 1986, и др.). Частота острых язв, осложнившихся кровотечением по нашим данным составила 22,3% (Поташов Л.В., Алиев М.А., Седов В.М., Нурмаков А.Ж., 1982). Из них у 18,7% причиной острой язвы были термические поражения различной степени. Имеются данные о развитии острого холецистита у обожженных (Точилин В.И. и соавт., 1976, Nowak K., 1981).

Диагностика острых хирургических заболеваний у ожоговых больных, как известно, представляет большие трудности. Именно с этим обстоятельством, а также операциями, выполняемыми в условиях чрезвычайного риска, объясняется высокая летальность среди этих больных. Мы хотели поделиться небольшим опытом диагностики и лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями у больных с термическим поражением.

Материалы и методы. В ожоговом отделении ГКБ №4, где с недавних пор базируется наша кафедра (2007-11 годы) под нашим наблюдением находились 14 больных с острыми хирургическими заболеваниями (ОХЗ) или острыми хирургическими состояниями (ОХС). Мужчин было-9, женщин-5 в возрасте 48-64 года.

Результаты времени и места распознавания ОХЗ представлены в таблице 1. Данные таблицы отчетливо свидетельствуют трудность диагностики острых хирургических заболеваний у ожоговых больных. Она главным образом была обусловлена следующими обстоятельствами: крайне тяжелое состояние

большинства ожоговых больных, невозможность ознакомления с жалобами и анамнезом больных, с трудностями полноценного проведения как физикального (пальпация, перкуссия, аускультация), так и инструментальных методов обследования (УЗИ, ФГДС, лапароскопия и др.), а также атипичным течением и стертой симптоматикой..

В то же время у больных с кровотечением из хронической язвы, желчнокаменной болезнью, а также с повреждением внутренних органов при обосновании диагноза существенное значение имели данные, выявленные из жалоб и анамнеза. Анамнез, собранный у самих больных и у родственников, указывал на наличие у них ранее хронической язвы (3), желчнокаменной болезни (1), а также на обстоятельства, при котором получено термическое повреждение. При кровотечении из ЖКТ обнаруживались такие признаки как рвота с примесью крови, мелена и снижение показателей красной крови. Инструментальные методы удалось использовать всего у 6 пациентов. Из них ФГДС (3), УЗИ (2) и в одном случае была выполнена лапароскопия (1).

Таблица1 - Сведения о диагностике «острого живота» у обожженных

ОХЗ и ОХС	Число больных	Время установления диагноза		
		до операции	во время операции	на вскрытии
Кровотечение:				
-из хронической язвы	3	2		1
-из острой язвы	2	1		1
-из эрозии слизистой	2			-
Перфорация	3	1	1	1
Острый аппендицит	1	1		
Острый холецистит	2	1		1
повреждения внутр. органов (термо-механические)	1			1
Всего:	14	6	1	5

Данные, представленные в таблице 2 наглядно показывают трудность диагностики «острого живота» у больных с термическим поражением и эта проблема требует дальнейшей разработки.

Не менее трудная проблема -это лечение таких больных. Хирурги, которые сталкиваются с такими пациентами ясно представляют ожидающие их трудности. Да и не каждый хирург решится взять на операцию больного у которого большая поверхность туловища охвачена термическим поражением. Риск операции повышается необходимостью использования разреза через ожоговую поверхность

12 нашим больным из 14, выполнено оперативное вмешательство. Характер операций и их исход представлены в таблице 2. Двум пациентам с легкой и средней степени тяжести кровотечения из эрозии слизистой желудка, проводилось консервативное лечение с благоприятным исходом. В послеоперационном периоде умерли 5 больных (35,7%). Основными причинами смерти больных были общее тяжелое состояние пациентов, обусловленное обширностью ожоговой поверхности и тяжелыми осложнениями, связанными с ним (пневмония, сепсис, полиорганная недостаточность и т.д.).

Двум больным, с кровотечением из ЖКТ диагноз кровотечения был установлен клинически. В связи с крайне тяжелым состоянием не было возможности им провести ФГДС и они по той же причине не были оперированы. Верификация диагноза

была на вскрытии. У одного была обнаружена кровоточащая хроническая язва желудка, а у второго множество острых язв желудка и 12 п. кишки, также осложненная массивным кровотечением. Двое больных умерли от разлитого перитонита, связанного с перфорацией язвы и острого гангренозного холецистита. Перитонит у этих больных не был распознан своевременно из-за его атипичного течения у пациентов пожилого возраста. И наконец, один пациент, поступивший в крайне тяжелом состоянии, умер от комбинированной травмы (термотравмы), полученной в ДТП. На операции обнаружено повреждение нескольких внутренних органов.

Таблица 2 - Характер оперативных вмешательств и результаты хирургического лечения

Характер операций	Число больных	Исход операции	
		благоприятный	неблагоприятный
Ушивание кровоточащей язвы	4	2	2
Резекция желудка по Б-2	1	1	
Ушивание перфоративной язвы	3	2	1
Аппендэктомия	1	1	
Холецистэктомия	2	1	1
повреждение вн.органов	1		1
Всего:	12	7	5

Принимая во внимание неблагоприятные результаты (не только в нашей клинике) лечения ОХЗ необходимо глубокое изучение этой проблемы, детализация и уточнение ряда положений и разработка путей совершенствования профилактики, своевременной диагностики и лечения неотложных состояний у обожженных. Предупреждение осложнений хронических хирургических заболеваний (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, ЖКБ и др.) следует начинать с забытого, к сожалению, диспансерного наблюдения и своевременного лечения их. Необходимо, также, совершенствование и широкое внедрение в практику специфической профилактики ОХЗ у больных с термическим поражением с первого дня поступления больных в ожоговое отделение.

Правильная организация лечения больных с ожогом и профилактические мероприятия, направленные на снижение «острого живота» могут устранить или значительно уменьшить процент возникновения ОХЗ у такой тяжелой категории больных.

Литература

- 1.Вихриев Б.С., Парис Е.И. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у обожженных. //Хирургия,- 1987,- №5,- с.43-48.
- 2.Вишневский В.А., Лавров В.А., Морозов С.С. Острый холецистит у обожженных.// Хирургия,-1987,- №11,- с. 86-80.
- 3.Точилин В.И.,Борисов Ф., Рубан Г.Е. Гангренозно-перфоративный холецистит у обожженного. //Вестник хирургии,-1976,- №2,- с.132-133.
- 4.Хохля В.П. Диагностика и лечение острых язв желудка и двенадцати- перстной кишки. Методические рекомендации.-1986.- С.26.
- 5.Поташов Л.В.Алиев М.А.,Седов В.М.,Нурмаков А.Ж. Кровотечения из острых и хронических гастродуоденальных язв.- Алма-Ата.-«Казахстан»,- 1982.- С.328.

GENERALIZED PERITONITIS -PRINCIPLES OF TREATMENT

A.S. Ibadildin, B.M. Nokerbekova, N.E. Sarmanov, M.S. Zyablitskaya
KazNMU named after Asfendiyarov, Department of Surgical diseases № 3

Жайылмалы перитониттің емдеу қағидалары

A. С. Ибадильдин, Б. М. Нокербекова, Н.Е.Сарманов, М.С.Зяблицкая

Негізгі сөздер: перитонит, ағза жетіспеушілігінің шкалалары, жүйелі қабыну реакциясының синдромы, перитонеальді шок, абдоминальді сепсис.

Мақалада авторлар 2007-2011 жылдар аралығында перитонитпен асқынған құрсақ қуысы мүшелерінің жарақаттары мен аурулары бар науқастарды емдеу тәсілдерімен бөліседі. Перитониттің клиникалық ауырлығын идентификациялау үшін сепсисің клиникалық жіктемесін есепке ала отырып жіктеменің соңғы жаңа тәсілдерімен APACHE II, SAPS жүйе-шкалаларымен науқастардың ауырлық жағдайын және аурудың болжамын бағалауын объективтеу, клиникалық сатыларды, перитонеальді сепсисің синдромдарын дәлірек анықтауға, емдеу тактикасын оптимальді етіп және аурудың ағымын болжауға мүмкіндік берді.

Принципы лечения распространенного перитонита

A. С. Ибадильдин, Б. М. Нокербекова, Н.Е.Сарманов, М.С.Зяблицкая

В статье авторы делятся опытом лечения 511 больных с заболеваниями и травмами органов брюшной полости, осложненными перитонитом за 2007-2011гг. Использование современных классификаций с обновленным подходом к идентификации клинической тяжести перитонита с учетом клинической классификации сепсиса, систем-шкал прогнозирования течения РП - APACHE II, SAPS позволило прогнозировать возможность местных и внутрибрюшных осложнений, связанных с острой хирургической патологией и внебрюшинных осложнений как проявление абдоминального сепсиса и/или вследствие отягощения течения фоновых заболеваний; оптимизировать активную хирургическую тактику, своевременно предпринимать повторные оперативные вмешательства, использовать методы экстракорпоральной детоксикации; снизить летальность при перитоните.

Ключевые слова: перитонит, шкалы органной недостаточности, синдром системной воспалительной реакции, перитонеальный шок, абдоминальный сепсис

Key words: peritonitis, the scale of organ failure, systemic inflammatory responsesyndrome, peritoneal shock, abdominal sepsis

Summary: This issue based on a clinical trial of 511 patients with peritonitis summoned by traumas and abdominal cavity diseases due to period of 2007-2011 years. Using a modern classification with regards to severity of peritonitis and sepsis classification (РП - APACHE II, SAPS), scales predicting the course of disease helped prognoses the complications local and intraperitoneal. Furthermore, this approach, associated with acute surgical pathology and extraperitoneal complications as a manifestation of abdominal sepsis and /or due to complication of the current baseline conditions, to optimize the active surgical tactics in a timely manner to make repeat surgery, use of extracorporeal methods of detoxification to reduce mortality in peritonitis

Relevance. Rate: Primary peritonitis is a rare case only in 1%. Secondary peritonitis as a complication of surgical pathologies. Mortality for generalized peritonitis, though new methods and technique options for treatment is still not decreasing. Thus, for purulent peritonitis is 25-30%, 80-90% those with multiple organ dysfunction syndrome. Several centers in Republic of Kazakhstan are responsible for implementing new techniques in treatment of generalized peritonitis (GP), based on a approved classification (accepted 21.22.04.99., Rostov, the Association of Surgeons of CIS

countries - in 2003.) which is widely used in CIS and foreign countries (V.S.Savelev, N.I.Izimbergenov).

Goal – To attain knowledge in GP treatment, which severs other surgical diseases, traumas of abdomen and value of APACHE and SAPS use in prognosing the morbidity and severity of pathologic conditions.

Materials and methods. 511 patients (245 female, 266 male) in the age of 16-79 y with acute surgical pathology, causing peritonitis (source of inflammation: appendicitis – 63%, ventricle and duodenum 12%, gall bladder, organs of lesser pelvis – 1%, intestine – 9%, pancreas -5%) has been treated in clinic due to period of 2007- 2011 During the last 5 year period 511 patients with acute secondary peritonitis has been operated.

Among them:

- Acute destructive appendicitis complicated by peritonitis -322
- perforated gastric ulcer and 12 sc – 61
- Acute destructive cholecystitis –49
- Acute necrotizing pancreatitis – 25
- Acute intestinal obstruction, including tumor genesis, incarcerated hernia – 29
- Traumatic injuries of the abdomen and other diseases - 25

Tertiary peritonitis перитонит: forms of purulent peritonitis that develop and occur without marked clinical manifestations due to the ongoing treatment of debilitated patients with secondaryperitonitis and often - with violations immunogenesis different nature. Before known as Slow Progressive or Persistent peritonitis.

To identify the clinical severity of RP as abdominal sepsis, the last was used as a systemic inflammatory response syndrome (SIRS, Chicago,1991), which approved the four features has been accepted before: 1-body temperature of more than 38or less 360S, 2-tachycardia more than 90 in 1 minute, tachypnea over 20 in a minute or Pa CO 2 lower than 32 mmHg, leukocytosis or leukopenia 12000/mm3 - more than 4000 mm3 or greater than 10%, immature forms). Existence of 2 of four signs SIRS if diagnosed with destructive process contemplated as sepsis sign. In addition severe sepsis, as a manifestation of uncontrolled hypotension below 90 mm Hg. of Art. - A sign of the terminal phase of sepsis, expressed in infectious-toxic shock(ITS) completed with multiple organ dysfunction syndrome.

Instead of grading the severity of GP, we used a gradation in phases: Peritonitis with no signs of sepsis - 352 patients, Pperitoneal sepsis SIRS3 - 73, Peritoneal severed by sepsis SIRS4 -33, Infectious - toxic shock syndrome (ITS) - 53.

Analyzing the material we used a classification based on pathology process severity taking into account SAPS and other relevant scales. The classification of peritonitis (adopted 21.22.04.99., Rostov, the Association of Surgeons of CIS countries - in 2003.)

I. Underlying disease

II. Etiology:

- Primary
- Secondary
- Tertiary

III. Prevalence:

1. Localized
 - A) Circumscribed (abscess)
 - B) non-circumscribed
2. Generalized

IV.By exudate:

- Serous
- Fibro serous
- Purulent
- Fecal
- Hemorrhagic
- Chemical (urine, bile, chyle peritonitis и др.)

V. Stages:

- Peritonitis with no signs of sepsis
- Peritoneal sepsis SIRS3
- Peritoneal sepsis SIRS4
- Sever peritoneal sepsis
- Infectious - toxic shock syndrome (ITS)

VI Complicated and uncomplicated forms

Extraperitoneal complications - are due to contamination (Suppuration of the wound, abscess of retroperitoneal fat) or hematogenous translocation (nosocomial pneumonia destructive forms or bacterial endocarditis caused by peritoneal sepsis, etc.).

In order to object estimation of patient severity and prognosis morbidity has been used scales to determine syndromes of Table1

APACHE II	Our estimations	Literature	SAPS Our datas	Literature
Peritoneal sepsis - SIRS - 3 - SIRS - 4	7,3 9,5	9,3 ± 3,3 13,6 ± 2,8	4,5 6,9	5,4 ± 1,5 8,9 ± 1,7
➤ Sever peritoneal sepsis	11,2	18,4 ± 2,1	8,2	13,2 ± 1,4
Infectious - toxic shock syndrome	34,5	21,5 ± 2,5	18,9	17,6 ± 1,3

After establishing a preliminary diagnosis, examination of the patient continues in conjunction with preoperative training. In this case the main purpose of diagnosis is to determine the severity of the process, the phases of its development, the presence of symptoms of peritoneal sepsis and multiple organ failure, and identifying the individual characteristics of pathogenesis.

The decision on what type of peritonitis makes by anamnesis data and clinical trials.

Along with a comprehensive laboratory testing and functional diagnosis if needed used an ultrasound of the abdomen, be sure to run the ECG and X-rays(-, chest X-ray abdomen).

All 511 patients underwent surgery: removal or exclusion made the source of peritonitis, intra- and postoperative rehabilitation of the abdominal cavity, decompression of the small intestine.

In the complex of therapeutic measures included massive antibiotic therapy (the most appropriate empirical antibiotic therapy before microbiological verification - a combination of cephalosporins (mandola), aminoglycosides (gentamicin or vancomycin) and metronidazole), pharmacological correction

Table2

Phase gradation	Amount	Total mortality (n = 511)	IN GP group (n=159)
Peritonitis with no signs of sepsis	352	0	
Peritoneal sepsis SIRS3	73	4%	12%
Sever peritoneal sepsis SIRS4	33	6%	20 %
Infectious - toxic shock syndrome	53	11%	34%
Total	511	21%	66%

Conclusion: Thus, the use of modern classification systems, scales, predicting the course of GP allowed to evaluate the prognosis of the disease, predict the possibility of local and intra-abdominal complications (associated with acute surgical pathology) and extraperitoneal complications as a manifestation of abdominal sepsis and / or due to complication of the current baseline conditions, to optimize the active

peritoneal sepsis. APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation Usa, Canada) - measures a patient condition in every given time and operations previous towards increasing and SAPS(Simplified Acute Physiology Score- Europe).

APACHE-II system has some advantages in patient admission to ICU. Following by this system it has been measured an age, chronic disease pertinence and psychophysical disorders. The total coefficient of less than 7 corresponds to mild disease, whereas a higher ratio to a more severe form respectively. It's revealed that, compared with the SAPS APACHE II score in patients with abdominal sepsis has a higher sensitivity.

SAPS is a familiar clinical information more accessible to general practice

of disorders of homeostasis, stimulation of either the temporary replacement of the major detoxification systems of the body methods haemocorrection plasmapheresis, UV blood, HBO, immune therapy, using a broad-spectrum antibiotics with immunosuppression.

Improving immunoreactive abilities of the body, used intravenous immune globulin, antistaphylococcal gamma-globulin, and (if indicated) leukocyte mass, antistaphylococcal plasma, levamisole, timalin.

Severed forms of peritonitis in 14 cases undergo programed laparotomy - in order to conduct a systematic postoperative rehabilitation, second-look and drainage of the abdominal cavity. Indications:

- Peritoneal sepsis SIRS 3 – 5 cases
- Peritoneal sepsis – SIRS 4 – 5 cases
- Sever peritoneal sepsis - 4 cases

Morbidity shown in Table2

surgical tactics, time to take repeated surgical interventions, and reduced the mortality rate in peritonitis

Results of research:

Evaluating systems-scale prediction of severity and prediction of GP showed its relevance scale

APACHE II and SAPS.

The use of modern classifications possible to optimize the treatment of GP to choose the optimal time of active surgical tactics and

effluent methods of treatment, reduce total mortality by 21%
The results obtained showed the feasibility of treatment of wide introduction in to practice of modern classification and compilation of a new protocol to the RC of diagnosis and treatment of GP

Reviewed literature:

1. Ерюхин И.А., Шляпников С.А. Гнойный перитонит. В кн.: «Хирургические болезни» под ред. В.С.Савельева. М. 2006
2. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. и др. -Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // *Анналы хирургии.*- 1999.- № 6.С. 14- 18
3. Шуркалин Б.К - Гнойный перитонит // *М.- Два Мира.*- 2000
4. Genuit T and Napolitano L. 2004. Peritonitis and Abdominal Sepsis
5. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE (1985). "APACHE II: a severity of disease classification system". *Critical Care Medicine* 13 (10): 818–29
6. Jean-Roger Le Gall, MD; Stanley Lemeshow, PhD; Fabienne Saulnier, MD. (1993). A New Simplified Acute Physiology Score

(SAPS II) Based on a European/North American Multicenter Study. *JAMA.* 1993;270:2957-2963

7. Dhainaut JF, Laterre PF, Janes JM, et al. (2003). "Drotrecogin alfa (activated) in the treatment of severe sepsis patients with multiple-organ dysfunction: data from the PROWESS trial". *Intensive Care Med* 29 (6): 894–903
8. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, Sirio CA, Murphy DJ, Lotring T, Damiano A, et al. (1991). "The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults". *Chest* 100 (6): 1619–36
9. Turnage RH, Richardson KA, Li BD, McDonald JC. Abdominal wall, umbilicus, peritoneum, mesenteries, omentum, and retroperitoneum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery.* 18th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 2008:chap 43.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

С.Б. Рахов

Алматинская многопрофильная клиническая больница г. Алматы.

Авторами разработан способ экстракорпоральной антибиотикотерапии, включающий использование аутоклеток крови, при котором в качестве транспортного контейнера используется лимфоцитарная масса. Применение лейкоцитарной массы с антибиотиками в лечении 422 пациентов с абдоминальной инфекцией и его осложнениями, позволило снизить курсовую дозу антибиотиков в 4 - 6 раз, при этом повысив эффективность комплексной терапии, сократив продолжительность лечения и уменьшить количество послеоперационных осложнений, что улучшило результаты хирургического лечения в 1,8 раза.

Ключевые слова интраабдоминальная инфекция, сепсис, антибактериальная терапия, лейкоцитарная масса, лимфоциты, экстракорпоральная иммунофармакотерапия.

Тұжырым: Авторлармен экстракорпорал антибиотикотерапиясының жанында лимфоцитарлық массаны көлік контейнер ретінде қолданылатын қанның қолдану торша қосатын әдісі жасалған. Сонымен бірге, абдоминалды инфекциясы бар 422 емделушілердің емдеуіндегі антибиотиктері бар лейкоциттер массасының қолдануы және оның кедергілерімен, 4-ші ретке антибиотиктерінің курстық дозасын кешенді терапияның тиімділігі жоғарылатылып азайтуға мүмкіндік берді.

Complex treatment of intraabdominal infections

S.B. Rakhov

Multidisciplinary Hospital Almaty, Almaty

For the purpose of increase of efficiency of complex treatment of patients with intraabdominal an infection the way extracorporeal antibiotic therapy, including use autocyte blood at which as the transport container the lymphocytic weight. Application leucocyte weights with antibiotics in treatment of 422 patients with abdominal infections and its complications, has allowed to lower a course dose of antibiotics in 4 - 6 times, thus having raised efficiency of complex therapy, having reduced duration of treatment and to reduce quantity of postoperative complications that has improved results of surgical treatment in 1,8 times. By authors were developed a method of extracorporeal antibiotic therapy which includes the use of auto cells of blood at which as a shipping container used lymphocytic mass. The application of leucocyte mass with antibiotics in the treatment of 422 patients with abdominal infection and its complications reduced exchange rate

dose of antibiotics 4-6 times, while increasing the efficiency of complex therapy.

Лечение больных с интраабдоминальной инфекцией брюшной полости (ИАИ) является одной из важнейших проблем современной хирургии. Это объясняется, в первую очередь, тем, что за последние годы значительно увеличилось количество больных, поступающих в отделение экстренной хирургии с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости [1,2,3], а также ростом числа гнойных послеоперационных осложнений, достигающих 10-30%, несмотря на появление целого ряда новых антибактериальных и антисептических средств [4,5,6].

Летальность при интраабдоминальной инфекции брюшной полости остается достаточно высокой 15-45% и не имеет заметной тенденции к снижению [7,8].

Антибактериальная терапия (АБТ) у больных с гнойной инфекцией брюшной полости является ведущим методом в комплексном лечении этого заболевания и проводится обычно с соблюдением традиционных принципов: учетом чувствительности бактериального агента к препарату и тропности лекарственного вещества. Выбор дозы, оптимальных путей и временных режимов введения антибиотика (АБ) в зависимости от величины его минимальной подавляющей концентрации также является неотъемлемой частью понятия "адекватная АБТ". Токсичность АБ, помимо его структурных свойств, в значительной степени определяется суточной дозой препарата [9,10].

Уменьшить выраженность и частоту токсических влияний АБТ на организм, одновременно повысив ее эффективность, позволяет внедрение в клиническую практику методов экстракорпоральной фармакотерапии (ЭКФТ), которая основана на использовании клеток аутокрови (лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов) для направленного транспорта лекарства [11,12]. Использование АБ для направленного транспорта обосновывается возможностью создания их высокой концентрации в очаге воспаления, снижения побочных эффектов. Экстракорпоральная антибиотикотерапия (ЭКАТ), по данным литературы, высокоэффективный метод лечения больных с неспецифическими заболеваниями легких и плевры [13,14].

Использование метода инкубации клеточной массы позволяет кардинально изменить распределение препаратов в организме пути их метаболизма и выведения, в несколько раз уменьшить курсовые дозы антибиотиков, при этом создавая их высокие бактерицидные концентрации только в очагах инфекционного воспаления с минимальным токсическим воздействием на организм [15,16].

Практический интерес представляет инкубация лейкоцитарной массы с антибиотиками и иммуномодуляторами, с последующим возвратом активированных таким образом лейкоцитов в кровотока пациента. Метод с успехом используется при лечении больных как с тяжелыми гнойно-септическими

Количественная характеристика групп больных

Группы больных	Абс. число	%
основная	216	51,2
контрольная	206	48,8
всего	422	100

Таблица 1.

Основную группу составили 216 больных, в комплексном лечении которых была включена экстракорпоральная антибактериальная фармакотерапия по разработанной методике.

В контрольную группу были включены 206 пациентов с осложненной интраабдоминальной инфекцией (ИАИ)

процессами, так и у амбулаторных пациентов с различными вариантами иммунодефицитных состояний [13].

Материалом нашего исследования служили собственные наблюдения и изучения истории болезни 422 больных с гнойно-септическими осложнениями острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости находившихся на лечении в хирургическом отделении Алматинской многопрофильной клинической больницы, за период 2002-2011 гг.

В зависимости от применяемой лечебной тактики все больные в нашей работе были разделены на 2 группы: основную (216) и группу сравнения (206).

получавшие традиционное комплексное лечение, включающие, кроме хирургического лечения, экстракорпоральную детоксикацию, антибактериальную терапию. Этиология ИАИ, у больных обеих групп, представлена в таблице №2.

Этиология ИАИ основной и контрольной групп

	Заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
		Кол-во	%	Кол-во	%
1	Острый аппендицит	105	48,5	123	59,7
2	Перфоративная язва желудка и ДПК	59	27,2	46	22,3
3	Острый холецистит	22	10,2	16	7,8
4	Острый панкреатит	12	5,5	7	3,4
5	Травмы органов брюшной полости	18	8,6	14	6,8
	Всего	216	100,0	206	100,0

Таблица 2.

Как видно из данных таблицы, причинами ИАИ у исследуемых больных, представлены 5 основными нозологиями: острый аппендицит (228), перфоративная язва желудка и ДПК (105), острый холецистит (38), острый панкреатит (67) и травмы органов брюшной полости (32).

У 366 (86,8%) больных, перед операцией, наблюдалась клиническая картина распространенного перитонита, у остальных 56 (12,2%) заболевание протекало с формированием абсцесса в брюшной полости (ограниченный перитонит) или забрюшинном пространстве.

Все больные были оперированы. Устранение основного очага перитонита заключалось в аппендэктомии у 224 (49,8%) больных с деструктивной формой аппендицита, у 86 (19,1%) больного произведено ушивание язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, в 19 случаях была произведена резекция желудка, в 38 случаях выполнена холецистэктомия, из них у 14 операция закончилась наружным дренированием холедоха, ушивание ран органов (печень, желудок, кишечник, брыжейка, сальник) брюшной полости при травме живота у 26 больных.

С целью повышения эффективности комплексного лечения больных с абдоминальной инфекцией нами разработан и внедрен способ экстракорпоральной антибиотикотерапии.

Способ осуществляется следующим образом:

В стерильных условиях берется кровь из вены добавляется 5000 ед гепарина (для профилактики свертываемости). Кровь пациента, в количестве 20 мл., в пробирке центрифугируется, в результате чего жидкая часть крови (плазма) отделяется от форменных элементов (эритроцитов). Плазма крови представляет собой лейкоцитарную взвесь, содержащая большое количество лимфоцитов. Плазма крови переносится в отдельную стерильную пробирку. Затем, с целью оксигенации и стерилизации плазмы, содержимое пробирки обрабатывают в

течение 10-15 минут озоно-воздушной смесью, после чего в пробирку добавляют суточную дозу антибиотика (выбор антибиотика в зависимости от чувствительности микрофлоры) и полиоксидоний 6,0 мг. Пробирку герметично закрывают и ставят в термостат, при температуре 37°C в течение 1-2 часов. После чего, проверяется индивидуальная совместимость полученной сыворотки с кровью пациента, затем сыворотка разбавляется изотоническим раствором и переливается больному. Сущность предлагаемого способа поясняется клиническим примером:

Больная В. 56 лет (история болезни N 6833) поступила в АМКБ в крайне тяжелом состоянии на 20 сутки с момента заболевания с диагнозом: Острый деструктивный холецистит. Разлитой гнойно-фибринозный желчный перитонит, токсемическая фаза. Сепсис.

При поступлении общее состояние крайне тяжелое. Сознание ясное, заторможена, на вопросы отвечает односложно. Кожа, видимые слизистые бледные, сухие. Дыхание ослабленное, ЧДД- 22в минуту; Тоны сердца глухие, ритмичные, АД- 90/60 мм.рт.ст.; пульс- 120-122 в мин. слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, густо обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, вздут; при пальпации болезнен во всех отделах. Положительный симптом раздражения брюшины. Анализы клинико-лабораторных исследований на момент поступления: Эр – 2,8x10¹²; Нб- 92г/л; Л- 23x10⁹; Э-3;Нейтр.- 4; П- 21; С-58; Лимф.-18; Мон-6.; СОЭ- 36.; токсическая зернистость «+++», анизоцитоз, пойкилоцитоз. ЛИИ- 5,0; общ.белок –52г/л; сахар крови-5,8ммоль/л; общ.бил.- 16,8ммоль/л; прямой- 8,2ммоль/л; мочевины- 7,3ммоль/л.

После предоперационной подготовки произведена экстренная операция – Лапаротомия, холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Больной в программу лечения, с первых суток после операции, включена экстракорпоральная антибактериальная (роцефин 2,0) и иммунофармакотерапия (циклоферон 2,0) по нашему способу. Всего было проведено 3 сеанса ЭАИФТ.

Клинически состояние больного постепенно улучшалось, на 11 сутки с момента поступления в стационар больная в сознании, менее выражена одышка и тахикардия.

В анализах крови Эр – $3,8 \times 10^{12}$; НБ- 112г/л; Л- $9,6 \times 10^9$; Э-2; Нейтр.- 2; П-2; С-18; Лимф.-8; Мон-6.; ЛИИ- 1,0; общ.белок –72г/л; сахар крови-5,8ммоль/л; общ.бил.- 16,8ммоль/л; прямой- 8,2ммоль/л; мочевины- 7,3ммоль/л.

В дальнейшем по мере проведения комплексной интенсивной терапии состояние больной постепенно улучшалось, выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 21 сутки.

В клинике данный способ экстракорпоральной антибактериальной иммунофармакотерапии (ЭАИФТ), с использованием лейкоцитарной массы, был применен у 216 больных, в возрасте от 16 до 68 лет, с тяжелой степенью ИАИ. Оценка эффективности предлагаемого способа в комплексной терапии больных с ИАИ проводилась по результатам бактериологических, иммунологических и клинико-лабораторных исследований.

ЭАИФТ, с использованием лейкоцитарной массы, позволил снизить бактериальную обсемененность перитонеального экссудата, у исследуемых больных, в течение первых суток в 2-3 раза (с 10^{5-6} до 10^{3-4}), на 2-е сутки после операции до 10^{2-3} , с максимальным снижением (до 10^1) на 5-7 сутки.

Разработанный способ ЭАИФТ, на 5-7 сутки после операции, способствовал снижению содержания продуктов ПОЛ, в том числе МДА на 28-30%, улучшал состояние антиокислительной системы, путем повышения активности СОД на 39,9% в сравнении с нормой, и на 55-60% в сравнении с исходными данными, повышением активности каталазы до $305,3 \pm 10,68$ МЕ/л.

Способ культивирования лейкоцитарной массы с антибиотиком и циклофероном, обеспечивает не только выраженный антибактериальный эффект препарата, но и высокое иммуномодулирующее действие, благодаря наличию индуктора интерферона (циклоферона), о чем свидетельствует увеличение абсолютного числа Т-лимфоцитов до $51,17 \pm 2,01 \times 10^9$ /л., В-лимфоцитов до $17,65 \pm 1,52 \times 10^9$ /л., усиление Д-фагоцитоза до $52,48 \pm 0,05 \times 10^9$ /л., снижение фракций иммуноглобулина от $22,35 \pm 1,45$ до $21,17 \pm 1,37$, на фоне проводимого лечения.

Таким образом, использование инкубации лейкоцитарной массы с антибиотиками в лечении пациентов с абдоминальной инфекцией и его осложнениями, позволило снизить курсовую дозу антибиотиков в 4 - 6 раз, при этом повысился эффективность комплексной терапии, сократив продолжительность лечения и уменьшить количество послеоперационных осложнений, что улучшило результаты хирургического лечения в 1,8 раза.

Литература

1. Савельев В.С. /Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия.//Литтера. 2006. 168 с.
2. Костюченко К.В., Рыбачков В.В., Ярушкин А.К., Петров О.И., Смирнов О.С. /Значение прогностической ценности критериев полиорганной дисфункции для определения хирургической тактики лечения распространенного перитонита //Сборн. тезисов IX Съезда Всероссийской федерации анестезиологов и реаниматологов. Сентябрь. 2004 год. Иркутск.

3. Илюкевич Г.В. Абдоминальный сепсис: новый взгляд на нестаряющую проблему // Медицинские новости.- 2001.- № 9.- С.35-41.

4. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Гельфанд Е.Б. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса. // Consilium medicum. 2000. Том 2. №9. с.374-379

5. Бельских А.Н., Потапчук В.Б., Лукин В.В., Плоцкий А.Н. "Фармакокинетика антибактериальных препаратов при проведении сорбционно-аферезных операций экстракорпоральной детоксикации". Ж. Эфферентная терапия, Т 9, № 1, 2003 г, стр 59 - 59

6. Косинец А.Н., Андрейченко В.В. Перитонит – абдоминальный сепсис //Новости хирургии.- 2001.- Том. 12.№ 2.- С.3-8.

7. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // Русский медицинский журнал.- 1999.- № 5/7.- С.6.

8. Григорьев Е.Г., Коган А.С. Хирургия тяжелых гнойных процессов. –Новосибирск: Наука, 2000.- 314 с.

9. Ушкалова Е.А. Выбор карбопенемовых и гликопептидных антибиотиков для фармакологических списков лекарственных средств // Антибиот. и химиотер.- 2001.- Том.46.№ 3.- С.37-41.

10. Антибиотикотерапия абдоминальной хирургической инфекции / Б.Р. Гельфанд, В.А. Гологорский, С.З. Бурневич и др.; Под ред. В.С. Савельева. –М., 2000.- 144 с.

11. Бельских А.Н., Потапчук В.Б., Лукин В.В., Плоцкий А.Н., Соколов А.А., Стрельникова О.Ю. "Применение экстракорпоральной антибактериальной фармакотерапии у больных с хирургической инфекцией". Ж. Эфферентная терапия, Т 9, № 1, 2003 г, стр 55 - 56

12. Генинг Т.П., Колкер И.И., Жумадилов Ж.Ш. Использование форменных элементов крови для направленной доставки химиотерапевтических и диагностических препаратов в очаг поражения // Антибиотики и химиотерапия. - 1988.- № 11.- С.867-871.

13. Н.Д.Ушакова Н.Д., В.В. Мороз В.В., М.И.Коган М.И. Экстракорпоральная иммунофармакотерапия циклофероном эндотоксикоза при гнойно-воспалительных урологических заболеваниях// Вестник интенсивной терапии, 2004 г, №1.

14. Лохвицкий С.В., Ержанова Ш.А., Балаболкин М.И., Сарафанова И.М. Направленный транспорт антибиотиков при лечении больных диабетической гнойной остеоартропатией // Сахарный диабет. - 1999. - № 3 (4). - С.35-41.

15. Генинг Т.П., Мануйлов К.К. Фармакокинетика антибиотика, вводимого в организм в клеточных носителях // Антибиотики и химиотерапия. - 1991. - № 9. - С.19-20

16. Карпушина И.А., Стеблева Т.Ф., Бонитенко Е.Ю. /Применение методики направленного транспорта лекарственных веществ в клинической практике (Обзор литературы)// Российский биомедицинский журнал. Т. 5, С. 404-408 декабрь 2004г

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Рахов С.Б.

Алматинская многопрофильная клиническая больница

С целью формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии, при раке желудка, разработан и внедрен в клинику новый способ гастрэктомии при раке желудка, позволяющий снизить вероятность несостоятельности анастомоза и предотвратить развитие рефлюкс-эзофагита.

По данной методике выполнено 37 гастрэктомий, несостоятельности анастомоза не отмечено ни в одном случае.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, эзофагоэнтероанастомоз, рефлюкс гастрит.

SURGICAL TREATMENT OF STOMACH CANCER

Rakhov S.B.

Almaty Multidisciplinary Hospital

For the purpose of forming ezofagoenteroanastomoz after gastrectomy, gastric cancer, developed and implemented in the clinic a new way of gastrectomy for gastric cancer, which allows to reduce the probability of failure of the anastomosis and prevent the development of reflux esophagitis.

By this method holds 37 gastrectomies, anastomosis failure is not observed in any case.

Key words: gastric cancer, gastrectomy, ezofagoenteroanastomoz, reflux gastritis.

Эзофагоэнтероанастомоза құрастырулар максатпен гастрэктомиядан кейін, асқазанның шаянында, жасалған және гастрэктомияны жаңа әдісті клиникада асқазанның шаянында, мүмкіндік беретін анастомоздың бейшаралығының ықтималдығы азайтып және кері дамыту сақтап қалуға ендірген - өңештің қабынуы.

Осы әдістеме бойынша 37 гастрэктомиялар, анастомоздың бейшаралығы орындаған бір жағдайда да атап өтілмеген.

Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и летальности, рак желудка остается крайне актуальной проблемой человечества. В России он находится на втором месте в структуре заболеваемости мужчин (14,7%) и третьем в структуре заболеваемости женщин (10,8%) [1].

Лечение рака желудка — одна из наиболее сложных проблем онкологии. Хирургическое лечение остается на сегодняшний день «золотым» стандартом при радикальном лечении, рака желудка, позволяющим у ряда больных надеяться на полное выздоровление. Однако результаты его применения существенно зависят от правильности выбранного объема резекции и техники ее выполнения.

Традиционно радикальные операции по поводу рака желудка включают не только адекватный объем оперативного вмешательства на самом органе, но и обязательное моноблочное удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей клетчаткой [2].

Показанием к хирургическому лечению рака желудка являются установление диагноза операбельного рака желудка и отсутствие общих противопоказаний к операции.

М.З. Сигал с соавт., [3], предлагают способ формирования пищеводнокишечного анастомоза, включающий создание кишечной трубки, резекцию абдоминального отдела пищевода при этом производят в косом направлении, под углом. Далее формируется малый желудок из петель приводящего и отводящего отдела тонкой кишки. После чего формируется анастомоз между пищеводом и сформированным малым желудком из тонкой кишки.

Недостатками данного способа являются трудоемкость и травматичность операции, кроме того, формирование малого желудка по данной методике предрасполагает к развитию рефлюкс-эзофагита.

Известен способ резекции желудка, включающий удаление органа с сохранением участка желудочной стенки, прилежащей к пищеводу, ушивание культи двенадцатиперстной кишки,

наложение желудочно-кишечного и межкишечного анастомозов, при этом желудок мобилизуют на всем протяжении и пересекают на уровне пищевода - желудочного перехода по линии, перпендикулярной оси пищевода, затем размещают пищевод в центральной части горизонтального отдела Т-образной дубликатуры из тощей кишки и ротируют культю желудка на 180° вправо, после чего анастомозируют культю желудка с отводящим отделом Т-образной муфты, а приводящий ее отдел фиксируют к отводящему до пищевода.

Недостатками данного способа являются: короткая зона фиксации анастомоза, стенка кишки при формировании анастомоза рассекается продольно, что способствует развитию рефлюкс-эзофагита; уменьшена зона энтероэнтеропликации вследствие короткой фиксации абдоминального отдела пищевода.

С целью формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии, при раке желудка, позволяющий снизить вероятность несостоятельности анастомоза и предотвратить развитие рефлюкс-эзофагита, нами разработан и внедрен в клинику новый способ гастрэктомии (А.С. 2002/0572.1 от 29.04.2002) [5].

Способ осуществляется следующим образом:

После мобилизации желудка и абдоминального отдела пищевода производят гастрэктомию проксимальнее кардиоэзофагеального перехода. Культю двенадцатиперстной кишки ушивают. Отступив от связки Трейца 25-30 см, из петель тощей кишки (приводящей и отводящей) создают Т-образную дубликатуру. Следующим этапом кишку фиксируют на всем протяжении абдоминального отдела пищевода. Первые два шва по краям кишки фиксируют к ножкам диафрагмы, далее абдоминальный отдел пищевода фиксируют к отводящей петле по каждому краю на 5-6 швах. Затем формируют поперечный эзофагоэнтероанастомоз, который предотвращает развитие рефлюкс-эзофагита ввиду смыкания зоны анастомоза при аннтиперистальтической волне.

После формирования анастомоза выполняют энтероэнтеропликацию, после чего приводящую петлю кишки фиксируют на протяжении 10 см к отводящей, тем самым закрывая зону анастомоза. Ниже связки Трейца накладывают межкишечное соустье.

Надежность анастомоза, при данном способе, достигается за счет удлинения зоны фиксации абдоминального отдела пищевода, дополнительной дубликатуры - энтероэнтеропликации на протяжении 10 см. Выполнение поперечного эзофагоэнтероанастомоза предотвращает заброс кишечного содержимого в пищевод при антиперистальтической волне ввиду смыкания краев анастомоза; за счет созданной Т-образной дубликатуры кишки и энтероэнтеропликации формируется газовый пузырь, что способствует выходу воздуха, в результате чего не возникает опасности развития рефлюкс-эзофагита.

Приводим клинические наблюдения подтверждающий эффективность применения способа формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии у больных с раком желудка.

Пример 1

Больной П., 47 лет. Жалобы при поступлении на боли в эпигастрии, иррадирующие за грудину, слабость, снижение в весе.

Из анамнеза: болен в течение 6 месяцев. Обследован в поликлинике: сделана гастроскопия с прицельной биопсией, при которой обнаружен рак в проксимальном отделе желудка (аденокарцинома), дефект слизистой в d=3,0 см.

Рентгеноскопия желудка: обнаружена ниша ниже кардиального жома 4-5 см. После дообследования и предварительной подготовки произведена операция абдоминальным доступом.

Выполнена гастрэктомия с расширенной лимфадиссекцией в объеме лимфаденэктомии. Наложен эзофагоэнтероанастомоз по описанному способу. Назогастральный зонд удален на 5 сутки.

Послеоперационное течение гладкое, ранняя активация больного после операции. Кормление через рот начато после удаления зонда. Больной через 12 суток выписан домой.

Больной осмотрен после операции через 3 мес., 1 год, 3 года. Самочувствие хорошее, набрал в весе, аппетит сохранен, работает.

Через 3 года проведена компьютерная томография брюшной полости, метастазы не обнаружены. Рентгеноскопия (эзофагоэнтерография): имеется небольшой газовый пузырь в левом поддиафрагмальном пространстве, проходимость анастомоза хорошая.

Пример 2

Больной Д., 67 л. При поступлении беспокоят боли в эпигастрии постоянного характера, усиливающиеся после приема пищи. Боли иррадиируют в спину. В течение последнего месяца отмечает ухудшение самочувствия, слабость, упадок сил, апатию, снижение аппетита. Потеря в весе до 5 кг. При фиброгастродуоденоскопии обнаружен дефект слизистой в субкардии до 2,5 см с неровными подрывными краями, взята биопсия. Результат биопсии - аденокарцинома желудка. Рентгенологический диагноз подтвержден.

После подготовки и дообследования больной взят на операцию. Во время операции обнаружена опухоль с инфильтративным ростом в верхней трети желудка. Произведена гастрэктомия, при этом мобилизован абдоминальный отдел пищевода, пересечен выше жома на 2 см (с целью адекватной лимфадиссекции выполняется спленэктомия).

Культи двенадцатиперстной кишки ушита. Наложен эзофагоэнтероанастомоз по описанной методике. Послеоперационное течение гладкое. Выписан домой на 14 сутки после операции. По истечении 1 года осмотрен в динамике, жалоб нет. Самочувствие хорошее.

По данной методике выполнено 37 гастрэктомий, несостоятельности анастомоза не отмечено ни в одном случае. Таким образом, предлагаемый способ эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии у больных с раком желудка, является надежным, предотвращает несостоятельность анастомоза и развитие рефлюкс-эзофагита.

Список использованной литературы:

1. Щепотин И. Б., Эванс С. Р. Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. – К.: Книга Плюс, 2000
2. Hermans J., Bonenkamp J. J., Boon M. C. et al. Adjuvant therapy after curative resection for gastric cancer: Meta-analysis of randomized trials// J. Clin. Oncol. – 1993. – V. 11. – P. 1441–1444.
3. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Изд. Казанского университета, 1987, с. 141-157.
4. А. С. СССР № 1796159, кл. А61В 17/00.//Бюллетень изобретений №7 от 23.02.1993.
5. Рахов С. Б.; Жанталинова Н. А. Способ формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии.// Бюллетень изобретений РК. №1 от 15.01.2004,

СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БИЛИАРНОЙ ОККЛЮЗИИ

Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Сабитов Д.Ф.

КазНМУ, кафедра «Хирургические болезни №3» РК., г. Алматы

При механической желтухе степень морфофункциональных и гомеостазиологических нарушениях зависят от длительности холестаза. Для профилактики и коррекции возможных осложнений при холестазе, в зависимости от сроков билиарной окклюзии, необходим постоянный мониторинг функционального состояния печени для своевременной коррекции с целью предупреждения жизнеопасных осложнений.

Механикалық сарғыштанудандың морфофункционалды және гомеостазиологиялық бұзылу дәрежесі холестаздың ұзақтығына байланысты. Бауырдың компенсаторлы қызметін анықтау және талдау, билиарлы окклюзияның мерзіміне байланысты болатын холестаздың алдын-алуда және калпына келтіруде үлкен маңызы бар.

The state of homeostasis with obstructive jaundice, depending on the duration of the occlusion of biliary

At a mechanical icterus degree morphofunctional and hemostatiological disturbances depend on duration of a cholestasia. For preventive maintenance and correction of possible complications at a cholestasia, depending on terms biliary occlusions,

definition and the analysis compensatory liver functions is of great importance.

Актуальность: Рост числа больных с желчнокаменной болезнью, калькулёзным холециститом, неблагоприятным осложнением которого является механическая желтуха, вследствие холедохолитиаза, всегда вызывает много диагностических, лечебно-тактических и технических проблем, затрудняющих выбор оптимальной лечебной тактики. Помимо холедохолитиаза наметилась тенденция к увеличению больных страдающих механической желтухой некалькулезного происхождения: стеноз большого дуоденального сосочка 16-29%, панкреатит -5,4-27 %, рубцовая стриктура внепеченочных желчных путей 5,3-15%, паразитарных заболевания печени 1,6-4%. (2) Все эти заболевания, при определенных условиях , приводят к желчной гипертензии и механической желтухе, частым осложнением которого является гнойный холангит, который способствует прогрессированию морфофункциональных изменений в печени на фоне нарастающей интоксикации, сочетающейся с гемодинамическими и гемореологическими расстройствами, нарушениями лимфодинамики. Степень и скорость изменений

в печени зависят от темпа нарастания желчной гипертензии, нарушения микроциркуляции, гипоксии тканей, наличия воспаления в протоках и продолжительности желтухи.(1,2) В результате желчной гипертензии, билирубин и желчные кислоты оказывают на гепатоциты токсическое действие, снижают потребление гепатоцитами кислорода и разобщают окислительное фосфорилирование с нарушением их функции, что ведет к изменению свойств и структуры клеточных мембран, обусловленных изменением состава мембранных липидов, холестерина, жирных кислот, нарушением активности мембраносвязанных ферментов. В зависимости от длительности механической желтухи, наряду с функциональными нарушениями в печени (выделительной, обезвреживающей) нередко возникают геморрагические осложнения, тромбозы и эмболии, которые связаны с нарушением гуморально-регуляторных систем организма-свертывающей, фибринолитической, калликреин-кининовой.(2,6)

Нарушения белкового, липидного обменов, эндогенная интоксикация имеют первостепенное значение, так как влияют на транспорт кислорода, реологические свойства крови, микроциркуляцию, клеточный иммунитет, систему гемостаза.

Цель исследования: изучить нарушения компенсаторной функции печени при механической желтухе в зависимости от длительности билиарной окклюзии с целью ранней диагностики и коррекции лечения.

Материалы и методы: Изучено состояние гомеостаза в зависимости от продолжительности желтухи у 78 больных лечившихся в клинике в возрасте от 24 до 82 лет

В зависимости от продолжительности желтухи больные разделены на 3 группы:

1 группа: длительность желтухи: 10 дней, II группа 2 недели, III группа 3 недели и больше. При билиарной окклюзии длительностью до 10 дней отмечено снижение уровня альбуминов в 1,4 раза или на 30%, повышение количества гамма-глобулинов в 1,5 раза (47%), повышение уровня остаточного азота (23,9 ммоль/л), общий билирубин от 33,2 до 180 мкмоль. Уровень АЛТ и АСТ в пределах нормы, содержание щелочной фосфатазы повышалось у всех пациентов в 1,5-3 раза (85-190 ед/л). Данные изменения показывают нарастание диспротеинемии в ранние сроки билиарной окклюзии, доминирование холестатических процессов над цитолитическими.

Во II группе умеренная трансаминаземия, достоверно увеличился остаточный азот (25,8 ммоль/л), щелочная фосфатаза (192,5 ед/л) по сравнению с I группой, более чем в 2 раз повысились бета-липопротеиды (26,2 г/л). Наряду с диспротеинемией, общий билирубин по сравнению с I группой увеличился, но не достоверно (30 * 210 мкмоль/л)

В III группе отмечается диспротеинемия со значительно выраженной гамма-глобулинемией. У 60% пациентов билирубинемия до 200 мкмоль/л, у 40% выше 200 мкмоль/л, остаточный азот повышен на 25%, АЛТ выше 3 – х норм (от 2,7 до 3,50 ммоль/л)

Щелочная фосфатаза в 4,4 раза превышала нормальные величины (262,2 ед/л), что показывает, наряду с холестазами отмечается выраженный цитолитический процесс, у 30% больных отмечается бета-липопротеидемия, которая способствует дальнейшему, более глубокому нарушению структуры и свойств клеточных мембран.

Выводы:

1. При механической желтухе морфофункциональные нарушения в печени значительно отягощаются в зависимости от длительности билиарной окклюзии и усугубляются течением патологических процессов в билиарном тракте.
2. Уровень гомеостазиологических нарушений зависит от длительности холестаза, который способствует развитию цитолитических процессов в печени и нарастанию печеночной недостаточности.
3. Выявление скрытых механизмов развития осложнений при механической желтухе имеет большое значение для своевременной диагностики и активной предоперационной коррекции, пери-, послеоперационного лечения данной патологии с целью снижения операционного риска и послеоперационной летальности.

Литература:

1. Апсаров Э.А., Оразбеков Н.И «Системные поражения органов гепатобилиарной системы при желчекаменной болезни» Журнал хирургия Казахстана 1996 г № 5-6 с. 3-6
2. Андреев Г.Н. Монография «Механическая желтуха не опухолевой этиологии» Великий Новгород 2004 г. с-123
4. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова, Москва 2007 г.
6. Андреев Г.Н. «Агрегатное состояние крови и нарушение гомеостаза у больных с внутрипеченочным холестазом. Научный сборник «Клиническая медицина», Великий Новгород, РФ 2002 г. с. 238-247
7. Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н. «Гепатология және клиникалық биохимия» Алматы «Карасай» 2008 г. с. 392
8. Ибадильдин А.С. Морфо-функциональные изменения печени при портальной гипертензии, осложненным внутрипеченочным холестазом. Вестник хирургии Казахстана №1 2011 г. Стр. 14-15

**ПРИМЕНЕНИЕ АНТИТЕЛЬНОГО ЭХИНОКОККОВОГО ЭРИТРОЦИТАРНОГО ДИАГНОСТИКУМА
ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦИСТОБИЛИАРНОГО СВИЦА**

Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова
Кафедра «Хирургические болезни № 3»

Application of antibody hydatid Erythrocytic Diagnosticums

Ibadildin AS, Kuzmin, D.

*Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarova
Department "Surgical Diseases № 3" Process for preparing antibody
hydatid Erythrocytic diagnosticum for diagnosis of Biliary fistula
Cystose*

The authors have developed a method for producing the immune serum by sequential immunization of rabbits with hydatid fluid obtained from cysts localized in various organs of heterogeneous animals. With the help of an effective immune serum prepared erythrocyte antibody diagnosticum to identify hydatid antibodies in the bile of patients. 18 of them fulfilled the study of bile for the presence of antibodies in complicated hydatid echinococcus of the liver. In 7 cases in the bile (portion c) detected hydatid antigen, indicating a rupture of echinococcal cysts in the biliary tree, which was confirmed during surgery.

Authors substantiate the feasibility of assay of bile on the presence of such antibodies, which can provide to estimate the operation volume. This method requires further study and implementation in practical health care

Авторлар өздерінің жұмыстарында гетерогенді жануарлардың түрлі ағзаларында орналасқан эхинококкты кистасынан алынған эхинококкты сұйықтықты қояндарға кезегімен иммунизациялау арқылы иммунды сарысу алудың тәсілін ашқан. Иммунды сарысудың көмегімен науқас адамның өтіндегі эхинококктық антигенді индикациялайтын әсерлі антиденелік эритроцитарлы диагностикум жасаған. Асқынған бауыр эхинококкозымен ауырған 18 науқастың өтінен эхинококктық антигенін анықтау мақсатында зерттеу жүргізілді. 7 науқастың өтінен (С порция) эхинококктық антиген табылды, бұл эхинококктық билиарлы жолдарға ашылуымен түсіндіріледі, бұл операция үстінде дәлелденді.

Авторлар эхинококкпен ауырған науқастардың өтінен эхинококктық антигенге тексерудің қажеттілігін келесі жағдайлармен түсіндіреді: ол операцияға дейін эхинококктың өт жолдарына ашылғандығын анықтап операцияның көлемін дұрыс таңдауға мүмкіншіліктер береді.

Ұсынылған тәсіл тәжірибелік денсаулық сақтау жүйесіне енгізуді және жетілдіруді қажет етеді.

Актуальность. Среди антропоонозов эхинококкоз – довольно широко распространенное заболевание во многих районах Республики Казахстан. Согласно ветеринарной отчетности в РК степень зараженности животных составляет 25-67%. По данным литературы в Казахстане имеется тенденция ежегодного роста эхинококкоза человека начиная с 1989 года. Заболеваемость эхинококкозом в южных областях достигает до 12,5 на 100 тыс. населения, по городу Алматы 6,1 на 100 тыс. населения. Смертность людей от эхинококкоза составляет от 2,4 до 6,8%, инвалидность до 8,7%, рецидивы наблюдаются у 6,2-16,0% больных [1, 2, 3]. По частоте эхинококкоз в 50-73% случаев поражает печень, которая является первым «фильтром» для онкосферы паразита. Одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений паразитарных заболеваний печени - является вовлечение в патологический процесс билиарного дерева, которое встречается в 1,3-55% случаев [4, 5, 6] и при этом летальность достигает 4,2-8,1% [7]. Диагноз при перфорации эхинококковой кисты в желчные пути, когда требуется срочное оперативное вмешательство, клинически поставить чрезвычайно сложно в 79% наблюдается безжелтушная форма такого осложнения [8], а с помощью инструментальных методов – практически невозможно.

Цель исследования. Разработать способ получения иммунной сыворотки пригодной для получения эффективного антительного эритроцитарного диагностикума (ЭД) для индикации эхинококкового антигена (АГ) в желчи, а также качественно улучшить иммунодиагностику осложненного эхинококкоза печени.

Материал и методы: Наши неоднократные попытки приготовить эхинококковый антительный ЭД из антиэхинококковой сыворотки кролика были безуспешны, хотя титр антиэхинококковых антител, выявляемых в РПГА был достаточно высоким (до 1:25600). Известно, что эхинококковая жидкость является смесью паразитарных антигенов и антигенов хозяина паразита (сывороточные и тканевые), причем вторые являются достаточно мощными иммуногенами [9]. Поэтому у кролика, иммунизированного эхинококковой жидкостью, появляются антитела и к тем, и к другим антигенам. Из такой антисыворотки с высокой активностью антител разной специфичности приготовить антительный ЭД практически невозможно. Эти антитела в процессе сенсбилизации эритроцитов конкурируют с антиэхинококковыми антителами, что ведет к уменьшению числа противоэхинококковых антител на поверхности эритроцитов.

Общеизвестны основы иммунитета - любое чужеродное живому организму вещество к антигенным детерминантам этого вещества появляются иммунокомпетентные клетки и через 6-7 дней В-лимфоциты начинают продуцировать антитела. Интенсивность синтеза антител не одинаковая, она зависит от многих факторов (иммуногенность, повторность введения и т.д.). Иммунокомпетентные клетки одной специфичности могут сохраняться длительное время (иногда несколько лет). На повторное введение антигена реакция иммунной системы происходит значительно быстрее и сильнее, т.к. иммунокомпетентные клетки данной специфичности находятся в организме и готовы к встрече с этим антигеном, это известный феномен "иммунологической памяти".

Все эксперименты выполнены с соблюдением требований XI Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1964г) в соответствии с Международными рекомендациями по проведению медико-биологических исследований с использованием животных (1985г). Методика экспериментов: вводили кролику в первых сериях иммунизации эхинококковую жидкость (ЭЖ) из эхинококковой кисты (ЭК) печени овцы, а через определенное время, когда антитела ко всем компонентам ЭЖ (паразитарным и непаразитарным) исчезнут, вводили ЭЖ из ЭК легкого крупного рогатого скота (КРС), поэтому у кролика вырабатываются антитела, прежде всего к тем антигенам, которые уже были в его организме и контактировали с иммунной системой, т.е. к общим антигенам первой и второй серии эхинококковой жидкости, а это и есть собственно паразитарные антигены. Сывороточные и тканевые антигены овцы и КРС - разной специфичности, поэтому "клетки памяти" иммунной системы, появившиеся на введение сывороточных и тканевых (печеночных) компонентов овцы, не будут задействованы при повторном введении сывороточных и тканевых (легочных) антигенов КРС.

Нами отработана методика получения такой специфичной антиэхинококковой кроличьей сыворотки, из которой мы смогли приготовить антительный ЭД.

Проведена последовательная иммунизация кроликов ЭЖ, полученную из ЭК печени овцы и ЭЖ, полученной из ЭК легких КРС по следующей схеме. В первой серии иммунизации 6 кроликам 4 раза с интервалом 10-12 дней вводили ЭЖ, полученной из ЭК овцы, подкожно, в концентрации 20 мг/мл (1,0 мл) с адьювантом Фрейнда. Вторую серию иммунизации проводили через 4-5 месяцев путем однократного введения ЭЖ

внутримышечно, в концентрации 20 мг/мл, 1,0 мл, полученной из ЭК легких КРС. Определение активности (титра) антител проводили при помощи РПГА с антигенным эхинококковым ЭД в сыворотке крови иммунизированных кроликов. Кровь для исследования брали до начала иммунизации, через 12 дней после первой серии иммунизации, за 10 минут до второй серии иммунизации и через 4-5 дней после второй серии иммунизации. Результаты исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика титра антител к эхинококковым и тканевым антигенам при последовательной иммунизации кроликов эхинококковой жидкостью от овцы и крупного рогатого скота с разной локализацией паразита

Иммунизация	Эхинококковая жидкость	Средний геометрический титр в РПГА с ЭД из антигенов		
		Титр неспецифических антител сыворотки овцы и печени овцы	Титр неспецифических антител сыворотки к.р.с. и легкого к.р.с.	Титр специфических антител эхинококка очищенного от тканевых компонентов
Первая серия иммунизации, инъекции	4 Из эхинококковой кисты печени овцы	$\frac{14200 \pm 1,2}{1254 \pm 1,1}$	$\frac{320 \pm 1,1}{180 \pm 1,1}$	$25600 \pm 1,2$
До второй реиммунизации		<100	<100	$512 \pm 1,1$
Вторая реиммунизация 1 инъекция	Из эхинококковой кисты легкого к.р.с.	$\frac{<100}{<100}$	$\frac{240 \pm 1,2}{<100}$	$12800 \pm 1,2$

Во второй серии иммунизации мы использовали антиген, специфичность которого по эхинококковому компоненту не различалась с антигеном, использованным в первой серии иммунизации, а тканевые компоненты в этих антигенах были различные (ввиду различной локализации эхинококка и видового различия хозяев паразита).

Поэтому в соответствии с феноменом «иммунологической памяти» антительный ответ на эхинококковые антигены шел по типу вторичного иммунного ответа (более короткий латентный период, более высокий титр и avidность антител) – на 4-5-ый день уже определялись высокие титры антиэхинококковых антител. Антительный ответ на тканевые антигены крупного рогатого скота после второй серии иммунизации развивался по типу первичного иммунного ответа и поэтому на 4-5-ый день титр этих антител был еще очень низким, а повторной стимуляции выработки антител к тканевым антигенам овцы не было, что, по-видимому, обусловлено малым содержанием в использованных ЭЖ перекрестных (между крупным рогатым скотом и овцой) антигенов.

По данным литературы индикация эхинококковых антигенов проводилась только при эхинококкозе легких осложненном перфорацией (в бронхиальных смывах) [10] и почек (в моче) [11]. Работ по индикации эхинококкового антигена в желчи при эхинококкозе печени осложненном перфорацией в желчные протоки в доступной литературе мы не нашли. В своей работе

мы проводили индикацию эхинококкового антигена в порции С желчи больных в РПГА с иммуноглобулиновым диагностикумом [12]. После разрыва оболочек кисты и ее опорожнения, паразитарная киста еще длительное время (несколько недель) продолжает выделять специфические эхинококковые антигены, которые попадают в желчь. Нами был отработан режим индикации эхинококкового антигена в желчи.

Мы сравнивали эффективность диагностики осложненного эхинококкоза печени с помощью микроскопии желчи и разработанного нами способа. Всего было обследовано и прооперировано 18 больных эхинококкозом печени с подозрением на перфорацию в желчные протоки. До операции желчь больных (порция С) исследовалась с целью выявления перфорации ЭК в желчные протоки. Диагноз эхинококкоза печени был подтвержден у всех больных. У 7 больных был установлен диагноз эхинококкоза печени осложненный перфорацией в желчные протоки. Результаты представлены в табл.2.

Только у одного больного при микроскопировании в порции С желчи были обнаружены единичные клетки паразита. У всех 7 больных в желчи был обнаружен эхинококковый антиген до оперативного вмешательства. Ни у одного больного с неосложненным эхинококкозом печени эхинококковый антиген в желчи не обнаружен.

Табл.2. Сравнительная эффективность диагностики осложненного перфорацией в желчные протоки эхинококкоза печени.

Количество больных	Количество выявленных больных	
	Метод	
	микроскопирование	индикации антигена в желчи
7 больных (осложненный)	1	7

11 больных (неосложненный)	0	0
----------------------------	---	---

Таким образом, использование схемы последовательной иммунизации кроликов ЭЖ, полученной при различной локализации эхинококкоза у хозяев, относящихся к разным биологическим видам, позволило получить иммунную сыворотку с высоким содержанием антител, специфичных к эхинококковым антигенам, и низким содержанием антител, специфичных к тканевым антигенам. Разработан простой, специфичный и чувствительный способ диагностики эхинококкоза печени осложненного перфорацией в желчные протоки по индикации эхинококкового антигена в порции С желчи больных с помощью антительного эритроцитарного диагностикума в РПГА. Своевременная диагностика такого осложнения позволяет повысить эффективность оперативного лечения больных.

Выводы:

1. Для получения высокоспецифичного антительного эритроцитарного диагностикума необходима последовательная иммунизация кроликов эхинококковой жидкостью полученной из кист с локализацией в разных органах гетерогенных животных.
2. Применение высокоспецифичного эхинококкового антительного эритроцитарного диагностикума в клинической практике позволило до оперативного вмешательства диагностировать возникновение цистобилиарного свища и определить оптимальную тактику хирургического лечения эхинококкоза печени.

Авторы разработали способ получения иммунной сыворотки путем последовательной иммунизации кроликов эхинококковой жидкостью полученной из кист локализованных в разных органах гетерогенных животных. С помощью иммунной сыворотки приготовлен эффективный антительный эритроцитарный диагностикум для индикации эхинококкового антигена в желчи больных. 18 из них выполнялись исследование желчи на наличие эхинококкового антигена при осложненном эхинококкозе печени. В 7 случаях в желчи (порция С) обнаружен эхинококковый антиген, что свидетельствовало о прорыве эхинококковой кисты в билиарное дерево, это подтвердилось во время операции.

Авторы обосновывают целесообразность исследования желчи на наличие эхинококковых антигенов, что позволяет до операции верифицировать прорыв эхинококковой кисты в желчные пути и определить объем оперативного вмешательства. Метод требует дальнейшего изучения и внедрения в практическое здравоохранение.

Литература:

1. Абдурахманов Е.А., «Хирургия эхинококкоза и альвеококкоза», А-Ата 1981г., 136 стр.
2. Алиев М.А., Ордабеков С.О. «Осложненный эхинококкоз брюшной полости», «Галым» - Алматы, 1996, 218стр.
3. Ордабеков С.О., Акшулаков С.К., Кулакеев О.К. «Эхинококкоз человека», Алматы, 2009, 512стр.
4. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия. 2001. № 2. — С. 32-36.
5. Насиров М.Я., Панахов Д.М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2002. т.7. №1. - С. 23-26.
6. Cucinotta E., Palmeri R., Lazzara S., Melita G., Melita P. Intrahepatic rupture of hepatic hydatid cyst. Chir Ital 2002; 54: 2: 249—252.
7. Агаев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных путей // Хирургия. -2002. № 9. С. 58-63.
8. Назыров Ф.Г. и др. Хирургия эхинококковых кист печени с прорывом в желчные протоки // Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека (Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998, с 85-87.
9. Lightowers M.W. Immunology and molecular biology of echinococcus infections // International Journal for Parasitology 1990, vol. 20, №4, p. 471-478.
10. Рехтман А.Г., Пальгова Л.К. и др. Эндоскопическая и иммунологическая характеристика бронхов при эхинококкозе легкого // Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека (Сб. научных трудов). Шымкент. - 1998. С 110-112.
11. Angulo J.C., Escribano J., Diego A., Sanchez C.M. Isolated retrovesical and retroperitoneal hydatidosis: clinical study of 10 cases and literature review. // J. Urol. 1998 Jan, 159:16 76-82.
12. Курмангалиев К.Б., Кузьмин Д.Ю. Совершенствование методов диагностики билиарных осложнений эхинококкоза печени // Мат-лы РНПК «Реформирование и развитие сельского здравоохранения в Республике Казахстан, Талдыкурган, 2005 с. 199-200

РАЗДЕЛ 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ CHAPTER 2. THE THEORETICAL DISCIPLINES

Биофизика

Biophysics

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Ст. преп. Алмабаева Н.М., преп. Бопанова А.О.

*Кафедра медицинской биофизики, информатики и математической статистики
Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д.Асфендиярова*

Экспериментальные данные как отечественных, так и зарубежных исследователей свидетельствуют о высокой биологической активности электромагнитных полей во всех частотных диапазонах. При относительно высоких уровнях облучающего электромагнитного поля современная теория признает тепловой механизм воздействия. При относительно низком уровне – принято говорить о нетепловом или информационном характере воздействия на организм.

EFFECTS OF ELECTROMAGNETIC FIELDS IN THE HUMAN BODY

Almabaeva N.M., Bopanova S.A.

Department of Medical Biophysics, Informatics and Mathematical Statistics

Kazakh National Medical University im.S.D.Asfendiyarova

Experimental information of both domestic and foreign researchers testify to high biological activity of the electromagnetic fields in all frequency ranges. At in relation to high levels of the exposing to rays electromagnetic field a modern theory acknowledges the thermal mechanism of influence. At relatively low level – it is accepted to talk about non-thermal or informative character of affecting organism.

АДАМ АҒЗАСЫНА ЭЛЕКТРОМАГНИТТІ ӨРІСТЕРДІҢ ӨСЕР ЕТУІ

Аға оқыт. Алмабаева Н.М., оқыт. Бопанова А.О.

Медициналық биофизика, информатика және математикалық статистика кафедрасы

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Еліміздегі және шет ел зерттеушілерінің эксперименттерінен алынған мәліметтерінен барлық жиілік диапазонындағы электромагниттік өрістің жоғары биологиялық белсенділікке ие болатыны белгілі. Салыстырмалы жоғарғы деңгейдегі электромагниттік өріспен сәулеленуі жылулық өсер механизмін тудыратынын қазіргі теория көрсетеді. Ал салыстырмалы төменгі деңгейдегі сәулелену жылулық емес немесе ағзаға өсері ақпараттық сипат беретінін айтуға болады.

Источники электромагнитного излучения.

Линии электропередач, сильные радиопередающие устройства создают электромагнитное поле, которое в разы превышает допустимый уровень. Для защиты человека были разработаны специальные санитарные нормы (ГОСТ 12.1.006-84 регламентирует воздействие электромагнитных излучений на человека), в том числе и те, которые запрещают строительство жилых и прочих объектов вблизи сильных источников излучения/

Зачастую более опасными являются источники слабого электромагнитного излучения, которое действует в течение длительного промежутка времени. К таким источникам относится в основном аудио-видео техника, бытовая техника. Наиболее существенное влияние на человека оказывают мобильные телефоны, СВЧ печи, компьютеры и телевизоры. Телефоны и микроволновые печи действуют в основном непродолжительное время (в среднем от 1 до 7 минут), телевизоры не наносят существенного вреда, т.к. обычно располагаются на расстоянии от зрителей.

Основными источниками электромагнитного излучения в современной жизни человека являются:

- электротранспорт – трамваи, троллейбусы, электропоезда.
- линии электропередач – городское освещение, высоковольтные линии.
- бытовые электроприборы.
- теле- и радиостанции – транслирующие антенны.
- спутниковая и сотовая связь – транслирующие антенны.
- радары.
- персональные компьютеры.

Каждый из перечисленных источников создает электрические и магнитные поля в различном диапазоне частот от 0 до 1000 Гц.

На биологическую реакцию влияют следующие параметры электромагнитного поля:

- интенсивность электромагнитного поля;
- частота излучения;
- продолжительность облучения;
- модуляция сигнала;
- сочетание частот электромагнитных полей;
- периодичность действия.

Влияние электромагнитных лучей, исходящих от сотовых телефонов, на организм человека.

Говоря о характере облучения населения электромагнитными полями мобильной связи, прежде всего необходимо сказать о том, что огромное количество взрослых и детей при использовании мобильного телефона добровольно подвергают электромагнитному облучению свой головной мозг и находящиеся во внутреннем ухе сложные нервные образования, обеспечивающие нормальную деятельность слухового и вестибулярного анализаторов, а также сетчатку глаза. Таким образом, можно заключить, что соблюдение санитарных и гигиенических норм при градостроительстве и следование необременительным рекомендациям по использованию бытовых приборов практически нивелирует влияние электромагнитных полей на человека.

Влияние современных электронных устройств на отдельные органы тела

Многочисленные исследования в области биологического действия электромагнитного поля позволяют определить наиболее чувствительные системы организма человека: нервная, иммунная, эндокринная и половая. Эти системы организма являются критическими. Реакции этих систем должны обязательно учитываться при оценке риска воздействия электромагнитного поля на население.

Биологический эффект электромагнитного поля в условиях длительного многолетнего воздействия накапливается, в результате возможно развитие отдаленных последствий, включая дегенеративные процессы центральной нервной системы, рак крови (лейкозы), опухоли мозга, гормональные заболевания. Электромагнитные поля могут быть особенно опасны для детей, беременных (эмбрион), людей с заболеваниями центральной нервной, гормональной, сердечнососудистой системы, аллергиков и людей с ослабленным иммунитетом. Лица, длительное время находившиеся в зоне электромагнитного-излучения, предъявляют жалобы на слабость, раздражительность, быструю утомляемость, ослабление памяти, нарушение сна. Через 1-3 года у некоторых появляется чувство внутренней напряженности, суетливость. Нарушаются внимание и память. Возникают жалобы на малую эффективность сна и на утомляемость. Учитывая важную роль коры больших полушарий и гипоталамуса в осуществлении психических функций человека, можно ожидать, что длительное повторное воздействие предельно допустимых электромагнитного - излучения может повести к психическим расстройствам.

Литература

1. Физика. Большой энциклопедический словарь/Гл. ред. А. М. Прохоров. — 4-е изд. — М.: Большая Российская энциклопедия, 1999. — С. 874—876
2. Кудряшов Ю. Б., Перов Ю. Ф. Рубин А. Б. Радиационная биофизика: радиочастотные и микроволновые электромагнитные излучения. Учебник для ВУЗов. — М.: физматлит, 2008-184с
3. В. Н. Дунаев «Электромагнитные излучения и риск популяционному здоровью при использовании средств сотовой связи» //Гигиена и санитария, № 6, 2007, с. 56—57

РЕНТГЕН СӘУЛЕЛЕРІ ҚОЛДАНЫЛУ АЙМАҒЫ

Алмабаева Н.М., Бопанова А.О., Умирбекова З.К.

ҚазҰМУ-ның биофизика, информатика және математикалық статистика кафедрасы

Экспериментальные данные как отечественных, так и зарубежных исследователей свидетельствуют о высокой биологической активности электромагнитных полей во всех частотных диапазонах. При относительно высоких уровнях облучающего электромагнитного поля современная теория признает тепловой механизм воздействия. При относительно низком уровне – принято говорить о нетепловом или информационном характере воздействия на организм.

BIOLOGICAL ACTIVITY OF ELECTROMAGNETIC FIELDS

Experimental information of both domestic and foreign researchers testify to high biological activity of the electromagnetic fields in all frequency ranges. At in relation to high levels of the exposing to rays electromagnetic field a modern theory acknowledges the thermal mechanism of influence. At relatively low level – it is accepted to talk about non-thermal or informative character of affecting organism.

Еліміздегі және шет ел зерттеушілерінің эксперименттерінен алынған мәліметтерінен барлық жиілік диапазонындағы электромагниттік өрістің жоғары биологиялық белсенділікке ие болатыны белгілі. Салыстырмалы жоғарғы деңгейдегі электромагниттік өріспен сәулеленуі жылулық әсер механизмін тудыратынын қазіргі теория көрсетеді. Ал салыстырмалы төменгі деңгейдегі сәулелену жылулық емес немесе ағзаға әсері ақпараттық сипат беретінін айтуға болады.

Рентген сәулелері ультракүлгін сәулелері мен гамма сәулелерінің энергетикалық шкалаларының арасында жататын электромагниттік толқындар. Рентген сәулелері мен гамма сәулелерінің энергетикалық диапазоны энергияның кең аймағында жатады.

Осы екі типті сәулелер электромагниттік сәулелер болып табылады және фотон энергиялары бірдей болғанда - эквивалентті. Терминологиялық ерекшелігі пайда болу тәсілінде - рентген сәулелері электрондар (не атомдарда, не еркін) қатысуымен шығарылса, ал гамма сәулелері атом ядроларының қайтадан қозған үрдісінде шығарылады. Рентген сәулелерінің фотондарының энергиясы 100 эВ-тан 250 эВ-қа жетсе, ал толқын

ұзындығы $\lambda = 0,005 - 10 \text{ нм}$ аралықты қамтиды. Жұмсақ рентген сәулесі өте төмен фотон энергия мен сәуле шығару жиілігімен сипатталады (толқын ұзындығы өте жоғары), ал қатты рентген фотон энергиясы мен сәуле шығару жиілігі өте жоғары болуымен (және толқын ұзындығы өте төмен) сипатталады. Рентген сәулелері зарядталған бөлшектердің өте күшті үдетілген кезде (тежелген сәуле), не атомдар мен молекулалардың электрондық қабаттарындағы жоғары энергетикалық ауысулар пайда болады. Бұл екі эффекті де рентген түтігінде пайдаланылады.

Үдету және тежелу үрдісінде электронның кинетикалық энергиясының 1% -ы ғана рентген сәулелерге, ал энергияның 99%-ы жылуға айналады. Рентген сәулелерін сонымен қатар зарядталған бөлшектердің үдеткіштерінде де алуға болады. Ал синхротронды сәуле бөлшек шоғының магнит өрісінде ауытқуынан пайда болады да, нәтижесінде олар қозғалысқа перпендикуляр бағытында үдеу алады. Бұл сәуле жоғары шекарасы бар тұтас спектрге ие. Таңдалған параметрлерге сәйкес (магнит өрісінің шамасы және бөлшектер энергиясы) синхротронды сәуле спектрінде рентген сәулесін алынады. Рентген сәулелерінің толқын ұзындығы атом өлшемдерімен тең, сол себептен рентген сәулелері үшін линза жасайтын материал жоқ. Сонымен қатар бетке перпендикуляр түскен рентген сәулелері мүлдем шағылмайды. Осыған қарамастан рентген оптикасында рентген сәулелері үшін оптикалық элементтер салу мүмкіндіктері табылды.

Рентген сәулелері заттан өтіп кете алады, түрлі заттар оларды өртүрлі жұтады. Бұл сәулелердің жұтылуы рентгендік алмалы-салмалы (түсірілімде) кезінде өте маңызды қасиеті болып табылады. Рентген сәулелерінің қарқындылығы жұтылу қабатында жүрілген жолға тәуелді экспоненциалды кемиді

$(I = I_0 e^{-kd})$, мұндағы d -қабат қалыңдығы, K коэффициенті

$Z^3 \lambda^3$ пропорционал, мұндағы Z -элементтің атомдық нөмері, λ – толқын ұзындығы). Жұтылу фотожұтылу (фотоэффект) және комптондық шашырау нәтижесінде жүреді. Фотожұтылу кезінде атом қабатынан электронды фотон ыршытып шығарады, сол үшін фотон энергиясы қандай да бір минимал шамасынан көп болуы керек. Энергияның жоғарғы мәндері үшін ықтималдылық үздіксіз азаяды. Осы тәуелділік себебінен жұтылу шекарасы бар. Жұтылу кезінде ыршытып шыққан электронның орнына басқа электрон келеді, сонда фотон энергиясы аз сәуле шығарылады, флюоресценция үрдісі жүреді.

Сонда бұл сәулелер кейбір заттарда жарық шығарады (флюоресценция). Бұл эффект медициналық диагностикада рентгеноскопияда (флюоресценциялық экранда кескінді бақылау) және рентген түсірілімінде (рентгенографияда) қолданылады.

Рентген фотон тек байланыс электрондармен өзара әсерлесіп қана қоймай, еркін және әлсіз байланысқан электрондармен байланысады. Электрондарда фотондар шашырауы Комптон шашырауы пайда болады. Шашырау бұрышына байланысты фотонның толқын ұзындығы белгілі бір шамаға дейін артады, соған сәйкес энергиясы төмендейді. Комптон шашырауы фотожұтылумен салыстырғанда өте жоғары фотон энергияларында басым көрінеді.

Сонымен қатар жоғарыда көрсетілген үрдістерге тағы бір электрон - позитрон жұбының пайда болу есебінен жүретін жұтылу мүмкіндігін жатқызуға болады. Бірақ та ол үшін 1,022 МэВ-тан жоғары энергия қажет.

Медициналық пленкалар құрамына кіретін рентгенолюминофорлар (рентген сәулелері әсерінен жарық шығарады және жарық сезгіш фотоэмульцияны жарықтандырады) күшейтілген экранмен комбинациялы түрде пайдаланылады. Кескінді алу әдісі *рентгенография* деп аталады. Ал флюорографияда кескін азайтылған масштабта алынады. Люминесценциялық заттарды (сцинтилятор) жарық сәулесінің (фотоэлектронды көбейткіштер, фотодиод және т.б.) электронды детекторымен оптикалық жалғауға болады, алынған құралды *сцинтиляциялық детектор* деп атайды. Ол арқылы жеке фотондарды тіркеуге және олардың энергиясын өлшеуге мүмкіндік береді. Жартылай өткізгішті детекторларда рентген сәулелері диодтың $p-n$ ауысуында электрон-кемтік жұбын шығарады. Сонда аз шамада ток ағып өтеді, оның амплитудасы түскен рентген сәулесінің қарқындылығы мен энергиясына пропорционал. Импульсты режимде жеке рентген фотондарын тіркеуге және олардың энергиясын өлшеуге мүмкін болады.

Рентген сәулелері иондалған сәулелері болып табылады. ол тірі ағзаның ұлпаларына әсер етеді және сәуле ауруының, сәулеге құю, қатерлі ісік ауруларының себебі болуы мүмкін. Сол себептен рентген сәулелерімен жұмыс жасағанда қорғану шараларын жасау қажет.

Гигиена

Hygiene

ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

(Обзор литературы)

Д.М. Анабаева

ГДП № 1

Қоршаған орта факторлары және балалар денсаулығы

(Ақпараттық шолу)

Д.М. Анабаева

№ 1 ҚБЕ

Іс жүзінде экологиялық ахуалдың Қазақстанның барлық өлкелерінде соңғы жыл күрт нашарлады. Ластанған қоршаған орта адамдардың денсаулығына ықпал етпей қоймайды. Зиянды әсерге тұрғындар өте осал жері топтармен аяғы ауыр және балалар болып табылады. Балалардың Қазақстанындағы денсаулыққа ортаның зиянды факторларының ықпалының мәселесі 90-ші жылдармен зерттелді, дегенмен эндокрин жүйесіне тек қана жеке жұмыстар, зиянды заттардың әсерінің арнаулы зерттеулері бар. Бірақ мәселе айтардай өлі толығымен шешілген жоқ

Негізгі сөздер: ксенобиотиктер, балалар, физикалық даму, сыртқы орта факторлары, экологиялық факторлар.

Environmental factors and children's health

(Literature review)

D.M. Anabayeva

City Children's polyclinic

Environmental situation has deteriorated dramatically in all regions of Kazakhstan. Pollution can have effect on human health. Pregnant and children are the most vulnerable groups of population to harmful effects. The problem of harmful environmental factors on children's health in Kazakhstan has been studied from 90-s, but there are only separate articles examining the influence of harmful substances on the endocrine system.

This issue remains important and unsolved. There is no data in literature that give a clear idea about the nature of thyroid gland function abnormality of children. This problem is still very important.

Keywords: xenobiotics, children, physical development, environmental factors.

В последние годы практически во всех регионах Казахстана экологическая ситуация резко ухудшилась. Влияние загрязнения окружающей не может не сказаться на здоровье людей. Наиболее уязвимыми группами населения к вредному воздействию являются беременные и дети. Проблема влияния вредных факторов среды на здоровье детей в Казахстане изучалась с 90 - х годов, однако есть только единичные работы, посвященные изучению воздействия вредных веществ на эндокринную систему. В этой связи данная проблема остается актуальной и во многом нерешенной. Среди детей до 14 лет отмечен высокий темп роста таких заболеваний как анемия (в 1,3 раза), болезни эндокринной (в 1,5 раза), костно-мышечной систем (в 1,5 раза), болезни системы кровообращения (в 1,3 раза), новообразования (в 1,3 раза) [1]. Все отчетливее проявляется влияние техногенных факторов окружающей среды на состояние здоровья детей и зависимость функциональных показателей органов и систем от внешних факторов, от особенностей территории проживания. Среди факторов, формирующих состояние здоровья, экологический является одним из ведущих [2]. В последние годы отмечается широкое и активное изучение влияния различных факторов на здоровье детей и эндокринную систему, в частности, на функцию щитовидной железы. Особенно широко распространен на территории города Алматы дефицит йода и незаменимого микроэлемента селена [1]. Сочетание природного йододефицита и влияние техногенных факторов усугубляют состояние здоровья. Нужно отметить, что имеются научные работы, указывающие на специфические нарушения функции щитовидной железы, которые обусловлены действием ксенобиотиков на организм. [2,3]. Указанные факторы обуславливают комплексный характер поражения щитовидной железы у детей и различную нозологическую структуру тиреопатий, то есть к имеющемуся природному дефициту присоединяются факторы техногенные. В последние годы наряду с широким распространением изменилась и структура нетоксического зоба. Значительно выросла доля аутоиммунного тиреоидита, составившего от 10% до 32% в зависимости от уровня обеспечения региона йодом, селеном и влияния различных антропогенных воздействий на биосферу [4]. В частности, в Казахстане выполнен ряд работ, свидетельствующих об ухудшении средовых факторов в крупных промышленных городах, в которых происходят огромные выбросы вредных веществ в атмосферный воздух.

В настоящее время проблема охраны здоровья населения становится наиболее приоритетным направлением развития медицины и общества. Опасность проживания людей на территориях с высокой инсоляцией, минерализацией, токсичностью воды и нарушением ее биоструктуры, с загрязнением фосфор- и хлор-содержащими пестицидами, солями тяжелых металлов, дефолиантами очевидна для ученых и представителей общественности разных стран. Методика экологического надзора над подобными территориями предполагает выделение зон экологического благополучия, повышенного экологического риска, экологического бедствия и непосредственно экологической катастрофы. Одним из примеров экологической катастрофы является Аральский регион. Многочисленными исследованиями установлено: около 10% активных химических соединений обладают мутагенной и канцерогенной активностью и представляют серьезную опасность для растущего организма. К микроэлементам, в частности, относятся почти все тяжелые металлы, т.е. металлы с относительной атомной массой химического элемента более 40. Ртуть, кадмий, свинец, никель, цинк, селен, медь и бериллий, являющиеся наиболее вероятными и опасными загрязнителями внешней и внутренней среды, относятся к группе тяжелых токсичных металлов. К неблагоприятным факторам относятся также и нестабилизированное питание, низкое качество пищевых продуктов, содержащих нитраты и нитриты, стрессовые воздействия, связанные с социальным напряжением в обществе и экономическим неблагополучием. Продукты питания в зависимости от уровня содержания отдельных ингредиентов могут быть фактором риска для здоровья и причинами заболеваемости и летальности. Эксперты ВОЗ выделяют 4 группы факторов, воздействующих на формирование здоровья детей: образ жизни (50%), наследственность (20%), окружающая среда (20%), организация медико-санитарной помощи (10%). В результате значительного воздействия различных неблагоприятных экологических факторов и, в первую очередь, недоброкачественной воды на беременных и новорожденных вызывают нарушения эндокринной, иммунной, кроветворной и других систем, которые в обычных условиях мобильны и обладают выраженным запасом прочности. Показатели состояния этих систем организма можно рассматривать в качестве маркеров неблагоприятного экологического воздействия, информативность которых особенно высока при оценке пред-, интра-, и постимплантационных фаз развития [5].

Методические подходы к оценке факторов риска, связанных с качеством объектов окружающей среды отдельных территорий с высокой техногенной нагрузкой, является важным особенно с позиции оценки факторов риска здоровья населения. Оценка экологического риска основана на установлении причинно-следственных связей между показателями здоровья населения и ведущими факторами загрязнения окружающей среды, определяющими реальную нагрузку на организм человека. Постоянное присутствие в атмосферном воздухе загрязняющих веществ приводит к формированию ответной реакции организма у большинства населения в виде увеличения частоты заболеваемости [6,7,8].

В многочисленных работах изучалось влияние последствий аварии на ЧАЭС на здоровье детей [9,10,11,12]. Вместе с тем недостаточно исследовано влияние солей тяжелых металлов на состояние здоровья детей, в том числе на функцию щитовидной железы.

В связи с ростом промышленности и развитием транспортной системы население крупных индустриальных городов подвержено сильному воздействию тяжелых металлов (ТМ). Помимо загрязненной воздушной среды, обуславливающей респираторный путь поступления ТМ в организм, существуют и другие. К их числу относят некачественные пищевые продукты, фарфорово-фаянсовая посуда, зубные пасты, косметические препараты (губные помады, лосьоны, кремы) и др. В связи с этим представляло интерес исследование, установившее количественное содержание кадмия, свинца и меди в организме жителей Ташкента и Ташкентской области. Эти металлы выбраны в связи с их токсичностью, высокой биохимической активностью, эффективностью накопления, имеющей тенденцию к биоконцентрированию [10].

Для анализа исследователями выбраны наиболее доступные для анализа субстраты (кровь и волосы). Кроме того, было установлено, что повышение содержания кадмия и свинца в крови и волосах проявляется раньше, чем в других

биосубстратах, коррелируя с содержанием этих элементов в производственной или окружающей среде [14,15,16].

В силу социальной однородности, постоянно протекающих процессов морфофункционального развития, отсутствия профессиональных вредностей и вредных привычек детское население можно считать своеобразным маркером неблагоприятного влияния факторов окружающей среды [17,18].

По состоянию на 1998 год в Западной Европе насчитывалось более 1 400 000 загрязненных участков, причем, большая часть из них загрязнена такими тяжелыми металлами, как цинк, кадмий, свинец, медь. Несмотря на происходящий в природе постоянный процесс естественной очистки территорий от загрязнений, его скорость и качество уже не позволяют полностью справиться с утилизацией токсичных отходов.

А.Е.Ферман, который ввел термин "техногенез", объединил в этом понятии совокупность химических и технических процессов, вызванных хозяйственной деятельностью человека, следствием чего является перераспределение химических элементов на поверхности земли [19].

Тем не менее, уже свершившимся фактом является наличие большого количества загрязняющих веществ в нашей среде обитания, вредность которых, в первую очередь, определяется их устойчивостью в среде, биологической доступностью, вероятностью вызывать негативные эффекты в очень малых концентрациях [20,21].

Наглядным негативным экологическим последствием чрезмерного воздействия человека на природную среду стало возникновение новых "болезней века". Всесторонний анализ показывает, что негативные экологические факторы способствовали не только появлению "новых болезней", но и стимулировали рост, так называемых, экологически зависимых групп болезней. Основная масса загрязняющих веществ поступает от предприятий цветной металлургии, теплоэнергетики, черной металлургии, нефтегазового и военно-промышленного комплекса. Неэффективная система очистки выбросов привела к загрязнению атмосферного воздуха городов и территории вокруг промышленных центров. В 15 городах республики предельно допустимый уровень загрязнения превышен (Темирбеков Ж. Т., национальный эксперт Программы «Институциональное усиление для УР РК» 2002г.) более чем в 2,5 раза. Наибольший уровень загрязнения атмосферного воздуха отмечен в городах Усть-Каменогорск (ИЗА=17,8), Лениногорск, Шымкент, Актобе (ИЗА=10,0) и Алматы (ИЗА = 9,0) - городе с неблагоприятными для рассеивания примесей климатическими условиями. Доля автотранспорта в загрязнении воздушного бассейна достигает 10 %, а в Алматы этот показатель составляет 90 % от общегородского валового выброса.

Постоянно живущие в кризисной зоне экологического неблагополучия, дети отстают от своих сверстников в физическом развитии. Частота отставания длины тела у девочек составляет 31,1 %, а у мальчиков 31,5 %. Более чем у половины детей (54,8-52,2 %) отстают и показатели массы тела [22].

Экологический фактор по величине относительного риска заболеваемости детей занимает четвертое место, уступая наследственным и другим биологическим факторам. Однако он действует на всю популяцию или большие ее группы, может усиливать действие других причинных факторов и относится к наиболее управляемым факторам, в отношении которых могут быть приняты реальные профилактические меры [22].

В настоящее время экологические проблемы приобрели актуальность не только для крупных промышленных центров, но и для средних и малых городов России [13-16]. Практически все работы представлены в исследованиях на фактических материалах крупных промышленных городов, в то время как вопросы малых городов остаются малоизученными. Усугубляется ситуация тем, что контроль за состоянием объектов окружающей среды в этих населенных пунктах ограничивается, как правило, разовыми исследованиями отдельных физических и химических факторов, что не позволяет определить значимость происходящих эколого-гигиенических изменений для здоровья детей [17-21].

Дети в большей степени, чем взрослые, чувствительны к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, что проявляется снижением функциональных возможностей и защитных сил организма, ростом заболеваемости и ухудшением здоровья в последующей жизни. [19].

У детей, находящихся в неблагоприятных экологических условиях, обнаружены бессимптомные формы патологии с длительным латентным периодом, проявляющимся в изменении конечных показателей развития физических, адаптационных и интеллектуальных возможностей. Детский организм функционирует в процессе роста и развития, поэтому в большей степени подвержен влиянию различных факторов внешней среды даже при незначительных изменениях [18-21].

По данным ВОЗ, состояние здоровья современных дошкольников, посещающих детский сад, ухудшается:

- Среди хронической патологии преобладают болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, аллергические заболевания кожи и органов пищеварения;
 - 70% детей страдают кариесом зубов;
 - Около 75 % имеют морфофункциональные отклонения, среди которых ведущими являются нарушения сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата;
 - У 19% детей диагностируются выраженные формы психических расстройств;
 - До 40% детей составляют группу риска по развитию психических нарушений;
 - У 35 % детей биологический возраст не соответствует паспортному;
 - До 50% детей имеют низкие и ниже средних возрастно-половые показатели развития основных физических качеств.
- Современная обстановка нуждается в образовательных технологиях, имеющих целью сохранение и укрепление здоровья детского населения страны. Должен быть осуществлен комплексный подход на единой методологической основе, цель которого - охрана и укрепление здоровья дошкольников. Неблагоприятные условия среды проживания находят свое отражение в ухудшении здоровья детского населения, которое в силу своей морфофункциональной незрелости отличается повышенной чувствительностью к недостаточному или избыточному поступлению химических элементов. [21].

Литература:

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в современных социально-экономических условиях // Экологические проблемы педиатрии:
2. Лекции для врачей. – М., 1998. – С. 5 – 16.
3. Возгомент О.В. Диагностика тиреоидной патологии у детей в условиях воздействия факторов природного техногенного (На примере Пермского региона) Дис...канд.мед.наук. – Москва, 2006.
4. Ликашина О.П. Роль техногенного загрязнения окружающей среды в формировании зоба у детей и выбор оптимальной тактики лечения: Дис...канд.мед.наук. – Ярославль, 2000. – С.54 – 58.
5. Шилин Д.Е. Заболевания щитовидной железы у детей и подростков в условиях йодной недостаточности и радиационного загрязнения среды: Автореф. Дис... д-ра мед. наук. – М., 2002. – 40с.
6. Омيرбаева С.М., Амреева К.Е., Оценка риска влияния загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детей г. Караганды. Медицина. – 2003 – №5. С. 25 – 27.
7. Кенигсберг Я.Э., Петрова В.С., Гресь Н.А. и др.//Микроэлементные нарушения и здоровье детей Беларуси после катастрофы на Чернобыльской АЭС. – Минск,1997. – С. 26 – 29.
8. Мельнов С.Б., Петрова В.С. // Здоровье детского населения Республики Беларусь в современных экологических условиях. – Минск, 1998. – С. 90 – 91
9. Устинович А.К., Дзикович И.Б. и др. // Здоровье детского населения Республики Беларусь в современных экологических условиях. – Минск, 1993. – С. 185 – 190.
10. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова И.С. Микроэлементы человека. – М., 1991. – 496 с.
11. Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Стадник А.П. Активность лизосомальных ферментов и содержание некоторых тяжелых металлов и микроэлементов у детей с железодефицитными состояниями в экологических условиях г. Минск. // Педиатрия 2002. – №2. С. 73 – 76.
12. Новиков Г.В., Дударев А.Я. Санитарная охрана окружающей среды современного города. – Л., 1978.
13. Горбанев С.А. Комплексная экологическая диагностика условий питьевого водоснабжения населения Ленинградского и пути их оптимизации: Авторефер. Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1997.
14. Даутов Ф.Ф. Изучение связи между загрязнением окружающей среды и уровнем заболеваемости детского населения города / Ф.Ф. Даутов, И.А.
15. Намазбаева З.И., Кулкыбаев Г.А., Джангозина и др. Информационное значение биокумуляции металлов в волосах у детей дошкольного возраста.// Гигиена и санитария. – 1999. – №1. – С. 34 – 36.
16. Егорычев В.Е. Роль химических экологических загрязнителей в формировании уровня заболеваемости и смертности детей //Медицина. – №6. – С. 69 – 71. В журнале "Весці НАН Беларусі" (сер. биол. наук. 2003. № 1)
17. Темирбеков Ж.Т. Влияние окружающей среды на здоровье людей//Экология и устойчивое развитие.-2002.-№6.-С.29-30.
18. Бубнов Д.Н., Кучумов В.В. Природные источники облучения населения: дозы и риск // Рос. медико-биол. вестн. ... - 1999. - N 1. – С.40-41.
19. Фролов А.Б. Химическая атропогенная нагрузка на систему дыхания населения промышленного города / А.Б. Фролов, Е.Л. Борщук, В.М. Боев // Сб. научных работ «Экология человека,

гигиена и медицина окружающей среды на рубеже веков: состояние и перспективы развития» (под ред. акад. РАМН Ю.А. Рахманина). – М., 2006. – С. 502-507.

20. Авалиани С.Л., Андрианова М.М., Печенникова Е.В., Пономарева О.В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт). - Консультационный центр по оценке риска. - М.: 1996. - с.159.

21. Агаджанян Н.А., Велданова М.В., Скальный А.В. Экологический портрет человека и роль микроэлементов. – М., – 2001.

22. Coelho – Palermo Cunha, G Standardization of the perchlorate discharge assay for thyroid toxicity testing in rats / B. van

Ravenzway // Regul. Toxicol Pharmacol. – 2007. Aug; 48(3). – P. 270 – 278.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ОЗЕЛЕНЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕГМУ

Варданян К.К., Думанян К.Г., Айрапетян А.К.

Кафедра гигиены и экологии ЕГМУ

Кафедра фармакогнозии и ботаники ЕГМУ

Кафедра организации здравоохранения ЕГМУ и медицинского права

EVALUATION OF THE RESULTS OF REORGANIZATION MEASURES TO IMPROVE THE LANDSCAPING IN YSMU HOSPITALS

K.K.Vardanyan, K.H.Dumanyan, A.K.Hayrapetyan

Department of Hygiene and Ecology YSMU, Yerevan, Armenia

Department of Pharmacognosy and Botany, YSMU, Yerevan, Armenia

Department Health Care Organization and Medical Law, YSMU, Yerevan, Armenia

Abstract At present the problem of optimizing the urban environment as dwelling environment for man is extremely topical. Measuring the quality of dwelling environment in the city leads to the decrease of life comfort there. Comfortable environment is the environment where man protects his/her health, feels quiet, mentally even tempered, where all the organism systems function normally. Creation of ecologically safe municipal environment is impossible without keeping to all the hygienic requirements. One of the most effective means of improving the environmental condition is greenery planting.

We have investigated YSMU hospitals for studying the state of greenery planting, biovariety and ratio of vital forms of plants on the hospital territories in YSMU.

The analysis of the results has shown that in all the investigated municipal hospitals the greenery planting structure doesn't correspond to the sanitary-hygienic requirements for the medical-preventive institutions (MPI), and the volumetrical-spatial structure of the hospital areas in YSMU hospitals is exclusively of deciduous type. Apart from the disbalance in the ratio of the vital forms of plants presented in the hospital greenery planting, insufficient type variety is typical of them, the use of only a small group of dwarf ornamental trees and bushes recommended for greenery, as well as inadmissibly small number of coniferous types.

To improve the ornamental functional qualities of greenery planting of YSMU hospitals it's necessary to change and enlarge the assortment of the types used for greenery planting considering their ecological-biological properties, as well as to conduct a complex of measurements for improving the vital condition of trees and bushes.

Key words: greenery in hospitals, gardening of the hospitals, landscaping and health, green plantations in the hospital, hospital area.

Ключевые слова: озеленение больниц, зеленые насаждения в больницах, гигиена больниц, воздушная среда.

Оздоровление окружающей среды является одной из серьезных проблем современного здравоохранения. Одним из эффективных мер по благоустройству и оздоровлению городской среды, как по результатам, срокам осуществления, так и по стоимости, является озеленение. Особую актуальность вопросы озеленения приобретают, когда речь идет об озеленении лечебно-профилактических учреждений, поскольку между гигиеническим благоустройством больницы и состоянием здоровья пациентов существует непосредственная связь.

В настоящее время, в связи с новыми тенденциями в градостроительстве - повышением плотности застройки и уменьшением озелененных площадей нивелируется санитарно- и психо-гигиеническое значение озеленения для обеспечения здоровья человека. Так, при норме озеленения на одного человека для резко-континентального климата г. Еревана в 28,8 м², показатель в настоящее время составляет всего лишь 4,5 м² [2, 4].

Учитывая вышеизложенное с 2007 - 2011 гг. в клиниках ЕГМУ была проведена широкомасштабная реорганизация озеленения.

Настоящая работа является одним из фрагментов научного проекта по оценке реорганизации территорий озеленения проведенной в клиникских больницах ЕГМУ [5].

Разработка мер по улучшению состояния озеленения проведена с применением комплексного подхода к решению изучаемой проблемы с учетом его санитарно- и психо-гигиенической значимости для здоровья человека и, прежде всего больных, пребывающих в условиях стационара. Реорганизация озеленения клиникских больниц ЕГМУ осуществлена по специально разработанной нами программе, основанной на данных санитарного обследования территорий, ситуационных и генеральных планов больничных учреждений.

В связи с вышеизложенным реорганизация озеленения включает два основных направления - оздоровление и эстетизацию условий среды больничных учреждений.

В направлении оздоровления окружающей среды необходимо -

1. увеличить общую площадь земельных участков под озеленение за счет свободных больничных территорий;
2. увеличить общую площадь озеленения за счет благоустройства озеленения примыкающих к больничным участкам территорий;
3. увеличить общую площадь озеленения за счет вертикального озеленения;
4. увеличить общую площадь озеленения за счет контейнерного озеленения;
5. разработать и использовать на заданной территории максимально возможные и наиболее оптимальные сочетания различных архитектурно-планировочных решений и приемов озеленения;
6. подобрать ассортимент древесно-кустарниковой растительности, газонных смесей и цветов с наиболее выраженными функциональными возможностями по улучшению состояния воздушной среды, показателем микроклимата, снижению уровня шума.
7. использовать принципы медико-экологического фитодизайна при озеленении интерьеров больниц.

В направлении эстетизации больничных учреждений необходимо -

8. подобрать ассортимент древесно-кустарниковой растительности с выраженными декоративно-эстетическими свойствами (декоративность крон и характер ветвления деревьев и кустарников, форма и окраска листвы, длительность цветения, цветовая гамма).
9. обеспечить круглогодичный декоративно-эстетический эффект озеленения с созданием сада непрерывного цветения с постоянной сменой цветовых решений.
10. обеспечить психологический комфорт с учетом принципов построения ландшафтных композиций.

По данным проведенного нами в 2007 г. санитарного обследования территорий и изучения генпланов клиник ЕГМУ выявлено, что площадь застройки, составляя 23,3% (0,56 га) и 31,2% (0,34 га) оказалась соответственно в 1,5 и 2,0 раза больше, по сравнению с гигиеническим требованием (12-15% не более); общая площадь участков, отведенных под дорожки, переходы,

проезды, площадки и стоянки, составляя 33,3% (0,8 га) и 58,7% (0,64 га), по сравнению с требуемым (25% не более), оказалась больше в 1,3 раза в случае больницы “Гераци”, а “Мурацан” - более того, в 2,3 раза больше; тогда как отведенная под

озеленение площадь участков, составляя 43,3% (1,04 га) и 10,1% (0,11 га), была меньше требуемого норматива (не менее 60%) соответственно в 1,4 раза и в 6,0 раз (табл.1).

Таблица 1.

Баланс земельных участков больничных комплексов ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Характеристики	“Гераци”				“Мурацан”			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	га	%	га	%	га	%	га	%
Площадь озеленения	1,04	43,3	1,24	51,7	0,11	10,1	0,23	21,1
Площадь застройки	0,56	23,3	0,56	23,3	0,34	31,2	0,34	31,2
Общая площадь проездов, дорожек, автостоянок	0,80	33,3	0,6	25,0	0,64	58,7	0,52	47,7

Из приведенных данных, очевидно, что увеличение общей площади озеленения, возможно только за счет использования свободных земельных участков, в больнице “Гераци” осуществлено за счет дорожек, переходов, проездов и стоянок, потерявших свое функциональное назначение. В результате, за период с 2007 по 2011 гг. площадь озеленения в больнице “Гераци” увеличена на 0,2 га (или 8,4%) и в настоящем составляет 51,7% (1,24 га). В больнице “Мурацан” общая площадь озеленения на данном этапе увеличена вдвое, что составляет 21,1%, против 10,1% в 2007 г. (0,23 га, против 0,11 га). Работа в направлении оздоровления окружающей среды больничных учреждений по увеличению площади озеленения проводилась с учетом благоустройства озеленения

прилегающих улиц - Х. Абовян, М. Гераци и Мурацан. Так, по нашему предложению и рекомендациям высшего руководства ЕГМУ мэрией г. Еревана создан сквер имени М. Гераци общей площадью в 500 м², озелененный в дальнейшем по разработанному нами проекту. В результате проведенных работ по улице М. Гераци созданы газоны общей площадью в 400 м², посажена живая изгородь длиной в 320 метров. По данным санитарно-гигиенического обследования заброшенное состояние отведенных под озеленение участков больничных учреждений с наличием большого числа старых, больных, сухих и находившихся в аварийном состоянии деревьев (рис. 1).



Рисунок 1. Состояние озеленения больничного комплекса “Гераци” в 2007 г.

В результате проведения реорганизационных работ за период с 2007-го по 2010 гг. с разрешения мэрии г. Еревана на территории больничного комплекса “Гераци” искоренено 78 деревьев и 101 кустарник (табл.), а в больнице “Мурацан” - 17 деревьев.



Рисунок 2. Состояние озеленения больничного комплекса “Мурацан” в 2007 г.

Важно отметить, что все удаленные древесно-кустарниковые насаждения были заменены весьма ценными по своим функциональным качествам видами, являющимися целесообразными для применения в озеленении ЛПУ. В обеих больницах в целом посажены 157 деревьев и 1337 кустарников, из коих в больнице “Гераци” - 119 деревьев и 1087 кустарников, а “Мурацан” - 38 деревьев и 250 кустарников.

Таблица 2.

Изменения количественного состава древесно-кустарниковых насаждений на территориях университетских больниц (2007-2010 гг.)

Больница	Деревьев (штук)		Кустарников (штук)	
	удалено	посажено	удалено	посажено
“Гераци”	78	119	101	1087

“Мурацан”	17	38	-	250
Всего	95	157	101	1337

Данные инвентаризации 2011 г. по учету древесно-кустарниковых насаждений показывают (табл. 2), что в больничном комплексе “Гераци” общее число деревьев и кустарников соответственно составляет 197 штук и 1187 штук, а в больнице “Мурацан” - 40 штук и 250 штук.

Санитарно-гигиеническая оценка общего количественного состава древесных и кустарниковых насаждений показала, что плотность древесных посадок в больнице “Гераци” составляет 158,9 шт/га, а в “Мурацан” - 173,9 шт/га, что вполне соответствует заданным площадям, отведенных под озеленение земельных участков. Показатель плотности кустарников в изучаемых больницах также находится в пределах санитарно-гигиенических требований, составляя в больнице “Гераци” 957,2 шт/га, а в комплексе “Мурацан” - 1086 шт/га (табл. 3).

Важно отметить, что любое растительное сообщество является более продуктивным и устойчивым, если состоит из видов с разными жизненными формами, поскольку имеет более разнообразные внутренние связи и, следовательно, полнее использует ресурсы среды [7]. Как видно из табличных данных, в обеих больницах реорганизация озеленения проведена с учетом должного количественного соотношения жизненных форм растений, чем обеспечена ярусность, более того целенаправленный подбор ассортимента, с максимально выраженными функциональными свойствами по улучшению состояния окружающей среды, способствуют усилению санитарно-гигиенического эффекта на данной территории.

Таблица 3

Количественный состав древесно-кустарниковых насаждений в больницах ЕГМУ в 2011 г.

Характеристики	Больницы	
	“Гераци”	“Мурацан”
Общая площадь под озеленение, га	1,24	0,23
Деревья, штук	197	40
Кустарники, штук	1187	250
Плотность деревьев, шт/га	158,9	173,9
Плотность кустарников, шт/га	957,2	1086,9
Сравнение плотности деревьев с нормой (150-170 шт/га)	норма	норма
Сравнение плотности кустарников с нормой (900-1140 шт/га)	норма	норма
Соотношение дерево:кустарник, норматив - 1:6	норма	норма

С учетом вышеизложенного, реорганизация озеленения больничных участков проводилась с использованием растений, отличающихся особенно ценными функциональными и декоративными свойствами и хорошо адаптированных к климатическим условиям г. Еревана, о чем свидетельствуют результаты исследований в данном направлении, проведенные

в разные годы [1, 2, 3]. По данным санитарно-гигиенического обследования, кроме дисбаланса в соотношении жизненных форм растений, озеленение больниц по видовому разнообразию было весьма скудным и крайне неблагоприятным по дендрологическому составу.

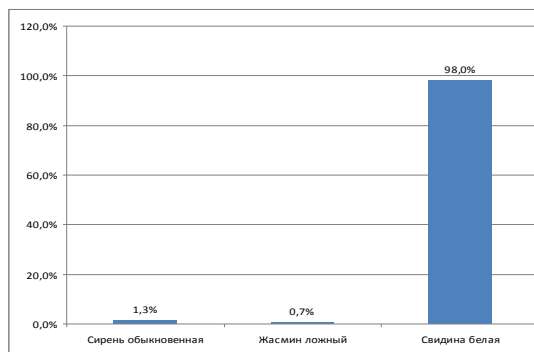
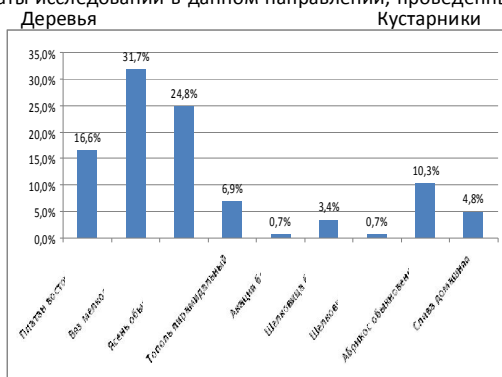


Рисунок 3. Видовой состав деревьев и кустарников больницы “Гераци” в 2007 г.

Результаты реорганизации озеленения свидетельствуют как об увеличении, так и улучшении качества видового состава древесно-кустарниковых насаждений в обеих больничных учреждениях. Так, из приведенных данных видно (рис. 3, 4, 5, 6 и табл.3), что если в 2007 г. в больнице “Гераци”

дендрологический состав древесных и кустарниковых насаждений включал всего 9 видов деревьев и 3 вида кустарников, то в 2011 году - представлен 23 видами деревьев и 26 видами кустарников.

Древесные насаждения

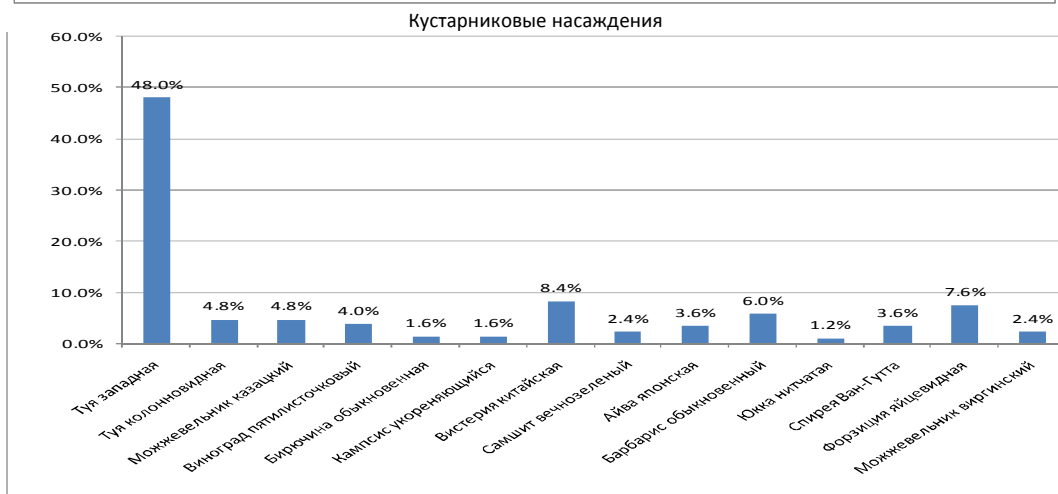
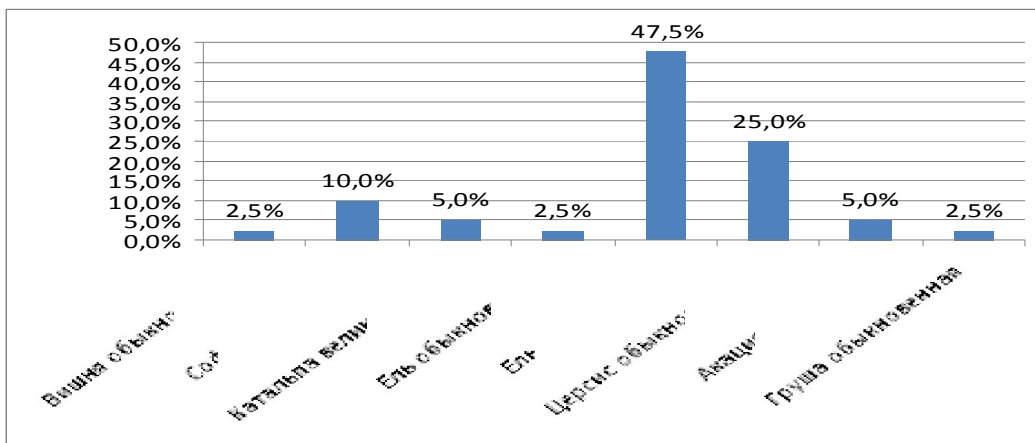


Рисунок 6. Видовой состав деревьев и кустарников больницы “Мурацан” в 2011 г.

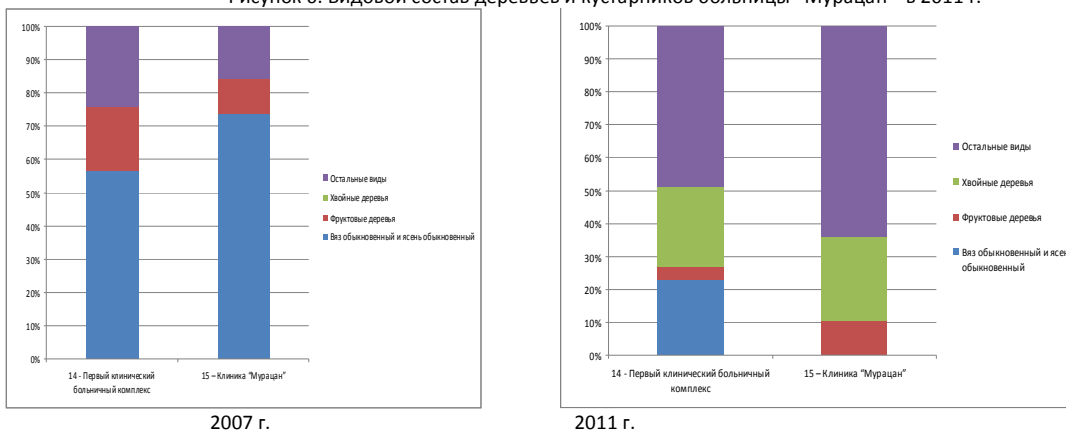


Рисунок 7. Дендрологический состав древесных насаждений по количеству посадок в клиниках ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Важно отметить, что реорганизация озеленения проводится с учетом обязательной посадки хвойных деревьев и кустарников, в результате которой в больнице “Гераци” в 2011 г. из имеющихся 49 видов древесно-кустарниковых насаждений 9 видов являются хвойными, а в больнице “Мурацан” из 22 видов - хвойные составляют 6 видов.

Результаты анализа свидетельствуют (рис. 7 и табл. 4), что в больницах “Гераци” и “Мурацан” в общем числе древесных насаждений по количеству посадок удельный вес хвойных деревьев составляет 24,4% и 50% соответственно, а удельный вес лиственных деревьев - 75,6% и 50%.

Таблица 4.

Дендрологический состав по количеству посадок древесно-кустарниковых насаждений в клиниках ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Древесно-кустарниковые насаждения	Больница “Гераци”				Больница “Мурацан”			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Деревья								
Всего	145	100,0	197	100,0	19	100,0	40	100,0
1. Хвойные	-	-	48	24,4	-	-	20	50,0
2. Лиственные	145	100,0	149	75,6	19	100,0	20	50,0
2.1. Декоративные	117	80,7	141	71,6	17	89,5	18	45,0
2.2. Фруктовые	28	19,3	8	4,1	2	10,5	2	5,0

Кустарники								
Всего	306	100,0	1187	100,0	-	-	250	100,0
Хвойные	-	-	708	59,6	-	-	150	60,0
Лиственные	306	100,0	479	40,3	-	-	100	40,0

Вместе с тем, в процессе реорганизации озеленения в обеих больницах с 2007 года заметно снижен удельный вес фруктовых деревьев, соответственно составляющих 4,1% и 5,0% (против 19,3% и 10,5% в 2007 г.). В виду непригодности ясеня обыкновенного и вяза обыкновенного для озеленения ЛПУ, в больнице “Мурацан” они полностью искоренены, а в больнице “Гераци”, доведены до 22,8% (против 56,5% в 2007 г.). Из представленных данных видно (табл. 4), что в 2011 г. в общем числе кустарниковых насаждений преобладают хвойные посадки, удельный вес которых по отмеченным учреждениям составляет соответственно 59,6% и 60,0%, тогда как до реорганизации озеленения в больничном комплексе “Гераци”

хвойные отсутствовали, а в больнице “Мурацан” - кустарников не было практически. Анализ структурного состава общего числа древесно-кустарниковых насаждений в отношении числа хвойных посадок показал (табл. 5), что реорганизация озеленения проведена также с учетом гигиенических требований, согласно которым удельный вес хвойных посадок в общем числе насаждений должен быть равен 60%. Как видно в больничных комплексах “Гераци” и “Мурацан” удельных вес хвойных древесно-кустарниковых посадок, составляя соответственно 54,6% и 58,6%, находится в пределах требуемого.

Таблица 5.

Структурный состав общего числа древесно-кустарниковых насаждений по наличию хвойных и лиственных посадок в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Древесно-кустарниковые насаждения	Больница “Гераци”				Больница “Мурацан”			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего	451	100,0	1384	100,0	19	100,0	290	100,0
Хвойные	-	-	756	54,6	-	-	170	58,6
Лиственные	451	100,0	628	45,4	19	100,0	120	41,4

Результаты санитарно-гигиенического обследования по инвентаризации газонов и цветников свидетельствуют о наличии в настоящее время на территориях обеих больничных комплексов газонных пространств, тогда как до начала реорганизации их практически не было (табл. 6).

Таблица 6.

Данные инвентаризации газонов в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Газон	больница “Гераци”				больница “Мурацан”			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид
-	-	7800	обыкновенный	-	-	1022	обыкновенный	

Так, по данным 2011 г. в больнице “Гераци” имеется 7800 м² газонных территорий, а в больничном комплексе “Мурацан” - 1022 м² (рис. 8 и 9). Из литературных данных известно, что для предотвращения распространения в воздушной среде

аэрогенной инфекции среди ильмовых пород рекомендуется использовать газонные посевы из трав *Festuca rubra rubra*, *Lolium perenne* L., что было учтено нами при озеленении клиник ЕГМУ [8].



Рисунок 8. Газоны на территории больницы “Гераци” в 2011 г.



Рисунок 9. Газоны на территории больницы “Гераци” в 2011 г.

До реорганизации озеленения в больничном комплексе “Гераци” имелся цветник, представленный розами, общей площадью в 50 м² (табл. 7) посадке. В больничном комплексе “Мурацан” цветники отсутствовали. Необходимо отметить, что наличие цветников очень важно, поскольку они обеспечивают декоративно-эстетический эффект на территории больничных учреждений. В результате

реорганизации озеленения в больничном комплексе “Гераци”, отведенная под цветочное оформление площадь участка, увеличенная более чем в 5 раз, составляет 358 м². В больнице “Мурацан” цветники занимают площадь в 46 м². В обеих больницах цветники представлены как многолетними, так и однолетними цветами.

Таблица 7.

Данные инвентаризации цветников в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Цветники	больница "Гераци"				больница "Мурацан"			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид
	50	розы	358	<ul style="list-style-type: none"> · розы · тюльпаны · ирисы · водосбор · рудбегии · ромашки · петунии · бегонии · пеларгонии · хризантемы · аспарагусы 	-	-	46	<ul style="list-style-type: none"> · хризантемы · лаванды · тюльпаны · петунии · бегонии

С целью рационального планирования поверхности участков, отведенных под озеленение, и повышения его санитарно-гигиенической роли нами разработаны композиционные решения с использованием максимально возможных и наиболее оптимальных сочетаний различных приемов озеленения (групповая, линейная посадка, зеленая стенка, живая изгородь и т.д.).

На открытых участках больниц, местами, в силу неудобств и невозможности проведения обычных приемов по увеличению площади озеленения и эстетизации территорий, использованы компенсаторные виды озеленения, а именно - вертикальное, контейнерное и ампельное (рис. 10, 11), позволившие создать передвижные сады на открытых площадках.



Рисунок 10. Зеленая стенка из девичьего винограда триостренного (осень) в больнице "Мурацан" в 2011 г.

По периметру больничных участков проведено вертикальное озеленение с использованием высокодекоративных, цветущих лиан. (рис. 10). Как видно из приведенных данных (рис. 11) глициния китайская своей декоративно-эстетической

привлекательностью по праву относится к высокодекоративным лианам и прекрасно приспособлена к климатическим условиям г. Еревана [1, 3].



Рисунок 11. Пергола из глицинии китайской (лето)

В результате использования вертикальных поверхностей под озеленение площадь его увеличена на 390 м² в больничном комплексе "Гераци", а в больнице "Мурацан" - на 803 м². При проведении реорганизационных работ огромное внимание уделялось его психо-гигиенической значимости озеленения, которая обусловлена декоративно-эстетическим свойствами высаживаемой древесно-кустарниковой растительности, в частности, высоте, форме и фактуре крон; форме, величине, сезонной окраске и фактуре листьев, цветов и плодов. Учитывалась также сезонная смена цветовых решений, гармоничность цветовой гаммы и пейзажность. При озеленении больничных учреждений особое внимание уделялось вопросам оформления сада, в связи с чем, важное значение приобретает наличие в ассортименте хвойных видов и листопадных древесно-кустарниковых насаждений с различной цветовой гаммой стволов, ветвей, хвои и плодов.

Необходимо отметить, что при построении композиций из древесно-кустарниковой растительности в равной степени учитывались как санитарно-гигиеническая значимость, так и эстетическая привлекательность. Подбор растений производился с подчеркиванием для визуального восприятия особенностей ландшафта территории, архитектурных элементов и строений больничного участка, что в свою очередь благотворно отражается как на эмоциональном, так и на физическом состоянии человека.

Благодаря целенаправленному подбору цветов с различным периодом и длительностью цветения получен эффект сада непрерывного цветения, что особенно важно для стационарных ЛПУ в связи с пребыванием больных в различные временные отрезки года



Рисунок 12. Цветочное оформление больницы “Гераци” ранней весной (2011 г.)



Рисунок 13. Цветочное оформление больницы “Гераци” в летне-осенний период (2011 г.)

Цветочное оформление начинается в апреле с тюльпанов, мускариев, нарциссов и продолжается ирисами и виолами. Затем зацветают отличающиеся особенно красочным цветением однолетники и двулетники - петунии, львиный зев, сальвия, гвоздика (рис. 12, 13). В больничных садах много многолетников, цветение последних, продолжается до октября месяца и заканчивается хризантемами с наступлением первых заморозков.

Результаты санитарного обследования внутреннего озеленения в исследуемых больницах свидетельствуют о несоответствии ассортиментного состава использованных комнатных растений требованиям, предъявляемым к лечебным учреждениям. Подбор ассортимента был спонтанным, без учета их особенностей. Часто встречались растения (алоказия, диффенбахия, олеандр, молочай, агава), млечный сок которых ядовит и представляет опасность для человека. Перечисленные растения способны вызывать аллергические реакции, раздражения кожи, а что очень важно, при случайном употреблении во внутрь, возможно возникновение серьезных отравлений, что необходимо учитывать при проведении медицинского фитодизайна в детских больницах. Более того, растения, в основном, были неухоженные, запыленные, преобладающее большинство их нуждалось в удалении, лечении, формировании крон или рассаживании.

Для создания здоровьесберегающих условий и эстетизации интерьеров клиник проведен медицинский фитодизайн вестибюлей, коридоров, рекреационных зон [6]. Нами спроектирована также “зеленая комната” в больнице “Мурацан” для прохождения больными детьми курса реабилитационной терапии с использованием комнатных растений. Работа по внутреннему озеленению больничных интерьеров проведена на основе разработки комплекса мероприятий по фитодизайну и различных фитомодулей. Медицинский фитодизайн в вышеуказанных больничных комплексах проводился с учетом сочетания комфортных условий для больных и благоприятных для роста и развития растений условий.

В больничном комплексе “Мурацан” при озеленении “зеленой” комнаты использованы: фикус Бенджамина, монстера, хлорофитум, плющ, бегония вечноцветущая, кентия, каланхоэ Блоссфельда, аспарагус Шпренгеля, спатифиллум. Цветы расставлены на полу в виде фитокомпозиций (от трех до пяти в группе), кроме того, имеются контейнеры на подоконниках, а ампельные растения - в висящих кашпо.

Больной человек изначально находится в стрессовом состоянии по поводу заболевания, поэтому, проектируя интерьер больницы необходимо наличие в нем фитомодулей, чтобы полнее имитировать микроэкологическое пространство, в свою очередь, оказывающее благотворное влияние на здоровье человека.

Литература

1. Агаджанян Г. В. Влияние древесных растений на некоторые факторы экологической среды г. Еревана //Ереван, 1983 .- Дисс. ... канд. биол. наук 03.00.05: 54 с.
2. Азарян К.Г., Петросян М.Т. О применении бактериального меланина в сельском хозяйстве и дендрологии. Материалы международной конференции «Проблемы современной дендрологии», посвященной 100-летию со дня рождения члена-корреспондента АН СССР П.И. Лапина (30 июня-2 июля, г. Москва) /М., 2009. - 793 с.
3. Арутюнян Л.В., Арутюнян С.В. Дендрофлора Армении. - Ереван: Луйс, 1985. – 440 с.
4. Варданян Ж.А., Григорян А.А. Актуальные проблемы озеленения г. Еревана Материалы международной конференции «Проблемы современной дендрологии», посвященной 100-летию со дня рождения члена-корреспондента АН СССР П.И. Лапина (30 июня-2 июля, г. Москва) /М., 2009. - 793 с.
5. Варданян К.К., Айрапетян А.К. Принципы реорганизации озеленения больниц города Еревана (на примере ЕГМУ) //“МАНЭБ” СПб, 2010. - Том 15, Вып. 2. № 5.- С. 61-66
6. Варданян К.К., Айрапетян А.К. Значение медицинского фитодизайна в оздоровлении воздушной среды помещений лечебно-профилактических учреждений //МАНЭБ. СПб, 2009. - Том 14. - Вып. 1. - № 4. - С. 64-70.
7. Головань Е.В. Жизненные формы растений, используемых в озеленении г. Владивостока. Владивосток: БСИ ДВО РАН, 2006. - № 5. – С. 42-45. <http://botsad.ru/>
8. Кузнецова Т. В. Экологическое обоснование оздоровления ильмовых пород в озеленении г. Волгограда. Автореф. дис. канд. сельскохоз. наук: 03.00.16, 06.03.04: Волгоград. - 2009. - 158 с.

УДК: 613.15 :502.55:546.4
Е.85

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Еспанова А.С., Нургельдиева Л.С., Анабаева Д.М., Айтжанова Л.Б., Байзахова Г.А. Мамбетова И.З. Зулхажы Айгул.
КазНМУ

Цель исследования: изучение состояния здоровья детей дошкольного возраста и функции щитовидной железы под влиянием внешних факторов, в частности ксенобиотиков. Исследовали физическое развитие детей 3-6 лет, их общую заболеваемость и наличие солей тяжелых металлов в биосубстратах, определяли гормоны щитовидной железы в периферической крови

Ключевые слова: ксенобиотики, дети, физическое развитие, факторы внешней среды, экологические факторы.

Қоршаған орта қауіп факторларын мектепке дейінгі балалар денсаулығына әсері

Еспанова А.С., Нургельдиева Л.С., Анабаева Д.М., Айтжанова Л.Б., Байзахова Г.А. Мамбетова И.З. Зулхажы Айгул.
ҚазҰМУ

Зерттеудің мақсаты мектепке дейінгі балалардың денсаулық жағдайы және олардың қалқанша безі қызметінің сыртқы орта факторларына байланысты, ерекшеліктерін анықтау.

Денсаулық сапасын бағалауда биосубстраттардағы ауыр металл тұздарын, 3-6 жастағы балалардың физикалық дамуын, олардың жалпы аурушандығын, қалқанша безінің функционалды жағдайындағы перифериялық қанда гормонның деңгейін зерттелген.

Негізгі сөздер: ксенобиотиктер, мектепке дейінгі балалар, физикалық даму, сыртқы орта факторлары, экологиялық факторлар.

Environmental risk factors and health of preschool children

Yespanova A.S., Nuraeldieva L.S., Anabaeva D.M., Aitzhanova L.B., Baizakhova G.A., Mambetova I.Z., ZulkhazhyAigul, KazNMU

The aim of study: to examine the health status of preschool children and thyroid function under the influence of environmental factors including xenobiotics. The physical development of children under 3-6 years of age, total incidence rate and presence of salts of heavy metals in biosubstrates were studied, thyroid hormones in peripheral blood were determined.

Key words: xenobiotics, children, physical development, environmental factors

Актуальность проблемы. За последнее десятилетие отмечается неуклонный рост общей заболеваемости у детей Казахстана. Среди детей до 14 лет отмечен высокий темп роста таких заболеваний как анемия (в 1,3 раза), болезни эндокринной (в 1,5 раза), костно-мышечной систем (в 1,5 раза), болезни системы кровообращения (в 1,3 раза), новообразования (в 1,3 раза). Все отчетливее проявляется влияние техногенных факторов окружающей среды на состояние здоровья детей и зависимость функциональных показателей органов и систем, от особенностей территории проживания. Теоритическим обоснованием первичной профилактики является выявление факторов риска. (Мажитова З.Х. 2000). В последние годы отмечается широкое и активное изучение влияния различных токсинов на здоровье детей и эндокринную систему, в частности, на функцию щитовидной железы. Распространение на территории города Алматы дефицита йода и незаменимого микроэлемента селена (Терещенко И.В., 1996), с влиянием техногенных условий усугубляет состояние здоровья. Имеются научные работы, указывающие на специфические нарушения функции щитовидной железы, которые обусловлены действием ксенобиотиков на организм (Возгомент О.В. 2006; Ликашина О.П., 2000). Это обуславливает комплексный характер поражения щитовидной железы у детей и различную нозологическую структуру тиреопатий, то есть к имеющемуся природному дефициту присоединяются факторы техногенные. В последние годы наряду с широким распространением изменилась и структура нетоксического зоба. Значительно выросла доля аутоиммунного тиреоидита, составившего от 10% до 32% в зависимости от уровня обеспечения региона йодом, селеном и влияния различных антропогенных воздействий на биосферу (Шилин Д.Е., 2002). В Казахстане выполнены ряд работ, свидетельствующих об ухудшении средовых факторов в крупных промышленных городах, в которых происходят огромные выбросы вредных веществ в атмосферный воздух (Темирбеков Ж.Т., 2002).

Дети в большей степени, чем взрослые чувствительны к неблагоприятным воздействиям окружающей среды, что проявляется в снижении функциональных возможностей и

защитных сил организма, росте уровня общей заболеваемости и ухудшении здоровья в последующие периоды жизни.

Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения – одна из стратегических задач современного общества. В дошкольном возрасте она является приоритетной, так как именно в этом периоде закладываются основы здорового образа жизни, происходит становление всех жизненно важных систем организма. По данным ВОЗ (2006г.) состояние здоровья современных дошкольников, посещающих детские сады, ухудшается.

Важным направлением экологической педиатрии является изыскание способов защиты детского организма от негативного воздействия антропогенных химических, радиационных и других факторов, среди которых львиную долю составляют тяжелые металлы. Общеизвестно состояние атмосферного воздуха города Алматы и его влияние на здоровье детей. В Казахстане недостаточно изучены и определены факторы окружающей среды, которые могут влиять на физическое развитие детей дошкольного возраста и функциональное состояние щитовидной железы. В дошкольном возрасте, когда процесс накопления солей тяжелых металлов еще не принял угрожающий характер, это приобретает особенно важное значение в ранней диагностике и лечении осложнений.

Уменьшение влияния внешних воздействий проблема социальная и медицинская, поэтому изучение влияния окружающей среды на физическое развитие детей и непосредственно функцию щитовидной железы с разработкой эффективных мер по их профилактике и лечению является необходимым и приобретает актуальное значение.

Цель исследования: изучить особенности влияния солей тяжелых металлов на общее здоровье и состояние щитовидной железы детей дошкольного возраста в условиях города Алматы и разработать эффективные меры профилактики и коррекции дисэлементоза поставленных задач.

Цель исследования: изучить влияние ксенобиотиков на здоровье детей дошкольного возраста в условиях г. Алматы.

Материалы и методы исследования:

Исследовано 260 детей дошкольного возраста, посещающих детские дошкольные учреждения г. Алматы (детские сады № 30, 94 и 67) Жетысуйского района. Возраст обследованных детей от 3 до 6 лет, в среднем составил $4,73 \pm 1,19$ лет. Основную группу данного исследования составили дети, посещающие детский сад №30 (пересечение проспектов Раимбека и Абылайхана), детский сад «Цветничок» (пересечение улиц Волочаевского и Рыскулова) и детский сад Турксибского района № 67. Кроме того, были обследованы дети, наблюдающиеся в ГДП №1 Жетысуйского района, отбор которых проведен методом случайного выбора. Это район был выбран не случайно, так как он считается экологически неблагоприятным.

Контрольную группу составили 83 ребенка (средний возраст $4,55 \pm 1,13$ лет), прикрепленных к поликлинике №4, расположенной в относительно экологически благоприятном микрорайоне «Орбита». Данные на всех обследованных заносились в адаптированные для компьютерной обработки карты индивидуального наблюдения. Возрастно-половой состав обследованных детей представлен в таблице 1 и 2.

Статистическая обработка полученных данных проводилась общепринятыми в вариационной статистике методами [10-11]. Математические расчеты проведены с помощью пакета программ MS EXCEL 7,0 на персональном компьютере. [10-13].

Результаты и обсуждение.

Анализируя, физическое развитие в основной группе по данным антропометрии мы можем отметить как видно из Таблицы 1 отставание в весе и объемах окружности грудной клетки в основной группе в сравнении с контролем. Показатели достоверные $p < 0,05$. Физическое развитие ребенка в дошкольном возрасте является одним и информативных показателей здоровья. Это объясняется тем, что организм ребенка еще не совершенен и продолжают активные морфофункциональные процессы роста и развития.

В дошкольный период закладывается фундамент здоровья и полноценного физического развития.

Детский организм наиболее чувствительный индикатор определяющий благополучие окружающей среды.

Оценка физического развития детей представлена в таблице 1. Отмечается достоверное ($p < 0,05$) отставание массы тела и окружности грудной клетки у детей из основной группы. Разницы в росте между двумя сравниваемыми группами не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 1- Физическое развитие детей дошкольного возраста
Характеристика показателей физического развития детей дошкольного возраста

Группы	Пре-де-лы	Показатели физического развития детей					
		масса тела, кг		рост, см		ОГК, см	
		n	M±m,%	n	M±m,%	n	M±m,%
основная	N	32	18,0±3,5*	22	12,4±3,0*	19	10,7±2,8*
	↓	143	80,8±3,6*	152	85,9±3,1*	149	84,2±3,3*
	↑	2	1,2±0,9	3	1,7±1,1	9	5,1±2,0
контрольная	N	81	97,6±1,8**	80	96,4±2,1**	82	98,8±1,2**
	↓	-	-	-	-	-	-
	↑	2	2,4±1,8	3	3,6±2,2	1	1,2±1,0

Примечания – 1* - достоверное различие при сравнении показателей основной группы, p<0,001;
2** - достоверное различие контрольной группы, p<0,001

В ходе исследования установлено, что в основной группе у большинства детей - 143 (80,8%, p<0,001) выявлено достоверное снижение массы тела, тогда как в контрольной группе детей со сниженной массой тела мы не наблюдали. Только у 32 (18%, p<0,001) детей в основной группе масса тела была в пределах нормы, в отличие от контрольной группы (81/97,6%, p<0,001). Превышение массы тела установлено у 2 (2,4%). Анализ показателя роста продемонстрировал значительное снижение в основной группе детей – у 152 (85,9%) по сравнению с контрольной группой (p<0,001). В пределах нормы ростовой показатель установлен у 22 (12,4%), превышение нормы только в 3 случаях (1,7%). Дети контрольной группы только в 3,6% характеризовались превышением ростового показателя. При измерении окружности грудной клетки основная группа характеризовалась также достоверным снижением у 149 (84,2%)

в отличие от контрольной группы (p<0,001). В пределах нормы ОГК в основной группе был только у 19 (10,7%) и превышение наблюдалось у 9 (5,1%) детей. Тогда как в контрольной группе почти у всех детей показатель ОГК был в пределах нормы (98,8%).

Целью нашего исследования являлось определение влияния солей тяжелых металлов на здоровье детей дошкольного возраста и функцию щитовидной железы. Для достижения этих целей мы провели ряд лабораторных анализов. Конечно, нам в первую очередь предстояло определить наличие тех самых металлов в организме ребенка. И наиболее доступным неинвазивным способом явилось изучение солей тяжелых металлов в волосах детей, проживающих в районе наблюдения

Таблица 2 - Содержание солей тяжелых металлов в исследованных волосах детей дошкольного возраста (M±m)

Основная группа					Контроль				
Zn,%	Se,%	Cd,%	Pb,%	Ni,%	Zn,%	Se,%	Cd,%	Pb,%	Ni,%
0,04±0,008	0,0354±0,001	0,005±0,0002	0,02507±0,001	0,002641±0,0005	0,02±0,002	0,01±0,003	0,004±0,001	0,013±0,01	0,0008±0,0002

Из таблицы 2. видно, что концентрация свинца и цинка было повышенной, а уровень селена сниженным в сравнении с необходимой нормой и незначительные концентрации кадмия и никеля. В связи с обострением проблем экологии и влияния их на здоровье детей отрасль в науке чаще стали называть экологической педиатрией. И одним из ее направлений является поиск защиты организма детей от воздействия вредных факторов. Из источников литературы и в результате собственных исследований мы убедились в неблагоприятных последствиях нарушений экологии на здоровье детского

населения, вообще, и, в частности, детей дошкольного возраста. В нашем исследовании мы изучали воздействие солей тяжелых металлов на детский организм с учетом экологической проблемы города Алматы. В результате исследований из ксенобиотиков наибольшую опасность составил свинец с превышающей нормой концентрации. Таблица 3- Содержание солей тяжелых металлов в исследованных волосах детей дошкольного возраста в основной группе наблюдения до и после применения «Супервита 21» и Неоселена.

Показатели	Основная группа до лечения M±m	Основная группа после лечения M±m	Достоверные различия между группами P 1 - 2	t
Цинк	0,011807±0,001	0,030699±0,002	p<0,01	-6,1538
Свинец	0,02403695±0,001	0,0135621±0,001	p<0,01	4,66428

Мы выбрали из нашей основной группы детей с высокой концентрацией свинца в волосах и в течение 1 месяца эти дети принимали по 1 капсуле два раза в день комплекс витаминов и минералов «Супервита21» и Неоселена. По истечении 1 месяца мы вновь определили содержание свинца и цинка в волосах. Как показано в таблице 3., по результатам анализов мы определили, что концентрация свинца значительно снизилась

Pb - 0,024±0,001, и цинк соответственно стал выше, чем у детей до лечения 0,0306±0,002. Данные являются достоверными p<0,01. Дальше мы сравнили с контрольной группой. Мы, определяя уровень солей тяжелых металлов, после лечения обнаружили что, эти металлы имели явно уровень повышенной концентрации. Сопоставили данные по возрастам и получили достоверное снижение свинца.

Таблица 4 - Содержание солей тяжелых металлов в исследованных волосах детей по возрастам в основной группе наблюдения до и после применения Супервита - 21 и Неоселена.

Возраст	До лечения M±m		После лечения M±m	
	Цинк	Свинец	Цинк	Свинец
3	0,007±0,002*** p<0,01	0,0225±0,002* p<0,05	0,03±0,006	0,01±0,003
4	0,015972±0,003** p≤0,05	0,02±0,001* p<0,05	0,02±0,002	0,01±0,002
5	0,02±0,005* p<0,05	0,03±0,004*** p≤0,05	0,04±0,006	0,01±0,002
6	0,008±0,001** p<0,01	0,03110±0,002** p<0,01	0,03±0,003	0,01±0,002

Примечание: * – различия между показателями достоверны ($p < 0,05$); ** – $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Как видно из выше указанной таблицы 4., видно во всех возрастах отмечается достоверное снижение концентрации свинца и убедились, во взаимосвязи металлов между собой, то есть, понятие дисэлементоз находит здесь свое подтверждение. Сейчас нам уже известно биологическая необходимость в

микродозах таких элементов, как селен, цинк. В нашей работе мы получили такие данные, что у детей с сравнительно большей концентрацией цинка содержание свинца меньших уровнем данные достоверно подтверждаются. В этой сравнительной таблице эти данные подтверждаются.

Таблица 5 - Сравнение содержания цинка селена и свинца в исследованных волосах детей в основной группе наблюдения.

Основная группа M±m	Основная группа M±m	Достоверные различия между группами	t
Zn 0,01181±0,001	Pb 0,02404±0,001	$p < 0,01$	4,9998
Se 0,008 ±0,0008	Pb 0,02404±0,001	$p < 0,01$	8,403

По данным в таблице 5 видна взаимосвязимость металлов, чем ниже концентрация цинка Zn 0,01181±0,001 и Se 0,008 ±0,0008, тем выше концентрация свинца Pb 0,02404±0,001 что является $p < 0,01$ достоверным фактом.

Таблица 6- Сравнительные показатели содержания металлов до лечения и после лечения с контрольной группой

Показатели	Основная группа		Контр. группа (3)	Достоверные различия.		
	до коррекции (1)	после коррекции (2)		P 1-4	P 3-4	P 2-3
Цинк	0,0058±0,0006	0,0022±0,0005	0,0187±0,003	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Селен	0,0008±0,0008	0,0024±0,0003	0,0114±0,0034	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Кадмий	0,0052±0,0002	0,0013±0,001	0,0028±0,001	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Свинец	0,0472±0,001	0,0256±0,001	0,0136±0,01	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$
Никель	0,0026±0,0005	0,0001±0,002	0,0008±0,0002	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Так же эффективность минерального комплекса Супервита21 и Неоселена подтверждается данными из таблицы 5., достоверными $p < 0,05$ в сравнении с концентрацией металлов в основной группе до лечения, после лечения с контрольной группой. В таблице 5. видно, что наиболее выраженным является динамика свинца, до лечения равна M±m 0,0472±0,001, после лечения M±m 0,0256±0,001 в сравнении с контрольной группой M±m 0,0136±0,01.

Отсюда следует, что применение витаминного комплекса Супервита – 21и Неоселена улучшает и корректирует дисэлементоз.

Выводы:

1. На основе выборки детей из неблагополучных районов определен микроэлементный статус у детей дошкольного возраста. Выявлен значительный дисбаланс между жизненно важными для организма МЭ и опасными и токсическими элементами. Наибольшую концентрацию накопления в организме имел свинец, который оказывает наиболее агрессивное действие на здоровье детей
2. Накопление ксенобиотиков оказывает негативное влияние на физическое развитие. Отмечается отставание окружности грудной клетки у детей 5-6 лет. У детей 4 лет отстают все показатели антропометрии; масса 15,5±0,3 (контроль 16,5±0,2) рост 102,7±0,6 (контроль 105,1±0,6) и окружность грудной клетки 52,1±0,2 (контроль 54,6±0,6) .
3. Выявлена взаимосвязимость концентрации металлов свинца, кадмия, никеля от концентрации цинка и селена у детей 3-6 лет, проживающих, в экологически неблагоприятной зоне города Алматы. Выявлено влияние содержания высоких концентраций токсических металлов на высокую заболеваемость детей 3-6 лет.
4. Результаты исследования среди детей дошкольного возраста по применению витаминного комплекса «Супервита 21» и Неоселена свидетельствуют об эффективности коррекции дисэлементоза и выразилось выведением свинца.

Литература:

1. Авцын А.П. Жаворонкова А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. Микроэлементы человека: этиология, классификация, органопатология. – М., 1991.
2. Агаджанян Н.А., Велданова М.В., Скальный А.В. Экологический портрет человека и роль микроэлементов. – М., – 2001.
3. Даутов Ф.Ф. Изучение связи между загрязнением окружающей среды и уровнем заболеваемости детского населения города. Гигиена и санитария. – 1993. – №8. – С. 4 – 7.
4. Егорычев В.Е. Роль химических экологических загрязнителей в формировании уровня заболеваемости и смертности детей // Медицина. – №6. – С. 69 – 71.
5. Маковецкая Г.А., Козлова Т.В., Фролова Т.А. Особенности состояния и здоровья детского населения города с неблагоприятной экологической обстановкой. // Сб. матер. науч. – практ. Конф. « Актуальные проблемы детской нефроурологии». – Оренбург, 1995. – С. 42 – 43.
6. Намазбаева З.И., Кулкыбаев Г.А., Джангозина и др. Информационное значение биокумуляции металлов в волосах у детей дошкольного возраста. // Гигиена и санитария. – А., 1999. – №1. – С. 34 – 36.
7. Омирбаева С.М., Амреева К.Е., Оценка риска влияния загрязнения атмосферного воздуха на здоровье детей г. Караганды. Медицина. – 2003 – №5. С. 25 – 27.

8. Темирбеков Ж.Т. Влияние окружающей среды на здоровье людей // Экология и устойчивое развитие. Алматы, 2002. - №6. - С.29-30.
9. Качество клинических лабораторных исследований. Новые горизонты и ориентиры / Под ред. В.В. Меньшикова. М., 2002. 304 с.
10. Макарова Н.В. Статистика в Excel. М.: Финансы и статистика, 2002. 368 с.
11. Закс Л. Статистическое оценивание. М.: Статистика, 1976. 598 с.
12. Кулаичев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows. STADIA 6.0. М.: Информатика и компьютеры, 1998. 270 с.
13. Lindsay r.R.S., Toft A.D. // Lanset. – 1997. – Vol. 349,N9049. – P. 413 – 417.

Лабораторная медицина

Laboratory Medicine

ТЕЗИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ

Демидчик Л.А.¹, Ключев Д.А.², Колесникова Е.А., Муравлева Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Чайковская Н.А.

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда

Тел. (707)867-48-53¹, (701)250-85-96²

lusenok2008@mail.ru¹, mythrandir79@mail.ru²

ТЕЗИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ

Демидчик Л.А., Ключев Д.А., Колесникова Е.А., Муравлева Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Чайковская Н.А.

Исследовали тезิโอграфическую характеристику плазмы крови больных ИИП для определения диагностических и прогностических критериев.

В тезиограммах плазмы крови больных с ИИП выявлены особенности, характеризующие метаболические изменения в плазме крови при патологическом процессе. Сделан вывод о перспективности применения метода тезиографии для выявления прогностических и диагностических критериев при хронических obstructивных заболеваниях легких.

Ключевые слова: идиопатическая интерстициальная пневмония, тезиографическое исследование, плазма крови

TEZIOGRAPHIC RESEARCHES OF PLASMA OF BLOOD AT IDIOPATHIC INTERSTITIAL PNEUMONIA

Demidchik L.A., Klyuyev D.A., Kolesnikova E.A., Muravlyova L.E., Molotov--Luchansky V. B, Chajkovskaja N.A.

Abstract The teziography characteristic of blood plasma in patients with idiopathic interstitial pneumonia were investigated to determine the diagnostic and prognostic criteria. In teziograms of blood plasma in patients with idiopathic interstitial pneumonia special features were identified that characterize the metabolic changes in the blood plasma in the pathological process.

It is concluded that the prospects of applying the teziography method to detect prognostic and diagnostic criteria for chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: idiopathic interstitial pneumonia, teziographic research, blood plasma.

Достижения молекулярной медицины и внедрение в медицину новых методов обследования, в значительной степени коснувшееся респираторной медицины, во многом изменили представления о сути болезней, связанных с поражением легочного интерстиция. На современном этапе в группу интерстициальных болезней легких объединено более 200 острых и хронических заболеваний, характеризующихся повреждением, воспалительными и фибропролиферативными реакциями, затрагивающими аэрогематический барьер [1]. Заболевания этой группы представляют большие трудности для диагностики, так как нередко их трудно отличить на основании рентгенологических проявлений от болезней легких бактериальной природы, и в особенности от пневмоний или туберкулеза. Ошибочное назначение антибиотиков может становиться причиной побочных реакций, являющихся, по сути, ятрогенными, и тем самым ухудшает прогноз [2]. Особое внимание специалистов, занимающихся проблемами пульмонологии, привлекают те формы интерстициальных болезней легких, этиология которых остается неустановленной.

К ним относятся идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП), отличающиеся тяжестью течения и неблагоприятным прогнозом вследствие необратимо прогрессирующих процессов фиброзной перестройки легкого.

Идиопатические интерстициальные пневмонии (ИИП) — это группа заболеваний легких неустановленной этиологии, отличающихся друг от друга патоморфологическим типом неинфекционного воспаления и фиброза преимущественно в интерстиции легкого, а также вариантом клинического течения и прогнозом — от острого с летальным исходом, хронического с формированием «сотового легкого» и нарастающей легочной недостаточностью до благоприятного вплоть до клинического излечения.

Значительные успехи отечественной и зарубежной пульмонологии не привели к снижению частоты заболевших ИИП, при большинстве из которых пациент на поздней стадии болезни нуждается в постоянной респираторной поддержке вследствие необратимой потери легочных функций [3]. Одним из перспективных методов исследования, позволяющим получить интегральную картину изменений, происходящих в организме больного на сегодняшний день является метод тезиографии биологических жидкостей [4].

Цель исследования: тезиографическая характеристика плазмы крови больных ИИП для определения диагностических и прогностических критериев.

Материалы и методы исследования

В качестве объекта исследования использовалась плазма крови 35 больных с ИИП находившихся на стационарном лечении.

Кровь забиралась после подтверждения клинического диагноза, до начала проведения терапии.

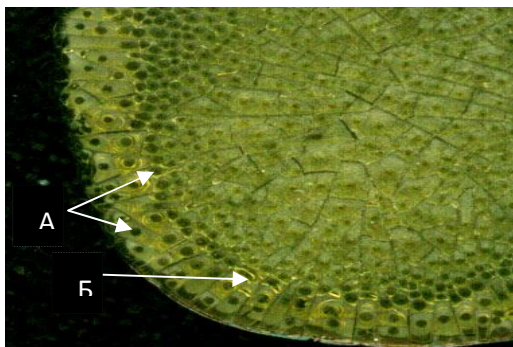
Тезиографическое исследование плазмы крови проводили по методу Шабалина В.Н. и Шатохиной С.Н. [4]. На обезжиренную твердую подложку (чашка Петри), расположенную строго горизонтально, наносили каплю плазмы крови объемом 0,1 мл. Каплю высушивали в стандартных условиях при минимальной подвижности окружающего воздуха. Продолжительность периода высыхания (до момента анализа структуры) составляет 18-24 ч. Полученные пленки (фации) предварительно изучали невооруженным глазом или с помощью лупы. Для более детального изучения и анализа структуры полученные фации рекомендуется изучать в проходящем свете при увеличении. В нашем исследовании этот эффект достигался сканированием фаций и изучением полученных изображений на компьютере в системе ACDSee 9.0 при частоте монитора не менее 85 Гц, области экрана не менее, чем 1024 на 768 точек и цветовой палитре True Color (32 бита).

Результаты исследования

На рисунках 1 и 2 представлены тезиограммы плазмы крови здоровых доноров.



Рисунок 1 Тезиограмма плазмы крови здорового человека.



А – конкреции; Б – «морщины»
Рисунок 2. Фрагмент тезиограммы плазмы крови здорового донора.

Тезиограммы плазмы крови здоровых людей характеризуются наличием трех зон: краевой, промежуточной и центральной. Краевая зона является прозрачным кольцом органических веществ преимущественно белкового происхождения. Центральная зона представлена в виде пленки, содержащей липиды, минеральные вещества, и небольшое количество белков. Промежуточная зона представлена преимущественно белками и нормальными белковыми комплексами с

минеральными веществами. Также наблюдались высокая густота растрескивания, и большое количество конкреций в центральной зоне капли, при этом явно сохранена радиальная структура растрескивания. В краевой зоне отмечается наличие небольшого количества аморфных областей, а характер растрескивания приобретает аркадно-петельную структуру [4]. Типичная тезиограмма плазмы крови больных ИИП представлена на рисунке 3.



Рисунок 3. Тезиограмма плазмы крови больного ИИП.

Тезиограммы плазмы крови больных ИИП отличались нарушением радиальности растрескивания, отсутствием четких границ между зонами, изменением количества и расположения конкреций. Отмечается сглаживание промежуточной зоны, снижение густоты растрескивания и уменьшение количества конкреций в краевой зоне. Также наблюдается преобладание аркадно-петельного характера растрескивания в периферической зоне с сохранением радиальной структуры фации.

Нарушение зональности формирования фации и увеличение доли аморфных областей свидетельствует о нарушении взаимодействия макромолекулярных компонентов плазмы крови, что может быть следствием нарушения их структуры. Формирование конкреций разного типа в пределах одной капли также может свидетельствовать о нарушении структуры органического компонента плазмы крови. Мелкие круглые конкреции краевой зоны сформированы свободными минеральными солями, вытесненными из комплексов с белками в процессе дегидратации капли. Изменения в формировании подсистемных структур и конкреций свидетельствуют об уменьшении онкотической активности белков плазмы крови и нарушении их взаимодействия с минеральными веществами.

Такие изменения тезиографической картины могут быть обусловлены изменением липидного и белкового состава плазмы крови, с возможной дислипидопротеинемией и снижением содержания липопротеинов высокой плотности. Кроме того, данные признаки могут свидетельствовать об

уменьшении содержания в плазме крови минеральных компонентов, что может объясняться усиленным связыванием натрия модифицированными белками и продуктами их окислительной модификации, а также молекулами средней массы.

Таким образом, применение метода тезиографического исследования плазмы крови больных ИИП позволяет получить интегральную информацию об изменении метаболической активности организма больного. В связи с этим дальнейшее применение метода тезиографии является перспективным для выявления прогностических и диагностических критериев при данных заболеваниях.

Список литературы.

1. Ю.И. Фещенко, В.К. Гаврисюк, Е.Н. Моногарова Идиопатические интерстициальные пневмонии: классификация, дифференциальная диагностика // Украинский пульмонологический журнал. – 2007. – №2. – с.5-11.
2. Е.Н. Попова Идиопатические интерстициальные пневмонии: клиника, диагностика, лечение // Лечащий врач. – 2005. – № 9. – с. 49-53
3. Идиопатические интерстициальные пневмонии/ Ю.И. Фещенко, В.К. Гаврисюк, Е.Н. Моногарова –Therapia. Украинский медицинский вестник – 2008. – №1. – с. 22-28.
4. Морфология биологических жидкостей в клинической лабораторной диагностике/ Шабалин В.Н., Шатохина С.Н. – Клиническая лабораторная диагностика. - 2002. - №3. - с.25-29.

ГЕНДІК ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ МЕДИЦИНА ЖЕТІСТІКТЕРІ НЫҒАЮ ЖОЛЫНДА

*Б.ғ.д., профессор З.Ф. Айташева**З.С. Оразымбетова**өл-Фараби атындағы ҚазҰУ,**М.Ж.Жұмағұл,**А.Қ.Қыдырбаева**С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ**молекулалық биология және генетика кафедрасы*

Гендік емдеу- мүше немесе жүйе қызметі бұзылуының қалпына келтіруіне бағытталған (толық немесе толымсыз) тұқым қуалайтын ауруларды қазіргі заманға сай емдеу әдісі.

Мақалада бұзылған мүшелердің қызметтерін қалпына келтіретін механизмдер мен гендердің ең жаңа технологияларын енгізу және кейбір ауруларды емдеу мысалдары келтірілген.

Кілттік сөздер: бағаналы жасушалар, ақуыз, гендік терапия, моногенді аурулар, Полигенді аурулар, мутация, аллель, ДНҚ молекуласы, гендер белсенділігі

Gene therapy and its prospects in medicine*D.b.s. Aytasheva Z.G., Orazymbetova Z.S., Zhumagul M.Zh., Kydyrbaeva A.K.*

Gene therapy is modern treatment method of hereditary diseases, purposeful on restoration (complete or in complete) disturbs functions of organs (cells) by introducing normal allele of mutant gene and its expression. In the future, this technique may allow doctors to treat a disorder by inserting a gene into a patient's cells instead of using drugs or surgery.

Gene therapy is the insertion of genes into an individual's cells and tissues to treat a disease, such as a hereditary disease in which a deleterious mutant allele is replaced with a functional one. Although the technology is still in its infancy, it has been used with some success. Scientific breakthroughs continue to move gene therapy toward mainstream medicine.

Gene therapy may ameliorate some human genetic diseases in the future. For this reason, we believe that research directed at the development of techniques for gene therapy should continue. For the foreseeable future, however, we oppose any further attempts at gene therapy in human patients because (1) our understanding of such basic processes as gene regulation and genetic recombination in human cells is inadequate; (2) our understanding of the details of the relation between the molecular defect and the disease state is rudimentary for essentially all genetic diseases; and (3) we have no information on the short-range and long-term side effects of gene therapy. We therefore propose that a sustained effort be made to formulate a complete set of ethicoscientific criteria to guide the development and clinical application of gene therapy techniques.

There are bring examples treatment of some hereditary diseases. Keywords: stem, cells protein, Gene therapy, Monogenic diseases, polygenic diseases, mutation, allele DNA-molecule, Gene expression

Генная терапия и ее перспективы в медицине

Резюме Генная терапия или генотерапия- современный метод лечения наследственных болезней направленный на восстановление (полное или частичное)нарушенной функции органа или системы путем введения нормального аллеля и его экспрессии.

В статье приведены новейшие технологии доставки, генов в пораженные органы (клетки), механизмы нормализации нарушенных функции, а также примеры лечения некоторых заболеваний методом генотерапии.

Ключевые слова стволовые клетки, белок, генная терапия, моногенные болезни, полигенные болезни, мутация, аллель- молекула ДНК, экспрессия генов
Гендік терапия — бұл тұқым қуалайтын ауруларды емдеу мақсатымен адамның сомалық жасушаларындағы генетикалық материалды өзгертуге бағытталған гендік инженериялық (биотехнологиялық) және медициналық әдістердің жиынтығы. Бұл мутациялар (өзгерістер) әсерінен ДНҚ молекуласындағы өзгерістерді жөндеуге немесе жасушаға жаңа қызмет бере алатын қарқынды дамып келе жатқан жаңа бағыт. Медицинадағы геномика бұл-гендік терапия (ГТ). Оның көмегімен көптеген тұқым қуалайтын ауруларды емдеуге мүмкіндіктер пайда болуда.

XXI ғасыр медицинасы ГТ-ның негізінде наномедицина деңгейіне жетті. Қатерлі ісік, атеросклероз бен жұқпалы аурулардың арасындағы ЖИТС (жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы) ауруының емделуі ГТ-ның көмегімен шешілмек. Қазіргі заманауи ГТ жыныс (ұрықтық) жасушаларына емес тек сомалық жасушаларға бағытталған. ГТ-ның негізгі стратегиялары:

1) жасушаның қызметін бұрынғы қалпына келтіру. Емделуге жататын ұлпаларда бір «өзгерген» геннің қызметі жоғалса, бұл геннің қызметін алғашқы деңгейіне келтіру қажет. Бұл үшін зақымдалған ұлпаға немесе жасушаға жетіспейтін, қызметті толықтыратын ген енгізіледі. Мысалы, рецессивті тұқым қуалайтын ауруларға қолдану.

2) Жасушаның қызметін толық тежеу. Керісінше, жеке жасуша немесе ұлпа қалыпты күйінен айырылып, аса қарқынды қызметке ие болуы мүмкін. Мысалы, инфекция мен ісіктен өзгерістердің пайда болуы. Бұл жағдайда ГТ-маны жасушаның артқан функциясын тежеуге мәжбүр. Аталған екі стратегиялық жол бірегей ГТ-ға жатады, яғни олар гендік модификациялардың көмегімен жасушалық бұзылыстарды түзейді.

3) Инфекциямен немесе ісік пайда болуымен байланысты клетка өртүрлі жағымсыз күйлерге ұшырауы мүмкін. Мұндай қолайсыз жағдайға қарсы клетканың иммундық жауабын күшейту стратегиясы жүзеге асырылады. Сонымен қатар, иммундық жауапты тудыратын нысана-жасушаның немесе иммундық әсерді нығайтатын антидене түзейтін клеткалардың өзгерістері жаңа ген енгізу арқылы іске асады. Бұл кейінгі стратегия классикалық гендік терапия түсінігіне толығымен жатпайды.

ГТ екі түрлі жолмен жүргізілуі мүмкін:

1) ГТ ex vivo (ағзадан тыс) бұл жағдайда геннің қалыпты көшірмесі науқастан бөлініп алынған сомалық жасушаға енгізіледі. Түзетілген жасушалар өсіріліп, науқасқа трансфузия немесе трансплантация жолымен енгізіледі. Науқастың өзінің жасушасы алынғандықтан иммундық жүйе бұндай жасушаларды бөлмей, ыдыратпай қабылдайды. Жасушаға енгізілген қалыпты ген жетіспеген өнімді (ақуыз, фермент) синтездейді. Бұл әдіс бойынша жеке жасушаның орнына, ұзақ мерзім тіршілік ететін жасушалар жиынтығы бүкіл ағзамен бірігіп, нысана ретінде пайдаланылады. Мысалы, бағаналы жасушалар.

2) ГТ in vivo қалыпты ген тікелей адамның ұлпасына (арнайы ұлпа жасушаларына) енгізіледі.

ГТ-ның әсерімен емделетін аурулардың түрлерін қарастырсақ, олардың арасында генетикалық аурулардың саны 4500-ден астам. Қазіргі уақытта олардың көбі хромосомдық картада белгіленбеген. Бұл аурулардың өте шағын бөлігі карталанған және биохимиялық жағынан зерттелген түрде тіркелген. ГТ арқылы емдеу жұмыстарының көпшілігі (шамамен 80%) онкологиялық және ЖИТС ауруын емдеу бағытында жүргізілуде. Сонымен қатар бірқатар моногенді ауруларды Гоше (сфинголипидоз) ауруы, Хантер ауруы, Гурлер синдромы, жанұялық гиперхолестеринемия, гемофилия А, гемофилия В, талассемия, орақ тәрізді жасушалық анемия, өкпе эмфиземасы, мұковисцидоз, фенилкетонурия, гипераммониемия; цитрулинемия, Дюшеннің миодистрофиясы, респираторлық дистресс-синдромы, Леш-Нихан синдромы т.б. ауруларын емдеу мақсатында клиникалық зерттеулер жүргізілуде. Аталған ауруларға жауапты гендердің қызметі де анықталған.

Гендік терапия моногенді, яғни бір геннің мутациясынан қоздырылатын, полигенді бірнеше геннің мутациясынан қоздырылатын және кейбір инфекциялық ауруларды емдеуде қолданылуда.

Қазіргі қоғамда аурулардың көбі, мәселен қатерлі ісік, атеросклероз, нейрорсихиатриялық аурулар негізгі генетикалық компоненттерге ие болғандықтан, классикалық гендік терапияның зерттеу нысаны болып есептелінеді. Әрине, бұл соңғы жағдай ең күрделі болғандықтан, осындай аурулардың генетикасы нақты қарастырылуы қажет.

Жалпы тұқым қуалайтын ауруларды сау гендерді ұрық жасушаларының линиясына енгізген кезде емдеуге болады. Осы тактикалық шешім трансгендік жануарлармен араласқанда өзінің жоғары пәрмендігін дәлелдеген. Бұл әдісті ұрық клеткаларының ГТ-сы деп атау жөн. Дегенмен жануарлардың жасушаларын пайдалану арқылы жүргізілетін ұрық технологиялары қазіргі таңда көптеген техникалық және этикалық кедергілер тудыруда. Осыған орай гендері енгізу жолында нысана ретінде сомалық жасушалар пайдаланылады.

Сонымен, негізгі гендік терапия соматикалық гендік терапия түрінде дамуда.

Нормадан ауытқыған, «бұзылған» генді немесе оның «бүлінген» бөлігін қалыпты, өз қызметін толық атқаратын генге ауыстыруға болады. Мысалы, таргетинг немесе гендік коррекция арқылы. Бұл әдістің, ұқыпты орындалғанына қарамастан, нақтылығы жеткіліксіз. Ауру ген өз қызметін жалғастыра берсе де, бұл геннің ақуыз өнімі төмен болса, қосымша сау ген енгізіледі. Сол себептен жетіспеген өнімнің мөлшері көтеріледі. Бұл тәсіл қосымша ГТ деп аталады. Осындай кездейсоқ енгізуі трансгеноздың әсерімен ұқсас. Инсерциялық (енгізілетін) мутагенездің араласуымен орындалатын трансгендік экспрессиясы дұрыс реттелмеуі де мүмкін. Рецессивті ауруларды алынған эктопикалық трансген атты трансгендік организмнің көмегімен емдеуге болады. Керісінше, доминантты аурулар, қалыпты, қызметі сақталған геннің енгізілгеніне қарамастан өз әсерін тигізеді. Осындай қиын жағдайда қалыпты генді орнатпай, ауру генді әлсіздендіруге немесе белсенділігінен толығымен айыруға болады.

Зақымдалған геннің қызметін тежеуге болады. Мысалы, вирус шабуыл жасағанда немесе онкоген өз жұмысын арттырғанда, бұл әдісті жасушаның ішінде жағымсыз, ұнамсыз үдерістер көбейгенде қолданылады. Тиімсіз гендердің немесе тіпті қауіпті гендердің экспрессиясын тежеу керек. Бұл үшін жасушаға қосымша гендік құрылымдар енгізіледі. Олардың ерекшелігі бұл гендік кешендер экспрессияланған кезде ұнамсыз геннің өнімдерімен әрекеттесетін туындыларды бере алады. Мұнда ұнамсыз гендік өнімінің залалды (зиянды) әсері жойылады. Мысалы, жасуша құрамындағы қажетсіз ақуызға қарсы антиденелерді реттейтін гендерін енгізуге болады (Richardson e.a., 1995). Синтезделген антиденелер бұл жағдайда орынсыз, ұнамсыз ақуызбен байланысып, бұл ақуызды залалсыздандырады. Бұл үдерісті басқаша жасушаішілік иммунизация деп атайды. Жеке ақуыз деңгейінде нормадан ауытқыған геннің залалды әсері жойылады. Жасуша ішілік антиденелер интраденелер деп аталады.

Залалды геннің әсерін басқаша да жоюға болады. Бұл үшін жасушаның құрамына генді м-РНҚ деңгейінде тежейтін төмен-молекулалық құралын енгізеді.

Ең соңғы ГТ нәтижелеріне назар аударсақ: Эпилепсияның гендік терапиясы әдістемесін құрастырып жатқан бір топ ғалымдар алғашқы нәтижеге қол жеткізді. Егеуқұйрықтарға жүргізіген эксперименттер жаңа әдіс эпилептикалық ұстамалар қарқындығы мен ұзақтығын айтарлықтай төмендеткенін көрсетті.

Эпилепсиямен ауыратын науқастардың миы, сау адамдарға қарағанда соматостатин гормоны аз синтездейтіні бұрыннан белгілі. Зерттеу жетекшісі Раба Зафар (Rabia Zafar) бұл нейропептидтің өте төмен деңгейі ұстама кезінде байқалатындығын ерекше атап өтті.

Зерттеушілер құрамында соматостатин синтезін қосатын ген бар препарат ойлап шығарды. Қазіргі уақытта мамандар егеуқұйрықтарда самай эпилепсиясы (аурудың ең кең тараған түрі) әдісіне сынақ жүргізуде.

Препарат егеуқұйрықтардың миында соматостатин мөлшерін тиімді түрде жоғарлатып, ұстамалардың ұзақтығы мен қарқындылығын төмендеткендігі анықталды. Сонымен қатар, егеуқұйрықтар ұстаманың ауыр дәрежесінен арылған.

Эпилепсияның ағымына әсер етуден басқа, гендік терапияның қосалқы әсері жоқ және ол жануарлардың үйрену қабілетін жоғарлатады. Құқықтық рәсімдерден өткен соң препаратты адамдарда тестілеу басталады. Ғалымдар препарат сатылымға түскеннен кейін эпилепсияны емдеу, тұмауды емдегендей жеңілдей түседі деген үмітте.

Аяқ-қол ишимиясын емдеуге арналған жаңа дәрілік препаратты ойлап тапқан Адамның бағаналы жасушалары институтының мамандары гендік терапия «диабетті табаны» бар науқастарды ампутиациядан құтқара алады дейді.

Сонымен, тұқым қуалайтын ауруларды емдеу өте қиын және әркезде тиімді шешімі табыла бермейтін мәселе. Адамның тұқым қуалайтын ауруларын емдеуде ГТ жетістіктерін қолдану – генотерапия эрасы басталып кетті. ГТ принциптері мен әдістері, осы әдіспен емдеуде тиімді нәтиже бере алатын аурулар да таңдалып алынууда. Бұл бағыттағы жұмыстар түрлі елдерде, түрлі бағытта жүргізілуде. Гендік терапия тек қана тұқым қуалайтын моногенді ауруларды емдеуде ғана емес сонымен қатар полигенді ауруларды мысалы, қатерлі ісіктерді және созылмалы вирустық ауруларды емдеуде қолданылатыны анық.

Литература

- 1) Арчаков А.И. Нанобиотехнологии в медицине. rsmu.ru/fileadmin/rsmu/documents/science/uchenii_sovet/aktovyi_den/Act_rech_13_04_2009_Archakov.pdf
- 2) С.Л. Киселев. Гены и генная терапия. http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/01_06/G-THER.HTM немесе http://neovasculargen.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=85
- 3) Мясников А.Д., Артюшкова Е.Б., Пашков Д.В. и др. Комбинированная фармакологическая и хирургическая коррекция хронической ишемии конечности в эксперименте. Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье", 2007, № 4, с. 17-21 (http://neovasculargen.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=82)
- 4) Aguirre G.K., Komáromy A.M., Cideciyan A.V. e.a. Canine and Human Visual Cortex Intact and Responsive Despite Early Retinal Blindness from RPE65 Mutation. *PLoS Med.* 2007, v. 4, No. 6, e230. (Published online 2007 June 26).
- 5) Escors D., Breckpot R. Lentiviral vectors in gene therapy: their current status and future potential. *Arch Immunol Ther Exp (Warsz)*, 2010, v. 58, No. 2? P. 107-119.
- 6) Marangoni F., Bosticardo M., Charrier S. e.a. Evidence for Long-term Efficacy and Safety of Gene Therapy for Wiskott-Aldrich Syndrome in Preclinical Models. *Mol. Ther.* 2009, v. 17, No. 6, p 1073-1082.
- 7) Pluta K, Kacprzak MM. Use of HIV as a gene transfer vector. *Acta Biochim Pol.* 2009, v. 56, No. 4, p. 531-95.
- 8) Templeton N., Lasic D. (2000) Gene Therapy: Therapeutic Mechanisms and Strategies. 584 pp.
- 9) Shiguo Zhu, Dean Anthony Lee, Shulin Li. IL12 and IL27 sequential gene therapy via intramuscular electroporation delivery for eliminating distal aggressive tumors. *J. Immunol.*, 2010, v. 184, No. 5, p. 2348-2354.
- 10) Zafar R., King M.A., Carney P.R. Adeno associated viral vector-mediated expression of somatostatin in rat hippocampus suppresses seizure development. *Neurosci Lett.*, 2012, v. 509, No. 2, p. 87-91.
- 11) http://en.wikipedia.org/wiki/Gene_therapy
- 12) ru.wikipedia.org/wiki/Генотерапия
- 13) <http://mshealthy.com.ua/med-pom-gennaya-terapia.htm>
- 14) http://www.nedug.ru/news/популярно_о_здоровье_2011_5_23
- 15) <http://humbio.ru/humbio/transgenesis/0002f8df.htm>
- 16) <http://www.asgct.org/>
- 17) <http://www.esgct.eu/index.php/en/>
- 18) <http://www.esgct.eu/index.php/en/>
- 19) <http://www.ceb.cam.ac.uk/people.php?action=view&id=92>
- 20) <http://www.ceb.cam.ac.uk/people.php?action=view&id=164>
- 20) <http://www.consert.eu/>

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА

А.П. Богоявленский, А.С. Турмагамбетова, В.Э. Березин
РГП «Институт микробиологии и вирусологии» КН МОН РК, г. Алматы,
тел.: 8 (727) 291-35-30, вн. 105; e-mail: anpav_63@mail.ru

Резюме Сравнительная оценка чувствительности различных методов диагностики вируса гриппа показала, что наиболее эффективно использовать тест-системы для диагностики гриппа в период 48-72 часов от начала инфицирования, когда в организме накапливается максимальное количество вируса и его компонентов.

Ключевые слова диагностика, грипп, ОРВИ, чувствительность анализа.

CURRENT ISSUES OF INFLUENZA LABORATORY DIAGNOSIS

A.P. Bogoyavlenskiy, A.S. Turmagambetova, V.E. Berezin
SNE "Institute of microbiology and virology" SK MES RK, Almaty, Kazakhstan,
tel.: 8 (727) 291-35-30, int. 105; e-mail: anpav_63@mail.ru

Abstract A comparative evaluation of the sensitivity of different methods of influenza virus diagnostics showed that most efficacy period for the use of test-kits for influenza virus diagnostics is belonging between 48-96 hours from the infection beginning when maximum amount of virus and its components accumulated in infected organism.

Keywords diagnosis, influenza, ARVI, the sensitivity of analysis.

ТҰМАУДЫ ЗЕРТХАНАЛЫҚ БАЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕСІ

А.П. Богоявленский, А.С. Турмагамбетова, В.Э. Березин
РМК «Микробиология және вирусология институты» ҚР БҒМ
ҒК, Алматы қ., тел.: 8 (727) 291-35-30, вн. 105; e-mail:
anpav_63@mail.ru

Түйін Тұмау вирусының сезімталдығын әр түрлі балау әдістерімен салыстырмалы бағалау жұқтырғаннан кейін 48-72 сағат аралығында, организмде вирус және оның компоненттерінің максималды саны жинақталғанда тұмауды балау үшін тест-жүйесін пайдалану тиімді екендігін көрсетті.
Түйінді сөздер тұмау вирусының балауы, тұмау, ЖРВИ, талдаудың сезімталдығы.

Прогресс медицины как критерий рентабельности инвестиций в науку обусловлен современными возможностями ранней доклинической диагностики заболеваний, в которой около 70% диагностической информации о состоянии организма дают лабораторные методы исследования [1]. Современная лабораторная диагностика позволяет ответить на важнейшие вопросы, возникающие у клинициста или исследователя в ходе диагностического и лечебного процессов. Среди них важнейшими являются признаки наличия того или иного патологического процесса или заболевания (диагностические маркеры); показатели активности патологического процесса; параметры, отражающие состояние важнейших гомеостатических систем организма и их компенсаторных возможностей; а также критерии эффективности назначенной терапии. Лабораторная диагностика позволяет охарактеризовать направленность патологических изменений на клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях. Сегодня лабораторная медицина владеет анализом около 20 видов биологических материалов, а также многочисленными методами, которые объединяют более 2 тысяч методик исследования [2].

Основная роль лабораторной медицины сводится к полноценному удовлетворению потребностей клиники в информации на уровне современных возможностей аналитической диагностики [3]. Условиями достижения этой задачи являются высокая профессиональная компетентность лабораторных специалистов, их знания о современных аналитических технологиях и умение выполнять такие исследования; наличие доступных клиническим лабораториям материальных средств анализа (приборный парк, реагенты, калибраторы). При этом важнейшей составляющей успешного диагностического процесса являются знания клиницистов о диагностических возможностях лабораторной аналитической базы.

Необходимость в ранней и высокоэффективной диагностике наиболее целесообразна в отношении широко распространенных инфекционных заболеваний, развитие которых может приобретать характер пандемий. Одной из таких инфекций является грипп – острое респираторное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и поражающее ежегодно от 20 до 200 миллионов человек. Несмотря на большие усилия, направленные на борьбу с гриппом, это инфекция по-прежнему остается самой распространенной на земном шаре. В Республике Казахстан ежегодно регистрируются более миллиона случаев ОРВИ и гриппа. На долю гриппа и ОРВИ приходится около 40% от общего числа дней временной нетрудоспособности, что свидетельствует о социальной значимости гриппа. Во время эпидемии заболевание может охватывать 10-20% всего населения и 40-60% пожилых людей

[3]. Ущерб, наносимый гриппом и ОРВИ, еще более значителен, так как эти заболевания понижают сопротивляемость организма к другим болезням, вызывают серьезные осложнения и повышенную смертность среди лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе у детей и взрослых с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, легочной, эндокринной и других систем. По оценкам ВОЗ, грипп является второй после пневмококковой инфекции причиной смерти от инфекционных заболеваний. Показатель смертности от гриппа составляет около 15 человек на 100 000 населения. Сложность эпидемического процесса данной инфекции состоит еще и в том, что заболевание имеет двухволновой характер и продолжается не менее 2 недель. Однако статистические исследования доступные в средствах массовой информации говорят о постоянном снижении количества регистрируемой заболеваемости гриппом у населения. Причем речь, как правило, идет о десятках процентов случаев.

Причины подобного противоречия кроются в различных подходах к диагностике гриппа и значительно варьирующей чувствительности выявления инфекционного агента. Результаты большого количества сравнительных исследований чувствительности методов диагностики гриппа показывают, что на сегодняшний день максимальной чувствительностью обладает метод полимеразной цепной реакции в реальном времени, способный определить около 100 инфекционных доз вируса. Метод обычного ПЦР обладает чувствительностью, сопоставимой с вариантами иммуноферментного анализа, и не превышает 1000 инфекционных доз вируса. Популярные методы быстрой диагностики вируса гриппа с помощью диагностических полосок имеют чувствительность, позволяющую определить около 50000 инфекционных доз. Такое соотношение чувствительности методов требует от клинициста более тщательного выбора используемого метода и знания особенностей цикла развития инфекции в организме. Как было показано в опытах с добровольцами, зараженными вирусом гриппа, титр вируса превышает 1000 инфекционных доз в период 2-4 сутки после начала инфекции [4]. Именно в это время можно использовать большинство известных на сегодняшний день диагностических тест-систем, позволяющих выявлять антиген или нуклеиновую кислоту вируса гриппа. Кроме того, сравнительное исследование существующих диагностических тест-систем показывает, что до сих пор не создана альтернатива «золотому» стандарту вирусологии – культивированию вируса на адаптированных культурах клеток или куриных эмбрионах, позволяющему выявить 1 инфекционную дозу вируса. Это необходимо учитывать при разработке методических рекомендаций по диагностике вируса гриппа, дополняя современные методы молекулярной диагностики этапом выделения вируса на чувствительных системах (куриных эмбрионах или культуре клеток). Второй особенностью диагностики вируса гриппа является тот факт, что население обращается в лечебные учреждения, как правило, после того периода, когда максимум накопления вирусных маркеров уже пройден. В этом случае большинство существующих методов диагностики дает отрицательный результат, что существенно снижает статистические показатели. Так, в эпидемическом сезоне 2011 года в Казахстане за одну неделю было диагностировано более 40 тыс. случаев гриппа и госпитализировано более 1500 человек, а всего за период эпидемии выявлено только 150 тыс. случаев заболеваемости. Следовательно, для успешной и своевременной диагностики гриппа необходим комплекс мер, включающий наличие современной аналитической приборной базы, квалифицированных специалистов, широкий охват населения и осуществление диагностических мероприятий в возможно более ранние сроки. Успешное и своевременное выявление инфекции на ранних этапах распространения вируса является залогом для организации эффективных противоэпидемических мер и снижения людских и экономических потерь.

Использованная литература:

1. Эмануэль В.Л. По мере развития клинической лабораторной диагностики медицина все больше из области искусства избранных становится наукой одаренных // Лабораторная медицина. 1999. № 2. С. 5—13
2. Рязанцева Н.В., Кулагина И.В., Радзивил Т.Т., Ковалева Н.П. Лабораторная медицина: от студенческой скамьи до клинической практики // Бюллетень сибирской медицины, 2003. № 4. С.46-49
3. Оспанов К.С., Жолшоринов А.Ж., Байсеркин Б.С., Абдилова Б.М., Сейтмаганбетова Ш.А., Куатбаева А.М., Аяпбергенов К.К. Методические рекомендации по профилактике гриппа и других острых респираторных инфекций в дошкольных и

общеобразовательных организациях образования. г. Астана, 2009 г.

4. Нетёсов С.В. Сравнительная оценка современных методов диагностики вирусных инфекций//Актуальные вопросы защиты населения от биологических угроз. –М., 2007.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Краморенко Ю.С., Азнабакиева М. М., Степанова И. С.

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

В статье сообщается о клиничко – биохимических исследованиях, проводимых у больных с офтальмопатологией, в частности диабетической ретинопатией, в лаборатории научно-исследовательского института глазных болезней.

Ключевые слова: диабетическая ретинопатия, биохимические маркеры, липиды, иммуноглобулины, СОЭ.

LABORATORY STUDIES IN OPHTHALMOLOGY

Kramorenko Y.S., Aznabakieva M.M., Stepanova I.S. Kazakh Research Institute of Eye Diseases, Almaty

The article reports on the clinical - biochemical studies conducted in patients with ophthalmopathy, in particular diabetic retinopathy in laboratory research institute of eye diseases. **Keywords:** diabetic retinopathy, biochemical markers, lipids, immunoglobulins, erythrocyte sedimentation rate. Laboratory studies are needed at all stages of medical care - in the refinement of the diagnosis, evaluation of the effectiveness of treatment and prognosis of the disease, with the main priority is the standardization of research laboratories in various fields.

Лабораторные исследования необходимы на всех этапах оказания медицинской помощи – при уточнении диагноза, оценке эффективности лечения и прогнозе заболевания, при этом главным приоритетом является стандартизация исследований в лабораториях различного профиля.

В клиничко-диагностической лаборатории КазНИИ глазных болезней в полном объеме проводятся биохимические исследования и клинический анализ крови и мочи. В связи с тем, что больным с офтальмопатологией требуется проводить не только общеклинические, но и специальные лабораторные анализы крови, в лаборатории выполняются коагулологические исследования, идет определение агрегации тромбоцитов, уровня гликозилированного гемоглобина.

Основное направление научной деятельности - изучение клиничко-биохимических показателей при различной офтальмопатологии, определение лабораторных критериев контроля эффективности новых методов лечения и прогноза заболеваний, исследование липидного обмена при заболеваниях глаз, связанных с общей патологией: артериальной гипертонией, атеросклерозом, сахарным диабетом, наибольшая распространенность которых характерна для лиц старшей возрастной группы.

В частности, разработанный комплекс клиничко-биохимических методов (определение липидного спектра крови - ОХ, ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, и конечного продукта перекисного окисления липидов — МДА) обследования больных с диабетической ретинопатией (ДР), указывающий на распространенность и глубину патологических изменений в сетчатке офтальмологических больных, расширяет возможности ранней диагностики ДР, определяет схему лечения патогенетической направленности.

На основании клиничко-лабораторных исследований слезной жидкости выявлен комплекс биохимических маркеров (МДА, глюкоза, белковый спектр), которые достоверно изменяются уже на ранних стадиях ДР, разработан «Способ диагностики диабетической ретинопатии».

Определены иммунологические маркеры активности течения заболевания: сдвиг его основных показателей в сторону повышения уровня иммуноглобулинов G, M при одновременном снижении продукции основного «защитного» иммуноглобулина А. Это расценивается нами как явно неблагоприятный фактор. Разработан и предложен для практической работы офтальмологов алгоритм клиничко-лабораторной диагностики, оценки эффективности терапии ДР с использованием антиоксидантов и липотропных препаратов. Ежегодно в лаборатории выполняется более 10 тысяч клиничко – биохимических анализов у пациентов с глазной патологией в возрасте от полугода до 70 лет и старше. В качестве контроля используются данные формы 224/у, утвержденной приказом МЗРК 08.07.05 №234.

Вместе с тем, известно зависимое от возраста изменение показателей, а также внутрииндивидуальная вариабельность триглицеридов, холестерина, глюкозы, гемоглобина, альбумина и др. (Сейдаулиева Б.С., 2011).

В результате проведенных нами лабораторных исследований на примере СОЭ (этот показатель при госпитализации на хирургическое лечение должен быть в пределах нормы) установлено: если в возрасте до 40 лет СОЭ в пределах нормы (мужчины - 2 – 10, женщины – 2- 15 мм/час), определялась в 80% случаев, в возрасте 40-50 лет – в 63%, то у больных старше 60 лет, наоборот, показатель СОЭ выше 15-20 мм/час отмечался в 70% случаев, что, по-видимому, является проявлением гериартрических изменений в организме пожилых больных. В связи с этим считаем, что необходим не только индивидуальный подход в интерпретации результатов исследования, но и разработка контрольных значений «зависимых от возраста» лабораторных анализов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА В И С В ЦЕЛЕВЫХ ГРУППАХ РИСКА У ВЗРОСЛЫХ ПО ДАННЫМ СКРИНИНГА ЦЕНТРА ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ Г. АСТАНЫ

Ж.Н. Сулейменова, А.К. Молдабаева, Н.А. Мухаметова, Г.Р. Керимбекова, Л.К. Каримова, А.К. Акшалова, А.У. Байгабулова
 ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №4» ЦЛТ г. Астана
 АО «Медицинский университет Астана»

Результаты скрининга показали важность двухэтапного исследования в целевых группах риска с целью выявления вирусного гепатита В и С.

Ключевые слова: вирусный гепатит В и С, иммуноферментный анализ

Prevalence of HBV and HCV in special groups among adults by the results of the Centre of laboratory technologies in Astana

Suleimenova J, Moldabaeva A, Muhametova N, Karimova L, Kerimbekova G, Akshalova A, Baiqabulova A.

The results of screening remarked the importance of two level assays in special groups with aim of the detecting HBV and HCV
 Key words: Hepatitis B virus and C, enzyme immune assay

По данным ВОЗ примерно треть населения планеты (2 миллиарда человек) имеют маркеры текущей или перенесенной инфекции вирусного гепатита В (ВГВ). В мире вирусом гепатита С (ВГС) инфицировано 170 млн. человек (около 3 % популяции), и ежегодно становятся инфицированными от 3 до 4 млн. человек [1,2,3]. Вирусные гепатиты остаются одной из актуальных проблем здравоохранения в мире, в том числе и в Казахстане. Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусных гепатитов. Ежегодно регистрируются от 13 до 30 тысяч больных. Для решения программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 -2015 годы, проводится усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм. Наиболее широко в диагностике ВГВ и ВГС используется определение HBsAg и Anti- HCV методом иммуноферментного анализа (ИФА)[4,5]. В неактивную фазу вирусного гепатита размножение вируса не происходит, вирус не выявляется в крови, и только современная вирусологическая диагностика методом ПЦР позволяет выявить заболевание на ранней стадии. ДНК-ВГВ (дезоксирибонуклеиновая кислота вируса гепатита В) и РНК-ВГС (рибонуклеиновая кислота вируса гепатита С) представляют собой фрагменты вирусных частиц[6,7].

Цель исследования: выявить распространенность ВГВ и ВГС среди целевых групп риска у взрослых по данным центра лабораторных технологий города Астаны методом твердофазного ИФА, и дальнейшая верификация методом ПЦР.

Материалы и методы: С 01.01.12 года проводится скрининг целевых групп риска на маркеры вирусного гепатита В и С

взрослого населения на базе центра лабораторных технологий (ЦЛТ) г. Астаны и представлены для обсуждения результаты исследования за I квартал 2012 года. К целевым группам относятся **взрослые с заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, находящимися на гемодиализе. имеющих в анамнезе оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов, а также медицинских работников с повышенным риском инфицирования вирусными гепатитами В и С.** Скрининг проводится в 2 этапа. Первый этап- исследование сыворотки на маркеры гепатита В и С методом твердофазового иммуноферментного анализа , второй этап включает в себя анализ на определение нуклеиновых кислот вируса гепатита В и С методом ПЦР. Материалом исследования явилась сыворотка крови. Проведено 2000 иммунологических исследований на наличие маркеров гепатитов В и С методом твердофазового ИФА с применением тест системы « ИммуноКомб-КДТ II HBsAg 90» и «ИммуноКомб-КДТ II Anti- HCV» КАЗ-ДИА-ТЕСТ. а верификацию гепатитов В и С (выявленных 268 лиц) иммуноферментным анализом проводили методом ПЦР исследовании на амплификаторе CFX 96 Real-Time System. Использовали наборы реагентов «РеалБест ДНК/РНК ВГВ/ВГС», предназначенные для выявления ДНК/РНК вируса гепатита В и С.

Результаты исследования: Из 2000 иммунологических исследований маркеры гепатита В и С обнаружены в 268 случаях, что составило 13,4%, из них: маркер гепатита В обнаружен в 4,4%, а маркер гепатита С в 9% случаев (I-этап). Методом ПЦР исследовано 268 сывороток (у лиц с наличием маркеров гепатита В и С), при этом выявлено ДНК-ВГВ и РНК-ВГС в 150 случаях, что составляет 56%(II-этап). Следовательно, в 118 случаях(44%) (у лиц с наличием маркеров гепатита В и С) не подтвердились методом ПЦР. Выявленные 150 случаев вирусных гепатитов В и С ПЦР методом распределились следующим образом: у 78 случаев обнаружены ДНК-ВГВ, что составляет 29,1%, и у 72 случаев РНК-ВГС (26,9%). То есть произошло незначительное перераспределение ДНК-ВГВ, по сравнению с РНК-ВГС. Также отметим, что из 88 положительных маркеров HBsAg (то есть ВГВ) выявлено 78 образцов с ДНК-ВГВ, что составляет 88 % , а из 180 положительных маркеров Anti- HCV выявлено 72 образца с РНК-ВГС, что составляет 40 % . Следовательно, маркеры HBsAg являются более специфичными , чем маркеры Anti- HCV (таблица 1).

Таблица 1. Показатели иммуноферментных исследований ВГВ и ВГС в целевых группах риска взрослого населения г. Астаны

Группа риска (лица имеющ. в анамнезе)	Кол. иссл. на ИФА	Кол-во выявленных на ИФА			Кол. иссл. на ПЦР	Кол-во выявленных на ПЦР		
		ВГВ + ВГС/ %	ВГВ/ %	ВГС/ %		ДНК-ВГВ, РНК-ВГС/ %	ДНКВГВ/ %	РНКВГС/ %
оперативн вмешател..	1063	146/ 13,7	54/ 5	92/ 8,7	146	89/ 61	54/ 37	35/ 24
Переливан крови(или ихкомпон).	104	25/ 24	8/ 7,7	17/ 16,6	25	14/ 56	6/ 24	8/ 32
на гемо-диализе	23	14/ 60,8	3/ 11	11/ 47,8	14	10/ 71,4	3/ 21,4	7/ 50
заболеван. крови	8	5/ 62,5	3/ 37,5	2/ 25	5	3/ 60	2/ 40	1/ 20
злокачеств новообраз.	204	21/ 10,3	2/ 1	19/ 9,3	21	16/ 76,2	5/ 23,8	11/ 52,4
Медицин. работники	598	57/ 9,5	18/ 3	39/ 6,5	57	18/ 31,6	8/ 14,1	10/ 17,5
Всего	2000	268/ 13,4	88/ 4,4	180/ 9	268	150/ 56	78/ 29,1	72/ 26,9

Анализ целевых групп методом ИФА исследования (1этап) показало, что наиболее часто подвержены инфицированию гепатитом В и С лица переливавшим кровь или их компоненты, находящимся на гемодиализе, и лица с заболеваниями крови, частота их инфицирования составила 24-62,5%% случаев. А у лиц имеющие в анамнезе оперативные вмешательства, злокачественные новообразования и медицинские работники частота инфицирования составило 9,5-13,7%% случаев.

Из таблицы видно, что распределение вирусного гепатита В и С в исследуемых группах неравномерно, при чем ВГС встречается в 2-3 раза чаще, по сравнению с ВГВ. А у лиц со злокачественным новообразованием ВГС в 9 раз чаще встречается , чем ВГВ. Из вышесказанного следует, что лицам переливавшим кровь или их компоненты, находящимся на гемодиализе, с заболеваниями крови чаще подвержены вирусным гепатитам В и С, а также выявлено перераспределение и увеличение ВГС, чем ВГВ.

Группы риска с наличием маркеров гепатита В и С исследовали методом ПЦР, при этом у исследуемых наличие ДНК-ВГВ, РНК-ВГС составило 56-76% случаев, а у медицинских работников составило 31,6%. Оценивая результаты исследования РНК-ВГС среди групп выявили, что у лиц переливавшим кровь, находящимся на гемодиализе и со злокачественными новообразованиями частота инфицирования составило 32-52,4%, у лиц перенесших операцию, заболеваниями крови и медицинские работники частота инфицирования составило 17,5-24%. Процент инфицирования ДНК-ВГВ у лиц перенесшие операции и заболеваниями крови составил 37-40%, а у остальных групп 14,1-24%. Таким образом, метод ПЦР выявлял ДНК-ВГВ и РНК-ВГС более 50% у исследуемых групп. РНК-ВГС чаще встречается у лиц переливавшим кровь, находящимся на гемодиализе и со злокачественными новообразованиями, а ДНК-ВГВ у лиц перенесшие операции и заболевания крови. Результаты полученных исследований показали нам о целесообразности проведения в два этапа скрининга по выявлению вирусного гепатита В и С в целевых группах риска.

Список литературы

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and Case Management. Atlanta, GA : 2005
2. Koziel MJ, Siddiqui A. Hepatitis B virus and hepatitis delta virus. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, Principles and Practice of Infectious Diseases.
3. Perrillo RP, Aach RD. The clinical course and chronic sequelae of hepatitis B virus infection. Seminars in liver disease 1981;15-25

4. Clinical and Laboratory Standards Institute. Protection of laboratory Workers from Occupationally Acquired Infections: Approved Guideline- Third edition. Wayne ,PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2005

5. Sehulster LM, Hollinger FB, Dreesman GR, Immunological and biophysical Alteration of Hepatitis B virus Antygens by sodium Hypochlorite Disinfection, 1981, 42

6. Гуморальный вирусспецифический иммунитет у пациентов с естественным течением хронического гепатита С/Л.И. Николаева//Гепатит С (Российский консенсус). 2000, 26-27 сентября. -С.106-108.

7. Таточенко В. К., Озерещковский Н. А. и др.. Иммунопрофилактика-2003. Справочник — 6-е изд. Москва, Серебряные нити, 2003. — 176 с.

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ И ОТЕКОМ КВИНКЕ

З.Н.Карамендина

Региональный диагностический центр, г. Алматы

Созылмалы есекжеммен және Квинке ісігімен ауырған науқастардағы иммундық мәртебе

З.Н. Карамендина

Түйін Асқазан-ұлтабар аймағының *Helicobacter pylori* мен ұқсастырылған ауыруларының созылмалы есекжеммен және Квинке ісігімен ауырған науқастар арасында таралуының жоғары болуы созылмалы есекжем туралы тезисті, *Helicobacter pylori* инфекциясы тудырған псевдоаллергоз туралы етіп тұжырымдауға мүмкіндік берді. Созылмалы есекжеммен ауырғандар мен дерматоз көрініс жоқ НР-позитивті адамдардағы лимфоциттердің субпопуляциялық құрамы мен цитокиндік мәртебесін зерттеу CD3+, CD4+, субпопуляциясының шынайы жоғарылайтындығын және асқынудан кейінгі ИЛ-1β, ИЛ-2, γ-ИФН цитокиндерінің жоғарылануының артатындығын көрсетті. Бұл өзгерістерді есекжемнің және Квинке ісігінің созылмалы формаларымен ауырғандардың арасында айқын патогендік әлеуеті бар CagA-позитивті НР штаммдардың жоғары таралымдылығымен түсіндіруге болады.

Түйінді сөздер: есекжем, Квинке ісігі, *Helicobacter pylori*, лимфоциттердің субпопуляциясы, цитокиндер, 1β-интерлейкин, интерлейкин-2, γ-интерферон.

Immune status of patients with chronic urticaria and angioedema

Z.N. Karamendina

Abstract High prevalence of diseases of gastroduodenal zones, associated with *Helicobacter pylori*, among patients with chronic urticaria and angioedema has allowed formulating the thesis about chronic urticaria, as pseudoallergosis, caused by infection *Helicobacter pylori* (HP). Research of subpopulation structure of lymphocytes and cytokine status of patients with chronic urticaria and HP – positive persons without displaying dermatosis has revealed authentic increase of subpopulations CD3+, CD4+ and increase of concentration proinflammatory cytokine interleukine - 1β, interleukine - 2, γ-interferon of patients with chronic forms of urticaria. The given changes can be explained by high prevalence among patients with chronic forms of urticaria and angioedema CagA-positive HP stocks, possessing expressed pathogenic potential.

Key words urticaria, angioedema, *Helicobacter pylori*, subpopulation of lymphocytes, cytokines, interleukine - 1β, interleukine-2, γ-interferon.

Ведущее место в структуре аллергических заболеваний занимают аллергодерматозы [1,2,3]. Так, по данным обращаемости пациентов в научно-консультативное отделение Института иммунологии Минздрава РФ, среди аллергических поражений кожи ведущее место (52,3% случаев) занимает хроническая крапивница, распространенность которой

постоянно растет [4,5]. Торопова Н.П., 2000 г. отмечает, что около 18-20% населения хотя бы раз в жизни имели один эпизод крапивницы [6].

У больных хроническими формами крапивницы и отеком Квинке существенно снижается качество жизни ввиду косметических проблем, сильного зуда и высокого уровня тревожности, т. к. больные постоянно ожидают появления волдырей, совершенно не представляя при этом причин их появления.

Многолетние исследования Калимолдаевой С.Б. позволили ей обосновать тезис о хронической крапивнице как о псевдоаллергозе, в развитии которого ведущую роль играет хеликобактерная инфекция [9,10,11].

В качестве доказательств она приводит следующие: высокую распространенность диспепсической симптоматики и НР-ассоциированной органической патологии гастроудоденальной зоны у больных хронической крапивницей и отеком Квинке и полное исчезновение эпизодов крапивницы у данной категории больных после эрадикации возбудителя.

Известно, что хеликобактерная инфекция является самой распространенной инфекцией на Земле. Считается, что 50-60% населения земного шара инфицировано НР, а в развивающихся странах уровень инфицированности еще выше [12,13]. Так, в странах СНГ и в частности в Казахстане он достигает 80-90% [14]. Известно, что НР вызывает у подавляющего большинства инфицированных лиц самый широкий спектр гастроинтестинальной патологии от хронического гастрита и язвенной болезни до мальтом и рака желудка. В то же время крапивница и отек Квинке возникают далеко не у всех НР-инфицированных лиц. По всей видимости, в развитии псевдоаллергоза имеют значение те или иные особенности иммунологической реактивности организма, инфицированного НР.

Основной целью настоящего исследования явилось изучение иммунного статуса НР-инфицированных больных хронической крапивницей и отеком Квинке и НР-позитивных лиц без проявлений дерматоза.

Материалы и методы

Обследовано 68 больных с хронической крапивницей и отеком Квинке в возрасте от 18 до 56 лет, 30 практически здоровых НР-негативных лиц (контроль 1) и 31 человек аналогичного возраста с персистенцией хеликобактерной инфекции, но без проявлений крапивницы (контроль 2).

У всех больных проводили общеклинический анализ крови (для оценки уровня эозинофилии), определяли уровень общего IgE методом ИФА с использованием коммерческих систем

производства «Вектор-Бест», Новосибирск; Всем обследуемым проводился популяционный и субпопуляционный анализ состава лимфоцитов методом проточной цитофлуориметрии («Becton Dickinson») с идентификацией клеток CD3+ (зрелые Т-лимфоциты), CD 4+ (Т-хелперы), CD 8+ (цитотоксические Т-лимфоциты), CD 16+(натуральные киллеры). Оценку продукции цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИФН- γ проводили в сыворотке крови иммуноферментным методом («Вектор-Бест», Новосибирск). Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 5.0». Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Уровень эозинофилов в пределах 1-5% наблюдался у 40,2% больных, 6-10% - у 43,4%; 11-15% - у 10,3%; более 15% - у 6,1% больных хронической крапивницей и отеком Квинке. У лиц контрольной группы абсолютное и относительное содержание эозинофилов было в пределах возрастной нормы. Концентрация общего иммуноглобулина E (IgE) у больных хронической крапивницей и отеком Квинке колебалась от 400-6000 МЕ/мл (56,3%), 1000 МЕ/ мл и более (14,1%), в то время как у лиц контрольной группы этот показатель не превышал нормативные показатели (до 100 МЕ/мл).

Сравнительный анализ относительного и абсолютного количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3+) выявил статистически значимое повышение их количества по сравнению с лицами контрольной группы 1 (НР-негативные практически здоровые лица) как в группе больных хронической крапивницей, так и среди лиц контрольной группы 2 (НР-позитивные лица без проявлений крапивницы). Рост количества зрелых Т-лимфоцитов у больных хронической крапивницей реализуется, в основном за счет популяции Т-хелперов (CD4+), абсолютное количество которых у данной категории больных было достоверно выше, чем у лиц контрольной группы.

По всей видимости, функциональная неполноценность Т-лимфоцитов, сопровождающая их количественный рост, обуславливает снижение микрообидности фагоцитов, и воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, инфицированной НР, принимает торпидное течение. Это связано с тем, что фагоциты не просто «чистильщики», но и мощный инструмент реализации воспаления и перехода его в хроническую форму [14].

Статистически значимых различий в уровне цитотоксических Т-лимфоцитов и натуральных киллеров у больных хроническими формами крапивницы и отека Квинке в сравнении с показателями лиц контрольных групп 1 и 2 обнаружено не было.

Известно, что индуцированные Th2-реакции оказывают благоприятный эффект на течение хеликобактерной инфекции, являющейся экстрацеллюлярным патогеном, уменьшая количество бактерий в слизистой оболочке желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [15]. Некоторые авторы отмечают активацию Th1-реакции у больных хронической крапивницей, что можно объяснить высокой распространенностью у данной категории больных воспалительно-деструктивных поражений СОЖ и ДПК.

Возможно, активация Th1 связана с ответом на гиперпродукцию ИЛ-18 эпителиоцитами антрального отдела желудка при персистенции НР [16] или синтезом макрофагами ИЛ-12 [15].

Нельзя исключить возможность инвазии НР внутри эпителиоцитов, часто наблюдающуюся при деструктивных процессах в СОЖ и ДПК, что запускает активацию Th1-лимфоцитов, действие которых направлено против интрацеллюлярных патогенов. Данный факт подтверждается исследователями, описавшими наличие НР в собственной пластинке СОЖ. Уреаза, липополисахариды НР и др. воспалительные белки проникают через СОЖ, но антигены НР, по всей видимости, остаются «не презентированными» иммунным клеткам [17].

При определении цитокинового статуса концентрация сывороточного ИЛ-2 у больных хронической крапивницей составила $350,6 \pm 150,08$ пг/мл, у НР-позитивных лиц без проявлений дерматоза $315,6 \pm 103,6$ пг/мл, что в обоих случаях достоверно выше уровня ИЛ-2 лиц контрольной группы ($84,3 \pm 25,30$ пг/мл). Повышенные концентрации ИЛ-2 можно объяснить стимулирующим действием ферментов НР на продукцию провоспалительных цитокинов – ИЛ-16, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8 [18].

Наиболее значимыми у больных хронической крапивницей были изменения концентрации ИЛ-1 β и γ -интерферона. Так, концентрация ИЛ-1 β у больных хронической крапивницей составила $425,31 \pm 126,1$ пг/мл, у НР-позитивных лиц без проявлений крапивницы – $331,6 \pm 104,2$ пг/мл, в то время как у лиц контрольной группы 1 она составила $84,3 \pm 21,6$ пг/мл.

Уровень ИФН- γ был также максимальным у больных хронической крапивницей, среди которых часто встречались деструктивные изменения СОЖ и ДПК ($450,2 \pm 137,6$ пг/мл). У лиц с персистенцией НР, но без проявлений дерматоза, он был значительно ниже ($204,6 \pm 97,3$ пг/мл), но и эта концентрация

была достоверно выше, чем в контрольной группе 1. Данный факт можно объяснить инфицированием СаgА-позитивным штаммом НР больных хронической крапивницей с эрозивно-язвенным поражением слизистой оболочки гастроудоденальной зоны, т.к. СаgА-антиген индуцирует выработку провоспалительного пула цитокинов.

Таким образом, CD4+ лимфоциты и макрофаги, инфильтрирующие СОЖ, а также эпителиоциты вырабатывают преимущественно провоспалительные цитокины – ИЛ-1, ИЛ-2, ИФН- γ и др., что поддерживает воспалительную реакцию в инфицированной НР слизистой оболочке желудка.

Саg А+ штаммы НР, встречающиеся чаще у больных с хронической крапивницей, вызывают более активную инфильтрацию НР слизистой оболочки желудка и соответственно более активную продукцию провоспалительных цитокинов.

Таким образом, цитокины ИЛ-1 β , ИЛ-2, ИФН- γ дополнительно поддерживают хроническую воспалительную реакцию, которая хотя и имеет защитное значение, в конечном итоге, разрушает не микробные агенты, а ткань. В результате повышается трансэпителиальная проницаемость, что ведет к ускоренному прохождению аллергенов. А это, в свою очередь, может простимулировать IgE-опосредованный ответ, и как следствие возникают кожные проявления крапивницы.

Главным итогом настоящего исследования, позволяющего провести соответствующие клинико-иммунологические параллели между инфекцией *Helicobacter pylori* и формированием хронических форм крапивницы и отека Квинке, является перспектива эффективного и кардинального лечения дерматоза.

Литература:

1. Pigatto P., Valsecchi R. Chronic urticaria: a mystery // *Allergy*. – 2000. – Vol.55. - №3 – p. 306-308.
2. Weston W., Badgett T. Urticaria // *Pediatr. Rev.* – 1998. – Vol. 19. - №7. – p. 240-244.
3. Сидоров А.Д., Логвиненко А.С., Шумилова Е.А. Антигистаминный препарат кларитин (лоратадин) и специфическая химиотерапия в комплексном лечении крапивницы, ассоциированной с описторхозом // *Иммунология*. – 2002. - №4 – с. 211-215.
4. Лусс Л. В. Диагностика и лекарственная терапия аллергодерматозов // *Тер. архив*. – 1998. - №3 - с. 74-77.
5. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В. Экологическая иммунология – М. – 1995. – с. 178-205.
6. Торопова Н.П. Лечение крапивницы у детей и подростков // *Consilium medicum* – 2000. – Экстра-вып. – с. 14-15.
7. Beltrani V.S. Urticaria and angioedema // *Dermatol. Clin.* – 1996. – Vol. 14. – p.171-198.
8. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомова А.В. Аллергические заболевания. – М.: Медицина. – 1992. – 268 с.
9. Калимолдаева С.Б. Инфекция *Helicobacter pylori* – патогенетический фактор не только заболеваний гастроудоденальной зоны // *Гиг., эпидемиол. и иммунобиол.* – 2006. - №2. – С. 105-111.
10. Калимолдаева С.Б. Состояние верхних отделов пищеварительного тракта у больных с различными вариантами хронической рецидивирующей крапивницей. // *Медицина* – 2005. - №42. – с.68-72.
11. Калимолдаева С.Б. Медикаментозная терапия хронической крапивницы // *Фарм. бюллетень*. – 2007. - №3-4.
12. Hauss R. Das Bacterium *Helicobacter pylori* // *Arzt und Zahnarzt Naturheilerfahren (AZN)*. – 2001. - №1. – S. 30-32.
13. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. М.: Триада – Х. – 1998. – 496 с.
14. Жангабылов А.К., Есназарова Г.С., Маширова Т.Н., Курмангалиева С.С., Сулейменов А. С. Проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения *Helicobacter pylori* при заболеваниях органов пищеварения в Центральной Азии (Казахстан) // *Лаб. диагностика*. – 2006. - №5. – С. 4-6.
15. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. – М.: Медицина. – 2002. – 168 с.
16. Suerbaum S., Michetti P. *Helicobacter pylori* infection // *NEJM*. – 2002. – October 10. – Vol. 347. - №15. – p.1175 – 1186.
17. Tomita T., Jackson A.M., Hida N. et al. Expression of interleykin – 18, a Th 1 citokine, in human gastric mucosa is increased in *Helicobacter pylori* infection // *I. Infect Dis.* – 2006. – Vol. 183 – p.620-627.
18. Андерсен Л., Норгард А. Клеточный иммунный ответ организма на инфекцию *Helicobacter pylori* // *Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 1999. - №2. – с.22-25.
19. Yamakava V., Kita M., Kodama T., Sawai N., Kashima K., Imanishi I. Expression in gastric mucosa with *Helicobacter pylori* infection // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1997. – Vol. 41. – p. 442-451.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ИФА И ПЦР) ИНФЕКЦИИ HELICOBACTER PYLORI

К.А. Абылкасымова

Региональный диагностический центр, г. Алматы

HELICOBACTER PYLORI ҰҚСАСТАНДЫРУ ҮШІН ИФА ӘДІСІНІҢ ЖӘНЕ ПТР ӘДІСІНІҢ СЕЗІМТАЛДЫЛЫҒЫН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

К.А. Абылкасымова

Тұжырым Асқазанның антральды бөлігіндегі биоптатта *Helicobacter pylori* ДНҚ анықтау кезінде полимеразды тізбекті реакция (ПТР) әдісінің сезімталдылығы, HP IgG класының антителін қатты фазалы ИФА әдісі арқылы анықтау кезінен де жоғары болып көрінді.

Бірақ кей жағдайда ИФА-тесті, ПТР-әдісі оң нәтижесін беруімен қоса, материалды жинап-зерттеу барысында жіберілген қателердің салдарынан теріс нәтиже де берді.

Comparative analysis of sensitivity of IFA method and polymerase chain reaction method for identification of Helicobacter pylori

К.А. Абылкасымова

The sensitivity of polymerase chain reaction (PCR) method at determination of *Helicobacter pylori* DNA in biotates of antral part of stomach appeared to be higher in comparison with determination of antibodies of IgG class to HP by solid phase IFA method.

At the same time, in some cases at presence of positive result of IFA-test, PCR-method gave a negative result that may be explained by errors admitted at material take.

В настоящее время считается, что около 50-70% населения земного шара инфицировано бактерией *Helicobacter pylori* (HP) [1,2,3]. В развивающихся странах уровень инфицированности HP среди населения выше, в частности, в странах СНГ, в т.ч. в Казахстане, он достигает 80-90% [4,5].

Helicobacter pylori – это небольших размеров спиралевидная бактерия, обладающая высокой степенью подвижности. Она была впервые обнаружена в слизистой оболочке желудка собак в 1874 г. G.Bottcher. Далее Kreinitz (1906 г.) зафиксировал наличие спиралевидных бактерий в слизистой оболочке желудка человека при аутопсии, он же привел и первые эпидемиологические данные – у 40% людей в слизистой оболочке желудка имеются «спирохеты».

В 2005 году австралийские ученые J.R. Warren и B.J. Marshall были удостоены Нобелевской премии за выдающийся вклад в гастроэнтерологию: они впервые описали неидентифицированные спиралевидные бактерии в биоптатах желудка и доказали их связь с антральным гастритом и пептическими язвами (1983 г.). В 1984 г. B.J. Marshall и S. Goodwin впервые получили культуру спиралевидных бактерий и назвали их *Campylobacter piloridis*, которые в 1989 г. были окончательно идентифицированы и получили название *Helicobacter pylori*. Но ради исторической справедливости надо сказать, что еще в 1913 г. датский ученый J. Fibiger впервые получил экспериментальную модель рака желудка на мышах при кормлении их питательной смесью, содержащей бактерии. Этим бактериям он дал название «*Spiroptera carcinoma*» [6]. За серию этих работ в 1927 г. он был удостоен Нобелевской премии. Через 80 лет – в 1994 г. Международное агентство по изучению рака (IARC) признает бактерию *Helicobacter pylori* канцерогеном первого порядка, т.е. патогеном, имеющим безусловную связь с возникновением рака желудка.

До исследований Warren и Marshall считалось, что в кислой среде желудка микроорганизмы существовать не могут. Но HP синтезирует фермент уреазу, которая расщепляет мочевины желудочного сока на аммиак и бикарбонат, образуя тем самым активную щелочную среду, которая формирует защитную оболочку вокруг бактерии. Дополнительный фактор, обеспечивающий выживание бактерии – ее высокая подвижность, позволяющая ей быстро внедряться в слизистую оболочку желудка, где она затем закрепляется благодаря сродству к антигенам эпителиальных клеток, расположенных на поверхности стенок желудка (Lewis-B-antigen), концентрация которых максимальна у людей с IV группой крови. HP синтезирует цитокины, которые вместе с аммиаком оказывают повреждающее действие на слизистую оболочку желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и ведут к возникновению в них хронического воспалительного процесса. При этом происходит значительное снижение секреции желудочного сока.

Последствия жизнедеятельности бактерии зависят от места ее преимущественной локализации. Если бактерии локализованы в области перехода желудка в двенадцатиперстную кишку, то возникает гастрит с повышенным кислотообразованием, что предотвращает дальнейшее распространение инфекции, но способствует возникновению язвы двенадцатиперстной кишки. Локализация HP в других отделах желудка приводит к снижению кислотности желудочного содержимого и к быстрому размножению бактерий, что вызывает атрофический гастрит и, в

конечном итоге, может привести к раку желудка. Многочисленные исследования подтверждают тот факт, что смертность от рака желудка находится в прямой зависимости от степени заражения СОЖ *Helicobacter pylori* [7].

Первичное инфицирование происходит, как правило, в раннем детском возрасте при контакте с HP-инфицированными лицами в детском саду или в семье.

В настоящее время установлено, что 90% гастритов и практически 100% случаев язвы двенадцатиперстной кишки и 70% язвы желудка вызваны *Helicobacter pylori* [8,9].

В связи с широкой распространенностью инфекции, патогенетической ролью в возникновении заболеланиям гастродуоденальной зоны, онкогенным потенциалом весьма актуальной остается проблема своевременной диагностики инфекции *Helicobacter pylori*.

Основные методы диагностики HP можно разделить на инвазивные и неинвазивные. К инвазивным относятся методы, требующие эзофагогастродуоденоскопии, т.к. материалом для исследования служат биоптаты СОЖ и ДПК.

Неинвазивными являются методы, не требующие эндоскопического обследования, например, серологические методы. Но назвать их неинвазивными можно условно, т.к. они требуют такой «инвазивной» процедуры как забор крови.

Целью нашего исследования явилось сравнение чувствительности метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) определения ДНК *Helicobacter pylori* в биоптатах антрального отдела желудка (инвазивный молекулярно-генетический метод) и твердофазного ИФА – метода определения антител класса JgG к *Helicobacter pylori* (неинвазивный серологический метод).

Нами было обследовано 52 больных с хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта в возрасте от 18 до 46 лет. В 92,8% случаев были выявлены органические заболевания гастродуоденальной зоны, у 7,2% изменения носили функциональный характер. У 36,1% больных были обнаружены эрозивно-язвенные изменения СОЖ и ДПК. В большинстве случаев патология СОЖ и ДПК носила сочетанный характер (гастродуодениты составили 83,4% от общего количества обследованных). У 46,2% больных также зафиксированы моторно-эвакуаторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта.

Всем обследуемым было проведено эндоскопическое обследование методом эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией слизистой оболочки антрального отдела желудка и последующим исследованием биоптатов на наличие ДНК *Helicobacter pylori* методом ПЦР («Амплиценс», Россия) и определение антител класса JgG в венозной крови методом твердофазного ИФА («Organics», Израиль).

В результате проведенного исследования пилорический хеликобактериоз, по результатам ПЦР – метода, зафиксирован у 91,7% обследуемых, по данным же ИФА – метода инфицированность HP составила 78,6% от общего количества обследованных лиц.

Высокая специфичность метода полимеразной цепной реакции, за разработку которого Кэрри Муллис (1983 г.) получил Нобелевскую премию, обусловлена тем, что в исследуемом материале выявляется уникальный, характерный только для данного возбудителя, фрагмент ДНК, что исключает возможность ложноположительных результатов, как например, при серологических исследованиях в связи с перекрестно-реагирующими антигенами. Метод ПЦР – высокочувствительный метод, позволяющий обнаруживать даже единичные клетки бактерий в пробе. Чувствительность ПЦР – анализа составляет от 10 до 1000 клеток в пробе.

Единственным недостатком метода можно считать необходимость проведения эндоскопического исследования, на которое соглашаются не все пациенты, и которое само по себе не исключает возможности инфицирования пациентов HP ятрогенным путем при недостаточной дезинфекции эндоскопов. В этом плане, иммуноферментный анализ – наиболее подходящий метод для эпидемиологических исследований и скрининга.

Нами были использованы тест-системы «Иммунокомб» фирмы «Organics» (Израиль) для проведения твердофазного ИФА с целью определения антител класса JgG к HP. Несмотря на более низкую чувствительность метода по сравнению с ПЦР – методом в связи с встречающимися случаями отсутствия антител к HP при наличии возбудителя, ИФА – метод имеет и определенные преимущества: он менее травматичен и исключает возможность ятрогенного заражения пациентов. Помимо вышеперечисленных преимуществ, технологии фирмы «Organics» являются оригинальными разработками, позволяющими осуществлять быструю точную бесприборную диагностику инфекционных заболеваний.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 4 обследуемых с отрицательными результатами ПЦР – теста, антитела к НР были обнаружены по результатам ИФА. Ложноотрицательные результаты ПЦР-анализа в данном случае могут быть связаны с тем, что на исследование попадают биоптаты, где нет НР. Так, известно, что НР колонизирует только эпителий желудочного типа, и если в биоптате преобладает кишечная метаплазия, НР обнаружена не будет. НР также не встречается в краях язвы желудка и ДПК. Под влиянием ингибиторов протонных помп, НР может смещаться из антральных отделов в тело желудка. Для избежания ложноотрицательных результатов можно рекомендовать множественную (5-7 биоптатов) биопсию [10]. Но для контроля эффективности эрадикации НР серологическая диагностика инфекции *Helicobacter pylori* неприемлема, т.к. наличие антител НР может носить следовый характер. Количественный ИФА также не может являться критерием эффективности лечения, т.к. известно, что через 6 месяцев после эрадикации возбудителя титр антител уменьшается как при успешном лечении, так и при персистенции инфекции. Таким образом, сравнительный анализ чувствительности ПЦР – метода и твердофазного ИФА для идентификации *Helicobacter pylori* подтвердил высокую диагностическую ценность обоих методов. Наличие ложноотрицательных результатов позволяет рекомендовать дополнительное назначение ПЦР – анализа при отрицательных результатах серологического исследования у больных с клинической симптоматикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Malfertheiner P., Michetti H., Price A. *Helicobacter pylori*. An Atlas – L.: Sci. Press Ltd, 1966.- 48 p.
2. Warren J.R. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis.- Lancet.- 1983.- i.- p.1273.
3. John Calam. Clinicians Guide to *Helicobacter pylori*.- L.: Chapman Hall.- 1966.- 182 p.
4. Чуков С.З., Морозов И.А., Пасечников И.Д. Клинико-морфологические и молекулярно-генетические сопоставления при патологии желудка, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. – Росс. Журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2001.-№2.-С.21-24.
5. Жангабылов А.К., Есназарова Г.С., Мамирова Т.Н., Курмангалиева С.С., Сулейменова А.С. Проблемы эпидемиологии, диагностики и лечения *Helicobacter pylori* при заболеваниях органов пищеварения в Центральной Азии (Казахстан).- Лабораторная диагностика.- 2006.-№5.- С. 4-6.
6. Баранская Е.К. История открытия *Helicobacter pylori* – Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1999.-№4.-С.61-65.
7. Hauss R. Das Bacterium *Helicobacter pylori*.- Arzt – Zahnarzt Naturheil – verfahren (AZN).-2001.-№1.-С.30.
8. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А.Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника.- Триада X.- М.- 1998.-483 с.
9. *H. pylori* resistance and management strategies – World Congress of Gastroenterology.- Montreal.-2005.
10. Лапина Г.Л.Основные принципы лабораторной диагностики *Helicobacter pylori* - Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.- 1999.-№2.-С.41-44.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

*С.Б. Калимолдаева, Д.М. Нурадилова, З.Н. Карамендина
Региональный диагностический центр, г. Алматы*

Әйелдердің кіші жамбас мүшесінің ісініп ауыруының иммунологиялық реактивтік көрсеткіші

Д.М. Нурадилова, С.Б. Калимолдаева

Түйін Репродуктивті жастағы 112 әйелді зерттеу кіші жамбас мүшелерінің ісініп ауыруы жыныс жолы арқылы берілетін классикалық індетің этиологиялық факторы негізінде анықтады (хламидиоз, урогенитальдық микоплазмоздар, бактериальқ вагиноз, трихомониаз, кандидоз).

ЖҰАБІ диагностикасы кезінде кешенді зертханалық әдістер қолдану қажет (ИФА, ПЦР, культуралды әдістер).

Бала туу жасындағы 112 әйелдің кіші жамбас мүшесінің ісініп ауыруындағы кешенді иммуналдық зерттеу нәтижесі қарастырылған. Кіші жамбас мүшесінің ісініп ауыруынан азаптанатын көмілеттік жастағы Әйелдердің Т-лимфоциттер сандарының азаюынан және фагоциттарлық реакциясының өзгеруіне байланысты.

Түйінді сөздер кіші жамбас мүшелерінің ісініп ауыруы, иммунологиялық реактивтік көрсеткіш.

Immunological reactivity in the women presenting with Pelvic inflammatory disease

D.M. Nuradilova, S.B. Kalimoldayeva

Abstract The investigation among 112 women of reproductive age with Pelvic inflammatory disease discovered the classic sexually transmitted infections, as a major etiological factor (clamidiosis, mycoplasmosis, gardnerellosis, trichomoniasis, candidosis).

For diagnostics of sexually transmitted infections may be used the complex of laboratory methods (IPHA, PCR, Cultural method).

The results of complex immunological examination among 112 women of reproductive age with Pelvic inflammatory disease are represented in the article. The most valuable were the modifications of phagocytosis reaction and decrease the number of mature T-lymphocytes among women with Pelvic inflammatory disease.

Key words pelvic inflammatory disease, immunological reactivity

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) ввиду чрезвычайно широкого распространения и опасности для репродуктивного здоровья женщин представляют значительную медико-социальную и экономическую проблему. В настоящее время ВЗОМТ определяют как группу самостоятельных нозологических заболеваний верхних отделов репродуктивного тракта, как изолированных, так и включающих в себя любую комбинацию кольпита, эндометрита, сальпингита, оофорита, tuboовариального абсцесса и тазового перитонита

[1,2]. Некоторые исследователи включают в перечень ВЗОМТ также параметрит, пиосальпинкс и даже экстрагенитальные проявления (перигепатит) [3,4].

К наиболее серьезным осложнениям ВЗОМТ, помимо tuboовариального абсцесса и пельвиоперитонита, относятся трубное бесплодие, привычное невынашивание беременности и внематочная беременность.

Отмеченный в последнее время во всем мире, в т.ч. и странах СНГ рост заболеваемости населения воспалительными заболеваниями репродуктивных органов связывают с возросшей миграцией населения, процессами урбанизации, изменением норм морали и проституцией [5,6,7,8].

Многие современные исследователи рассматривают ВЗОМТ как дебют большинства гинекологических заболеваний. Так, по мнению Серова В.Н. [9], хронический воспалительный процесс в половых органах способствует развитию эндометриоза, миомы матки, гиперпластических процессов, бесплодия, привычного невынашивания беременности, неопластических заболеваний шейки матки.

Как известно, в основе развития любого воспалительного процесса лежит взаимодействие этиологического фактора (микроорганизм) и иммунологической реактивности человека (макроорганизм). Инфекционный агент попадает изначально в вульву и влагалище преимущественно половым путем, далее поднимается восходящим путем и поражает матку и ее придатки.

До недавнего времени считалось, что ведущую роль в развитии ВЗОМТ играют представители семейства Enterobacteriaceae (в основном *E.coli*) и стафилококки, реже – бактероиды, клостридии, пептострептококки и др. [10]. Согласно результатам последних исследований, при наличии хронического воспалительного процесса в различных отделах половой системы женщин основным этиологическим фактором являются возбудители инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Так, по данным некоторых авторов, у женщин с ВЗОМТ в 70% случаев были отмечены хламидийная и уреоплазменная инфекции, а в случае бесплодного брака в половых путях супругов практически всегда можно обнаружить хламидии и/или уреоплазмы [11].

Актуальной остается проблема урогенитального трихомониаза, который зачастую представляет собой смешанный протозойно-бактериально-грибковый процесс. Трихомонады способны фагоцитировать, но не всегда переваривать практически все возбудители инфекций, передаваемых половым путем. Таким образом, возникает их интратрихомонадная персистенция,

облегчается транспорт инфекции вверх и вглубь, в т.ч. и лимфогенным путем, что представляет определенные трудности как в плане диагностики, так и в плане лечения ИППП.

Наряду с микробным фактором в распространении воспалительного процесса имеют значение и провоцирующие факторы. К ним относятся физиологические (менструации, роды), искусственные (аборты, внутриматочная контрацепция, гистероскопия, гистеросальпингография, операции, ЭКО), ослабление барьерных механизмов шейки матки и общего состояния организма (анемия, ожирение, сахарный диабет, метаболический синдром и др.).

В последнее время в распространении ВЗОМТ играют роль также социальные и поведенческие факторы, отрицательно отражающиеся на состоянии иммунной системы женщин. К социальным факторам можно отнести хронический стресс, низкий уровень жизни, хронический алкоголизм, табакокурение, наркоманию. К поведенческим факторам относятся ранее начало половой жизни, случайные половые связи, нетрадиционные формы половых контактов (орогенитальный, анальный), половые отношения во время менструаций и др.

Цель исследования - изучение иммунологической реактивности у женщин репродуктивного возраста, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Материал и методы

Было обследовано 112 женщин с ВЗОМТ в возрасте от 20 до 43 лет. Общеклиническое обследование включало данные анамнеза, результаты объективного осмотра. С целью уточнения субъективной симптоматики проводилось анкетирование.

У всех обследованных были взяты мазки из половых путей с последующей микроскопией мазков, окрашенных по Граму.

Для диагностики урогенитального хламидиоза использовали твердофазный ИФА («Вектор-Бест», Новосибирск), метод полимеразной цепной реакции («Амплисенс», Москва). Трихомоноз, гарднереллез диагностировали ИФА-методом («Вектор-Бест», Новосибирск) и ПЦР («Амплисенс», Москва). Для определения *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* использовался культуральный экспресс-метод «Микоплазма Дуо» («Bio-Rad», Франция-США), позволяющий идентифицировать *U. urealyticum* по ее способности метаболизировать мочевину и *M. hominis* – по способности метаболизировать аргинин. Забор материала производился с помощью гистологического тампона (соскобы из уретры, эндоцервикального канала и влагалища). Тампон погружался в транспортную среду и тщательно ополаскивался.

Учитывая широкую распространенность антибиотикорезистентных штаммов *U. urealyticum* и *M. hominis*, при положительных результатах теста проводился дополнительный тест «Микоплазма СИР» («Bio-Rad», Франция-США), позволяющий определять чувствительность урогенитальных микоплазм к 8 антибиотикам из групп фторхинолонов, макролидов, тетрациклинов.

Всем женщинам с ВЗОМТ (основная группа, n=112) и практически здоровым женщинам-донорам аналогичного возраста (контрольная группа, n=50) проводилось комплексное иммунологическое обследование, включающее определение следующих показателей: фагоцитарной активности нейтрофилов, фагоцитарного числа и индекса завершенности фагоцитоза, концентрации циркулирующих иммунных комплексов, исследование субпопуляционного состава лимфоцитов (проточная цитофлуориметрия, «Fax Calibur», Becton Dickinson, Бельгия), определение концентрации сывороточных иммуноглобулинов класса А,М,Г (нефелометрия, «Cobas Integra», Швейцария).

Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 5.0». Различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

Жалобы на периодические тянущие боли внизу живота предъявляли 85 женщин (75,9%), дискомфорт в уретре испытывали 36 женщин (32,1%), учащенное мочеиспускание отмечали 32 женщины (28,6%), обильные выделения беспокоили 29 женщин (25,9%).

Число половых партнеров за время половой жизни не более 4 у всех обследованных. В гинекологическом статусе отмечены патология шейки матки (цервицит, эрозия) у 92 женщин (82,1%), хронический сальпингофорит у 101 женщины (90,1%), эндометрит у 36 женщин (32,1%), дисфункция яичников у 24 женщин (21,4%).

Результаты микроскопического исследования мазков на степень чистоты влагалища показали, что у всех 112 женщин, принявших участие в обследовании, имели место нарушения микрофлоры, причем в большинстве случаев отмечались микст-инфекции. Так, бактериальный вагиноз (гарднереллез) сочетался с кандидозом у 31,2% обследуемых женщин, у 8,8% имело место сочетание *Candida albicans* с *Leptotrichum*.

Как видно из вышеизложенного, микроскопия мазков неинформативна в отношении большинства возбудителей классических ИППП. Это связано, прежде всего, с колебаниями

рН среды и последствиями нерациональной антибиотикотерапии, в результате которой микроорганизмы утрачивают свои типичные морфологические признаки [12,13,14]. Так, типичные формы урогенитальных трихомонад (грушевидная, амебодная и округлая) встречаются в настоящее время довольно редко. Например, Клименко Б.В. и соавторы в выделениях из уретры у мужчин и из влагалища у женщин наблюдали округлые, неподвижные образования без жгутиков и ундулирующей мембраны, по внешнему виду неотличимые от эпителиальных клеток хозяина [15].

Такой широко распространенный возбудитель, как *Chlamydia trachomatis*, идентифицировать микроскопически практически невозможно вследствие ее внутриклеточного существования. Урогенитальные микоплазмы также недоступны для диагностики при помощи микроскопического исследования т.к. они не имеют типичной клеточной стенки [16].

Самой частой инфекцией, диагностированной у женщин с ВЗОМТ, был кандидоз (59,8%). Хламидиоз был диагностирован методом ИФА у 21,3% женщин, в то же время результаты ПЦР-теста в этой группе были положительными только у 17,4% женщин. Аналогичная ситуация наблюдалась при диагностике трихомоноза: в то время, когда диагностические титры антител к *Trichomonas vaginalis* определялись у 30,3% обследованных, ПЦР-анализ выявил наличие возбудителя только в 4,6% случаев. Бактериальный вагиноз также определялся значительно чаще методом ИФА (19,3%). Микроскопически гарднереллы обнаруживались в 17,9% случаев, ПЦР-методом только в 10,3% случаев.

Снижение эффективности выявления возбудителей ИППП при помощи полимеразной цепной реакции, по всей видимости, обусловлено широким распространением генитального кандидоза, месторасположением возбудителей в подслизистом слое (забор материала осуществляется посредством соскоба слизистых оболочек уретры и цервикального канала), распространением инфекции восходящим путем.

Обращает на себя внимание довольно высокий удельный вес микст-инфекции – у 54,6% обследованных женщин.

Набор для культивирования, идентификации и количественной оценки урогенитальных микоплазм «Микоплазма Дуо» и набор для определения чувствительности урогенитальных микоплазм к антибиотикам «Микоплазма СИР» можно считать «золотым стандартом» в диагностике урогенитальных микоплазмозов. *M. hominis* по результатам данного теста была выявлена в 12,3% случаев, *U. urealyticum* встречалась гораздо чаще (28,4%). Наиболее эффективными в плане лечения урогенитальных микоплазмозов, по данным теста «Микоплазма СИР» были препараты доксициклин (90,4%), тетрациклин (86,2%), офлоксацин (82,6%). Большинство штаммов *U. urealyticum* и *M. hominis* оказались резистентными к воздействию эритромицина и клиндамицина.

Определение иммунологических показателей у женщин с ВЗОМТ выявило достоверное снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН), т.е. удельный вес нейтрофилов, участвовавших в фагоцитозе, составил $36,84 \pm 2,31\%$, в то время, как у практически здоровых женщин этот показатель равнялся $65,30 \pm 4,80$ ($p < 0,01$).

Такой показатель, как фагоцитарное число (ФЧ), т.е. среднее количество микробов, поглощенное одним нейтрофилом, также было снижено у лиц основной группы. Значительные изменения претерпевает не только поглощательная фаза фагоцитоза, которую характеризуют вышеозначенные показатели (ФАН и ФЧ), но и переваривающая фаза фагоцитоза, т.н. индекс завершенности фагоцитоза (ИЗФ). У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов ИЗФ был меньше единицы, т.е. фагоцитарная реакция была незавершенной, что создавало условия для внутриклеточного персистирования возбудителей инфекции. При этом степень достоверности различий от показателя лиц контрольной группы была достаточно высокой ($p < 0,01$).

Было также исследован субпопуляционный состав лимфоцитов периферической крови больных ВЗОМТ и лиц контрольной группы.

Сравнительный анализ абсолютного количества зрелых Т-лимфоцитов (CD 3+) выявил статистически значимое снижение их количества у больных ВЗОМТ ($1130,40 \pm 80,61$ тыс. кл./мкл) по сравнению с лицами контрольной группы ($1681,36 \pm 90,26$ тыс. кл./мкл). Снижение количества зрелых Т-лимфоцитов у больных с ВЗОМТ реализовывалось, в основном, за счет популяции, имеющей хелперный фенотип (CD 4+), абсолютное число которых у лиц основной группы было достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы ($p < 0,001$).

Исследование субпопуляционного состава по фенотипическим маркерам лимфоцитов позволило выявить также уменьшение количества CD8+ у больных с ВЗОМТ ($391,54 \pm 20,16$ тыс. кл./мкл), что было значительно ниже ($p < 0,01$), аналогичного показателя практически здоровых женщин ($631,85 \pm 82,60$ тыс. кл./мкл).

Определение уровня NK-клеток (CD 16+) - натуральных киллеров, относящихся к клеткам врожденного иммунитета, не

выявило статистически значимых различий у обследуемых лиц обеих групп.

Исследование гуморального иммунитета включало определение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) и концентрации сывороточных иммуноглобулинов класса А, М, G. У практически здоровых женщин уровень ЦИК составил $1,02 \pm 0,03$ ед. У женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза этот показатель был значительно выше ($3,85 \pm 0,04$), что отражает выявленные у них дефекты фагоцитоза, одного из инструментов элиминации ЦИК, и активность воспалительной реакции. У больных с ВЗОМТ было также отмечено достоверное повышение концентрации сывороточного IgA ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем лиц контрольной группы. Концентрация сывороточных иммуноглобулинов М, G в обеих группах была практически идентичной.

Заключение

Уровень заболеваемости ИППП среди женщин, страдающих воспалительными заболеваниями органов малого таза, оказался довольно высоким, причем более чем у половины обследованных отмечены смешанные протозойно-бактериальные и грибковые инфекции. В большинстве случаев микроскопическое исследование гинекологических мазков отражает лишь степень активности воспаления, но не позволяет идентифицировать вид возбудителя, что может быть связано с изменением pH среды, последствиями нерациональной антибиотикотерапии, воздействием других повреждающих факторов.

Лабораторная диагностика ИППП должна осуществляться комплексно с использованием различных методов исследования (ИФА, ПЦР, культурального метода).

Ввиду широкого распространения антибиотикорезистентных штаммов возбудителей ИППП, по возможности, необходимо использовать тесты для определения чувствительности возбудителей к антибиотикам.

Для женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза были характерны следующие изменения иммунологической реактивности: нарушение поглотительной и переваривающей фаз фагоцитоза, способствующие внутриклеточному персистенции возбудителей ИППП; депрессия реакций клеточного типа - снижение количества зрелых Т-лимфоцитов, сопровождающееся дефицитом лимфоцитов с хелперным фенотипом, высокий уровень ЦИК и незначительная гиперпродукция IgA. Данные нарушения иммунологической реактивности способствуют длительному торпидному течению воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин и нуждаются в адекватной иммунокорректирующей терапии.

Литература

1. Gardo S. Inflammatory of the pelvis minor // Orv. Hetil. – 1998: 139: 36: 2115-2120
2. Qwentin R., Lancsas J. Pelvic inflammatory disease: medical treatment // Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. 2000: 92.2:189-192
3. Mann S.N., Smith J. R., Barton S.E. Pelvic inflammatory disease // Intern. J. STD AIDS. – 1996: 7: 315-321
4. Ault K.A., Faro S. Pelvic inflammatory disease. Current diagnostic criteria and treatment guidelines // Portugal Med. – 1993: 93; 2: 85-86, 89-91.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукин Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М. – 1999. – 324 с.

6. Тихонова Л.И. О состоянии заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем и мерах по их предупреждению в России // Заболевания, передаваемые половым путем. – 1997. - №4. – с. 22-26.

7. McIlhane J. Sexually transmitted infection and teenage sexuality // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 183. - №1. – P. 334-339.

8. Simms I., Stephenson J.M. Pelvic inflammatory disease Epidemiology: what do we know and what do we need to know // Sex. Trans. Inf. – 2000. - Vol. 76. – P. 80-87.

9. Серов В.Н. Современные подходы к лечению воспалительных заболеваний женских половых органов // Методич. материалы. – М. – 2003. – 48 с.

10. Савельева Г.М. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов // Акуш. и гин. – 1999. - №3. – с. 57-65.

11. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Каграманов Ж.А. Патогенетическое обоснование иммунокорректирующей терапии больных острым воспалением придатков матки // Вопр. гин. акуш. и перинатол. – 2005. – Т.4, №2. – с. 34-37.

12. Адашкевич В.П. Заболевания, передающиеся половым путем. – Витебск. – 1997. – 302 с.

13. Анчупане И.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанная трихомонадно-гонококко-хламидийные инфекции // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М. – 1992. – 17 с.

14. Pindak F.F., Da Pindak M.M., Hyde B.M., Gardner W.A. Acquisition and retention of viruses by Trichomonas vaginalis Genetourin. – Med. – 1989. – Vol. 63. - №6. – p. 366-371.

15. Клименко Б.В., Авазов Э.Р., Барановская В.Б., Степанова М.С. Трихомониаз мужчин, женщин и детей. – Русская графика. – СПб. – 2001. – 184 с.

16. Долгушина В.Ф. Диагностика, лечение воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, прогнозирование и профилактика их осложнений у беременных // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. – Харьков. – 2000. – 42 с.

УДК 579.083.13

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «АНТИГЕН»

Кауламбаева М.З., Ахметсадыков Н.Н., Стабаева Г.С.
ТОО НПП «Антиген»

Исследования в области клеточных технологий и тканевой инженерии научно-производственного предприятия «антиген»
Кауламбаева М.З., Ахметсадыков Н.Н., Стабаева Г.С.

Клеточные технологии, тканевая инженерия, фибробласты, мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки, коллаген, костный мозг

Основные направления исследований лаборатории «Клеточной биотехнологии» НПП «Антиген»:

- приготовление жидких питательных сред, вспомогательных растворов и сыворотки крови КРС;
- пополнение и поддержание банка клеточных линий;

- создание и пополнение банка мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток человека;

- применение клеточных технологий для лечения многих заболеваний;

- разработка технологии приготовления тканеинженерных конструкций с использованием ММСК для лечения ожогов и костных дефектов.

Research in the field of cell technology and tissue engineering research and production enterprise "antigen"

Kaulambaeva M.Z., Ahmetsadykov N.N., Stabaeva G.S.

Cell technologies, tissue engineering, fibroblasts, multipotent mesenchymal stromal cells, collagen, bone marrow

The Main trends of the studies of the laboratory "Cellular technology" RPI "Antigen":

- a preparation of the fluid media, auxiliary solution and bovine serum;
- Updating and maintaining a bank of cell lines;
- Creation and maintenance of the bank of multipotent mesenchymal stromal cells of human;
- The use of cellular technologies for the treatment of many diseases;
- Development of preparation technology TIS using MMSCs for the treatment of burns and bone defects.

Культивирование клеток человека и животных *in vitro* явилось крупнейшим достижением современной биологии. Клеточные технологии в конце 20 века получили бурное развитие. Это не только производство вакцин и диагностикумов, но и разработка, усовершенствование и внедрение в практику новых технологий производства иммунобиологических и лекарственных средств с использованием культур клеток, разработка новых лекарственных форм и способов доставки в живой организм, а также проведение исследований по получению и культивированию стволовых клеток человека.

В 2004 году в ТОО НПП «Антиген» была организована лаборатория «Клеточных технологий». На первых этапах работы нами были отработаны технологии приготовления жидких питательных сред, вспомогательных растворов и нормальной сыворотки крови КРС, используемых для культивирования и криоконсервации культур клеток. В настоящее время нами разработаны стандарты организации 9 наименований жидких питательных сред, вспомогательных растворов и сыворотки крови КРС для культур клеток. Лаборатория «Клеточных технологий» НПП «Антиген» может полностью удовлетворить потребность других лабораторий в жидких питательных средах и вспомогательных растворах на условиях свободной продажи.

Следующим этапом работы было создание банка перевиваемых, диплоидных и первичных культур клеток. Это связано с тем, что в процессе длительного и крупномасштабного культивирования клеток животных и человека клетки способны изменять свои свойства с увеличением числа пассажей. При культивировании *in vitro* на фоне клеток, соответствующих паспортным характеристикам культуры, появляются различные полиморфные клетки, гигантские многоядерные или одноядерные клетки, с крупным или очень маленьким ядром. Изменение морфологических свойств, как правило, ведет за собой изменение кариологических характеристик. В процессе длительного пассирования изменяется модальный класс культуры и наблюдается редукция числа хромосом. Все эти изменения приводят, в конечном счете, к изменению чувствительности культуры клеток к различным видам вирусов. Поэтому невозможно бесконечно долго пассировать культуру клеток и при этом сохранять ее свойства. Для решения данной проблемы необходимо создавать производственные и музейные банки клеточных культур, в которые закладываются очищенные от микоплазм и клоны клеточных линий, соответствующие паспортным характеристикам.

Деконтаминация от микоплазм и клонирование с целью сохранения свойств культуры клеток представляет собой сложный и длительный многоступенчатый процесс. После выделения клона в течение нескольких пассажей наращивали клеточную массу, затем проводили цитологический, кариологический и бактериологический контроль полученного клона клеток. На длительное хранение закладывали те клоны культуры клеток, которые наиболее соответствовали паспортным характеристикам и были свободные от микоплазм. В настоящее время банк клеточных культур ТОО НПП «Антиген» насчитывает 15 клеточных линий (МДВК, СПЭВ, VERO, A₄L и др.), диплоидный штамм эмбриональных фибробластов человека ЭФЧ 01/05, мультипотентные мезенхимальные стромальные клетки костного мозга и культуры клеток кожи человека. Для дальнейшего расширения коллекции клеточных культур НПП «Антиген» имеет договоренности о поставке культур клеток из научных центров Москвы и Санкт-Петербурга. В случае дополнительного финансирования на базе лаборатории «Клеточных технологий» можно создать коллекцию клеточных культур, соответствующую всем международным стандартам.

В процессе исследований нами получен диплоидный штамм эмбриональных фибробластов человека, который обладает всеми культурально-морфологическими свойствами, характерными для данного типа ткани и свободный от посторонних контаминантов. Диплоидный штамм фибробластов человека ЭФЧ 01/05 за депонирован в Республиканской коллекции микроорганизмов и паспортизирован. Получение новых штаммов диплоидных культур является перспективным направлением в биотехнологии. Диплоидные клетки используются для получения вакцин, диагностикумов и различных лекарственных средств.

Мы исследовали данный штамм фибробластов на определения условий культивирования, криоконсервации, сохранности и ростстимулирующие свойства.

Культура фибробластов способна выделять ростовые факторы в культуральную среду и обладать регенирирующими свойствами. Поэтому штамм ЭФЧ 01/05 можно использовать:

- в качестве фидерного слоя для культивирования стволовых клеток;
- в качестве субстрата для выделения ростовых факторов;
- для лечения переломов, костных дефектов и пародантита;
- для приживления имплантантов;
- лечения ожогов;
- в косметологии;
- в производстве биопрепаратов.

Нами были проведены исследования по применению штамма ЭФЧ 01/05 в сочетании с коллагеновым матриксом для костной регенерации, лечения ожогов, хирургических ран, трофических язв и пародонита. В результате проведенных исследований получены следующие данные:

- регенерация костной ткани усиливается в 2-3 раза по сравнению с контролем;
- заживление ожогов, хирургических ран и трофических язв при применении суспензии фибробластов ускоряется в 1,5-2 раза по сравнению с контролем.

Таким образом существует большая перспектива использования штамма фибробластов ЭФЧ 01/05 для лечения ожогов, костных дефектов, переломов, в стоматологии и в косметологии. Это связано с тем, что введение клеток штамма ЭФЧ 01/05 усиливает регенирирующие процессы в тканях.

Другим направлением исследований лаборатории «Клеточных технологий» является разработка технологии производства коллагена и гиалуроновой кислоты из различных тканей. В результате проведенных исследований разработаны технологии приготовления коллагена из костной ткани и сухожилий телят. Разработан и утвержден стандарт организации «Масса коллагеновая» и получены два инновационных патента по способам получения коллагена. Разработана технология получения гиалуроновой кислоты из гребешков. Данное направление является очень перспективным, так как в Казахстане препараты на основе коллагена и гиалуроновой кислоты не производятся. Коллаген и гиалуроновая кислота может применяться в медицине, ветеринарии и косметологии. Исследования по применению коллагена и гиалуроновой кислоты показали, что заживление ран и ожогов при использовании коллагеновых покрытий ускоряется в 2-3 раза. При наличии дополнительного финансирования мы можем на базе «Антигена» создать линии по производству различных видов коллагена и гиалуроновой кислоты.

Следующим направлением исследований лаборатории было разработка технологии выделения, культивирования и криоконсервации стволовых клеток для коррекции утраченных функций органов и тканей. По этой теме в 2006-2008 годах нами от НЦБ РК получен грант на исследования. В результате выполнения проекта нами разработан лабораторный регламент по выделению, культивированию и криоконсервации стволовых клеток из фетального костного мозга и пуповинной крови. Получены два инновационных патента по выделению и культивированию гемопоэтических стволовых клеток пуповинной крови. Получены культуры мультипотентных мезенхимальных стромальных клеток (ММСК) фетального костного мозга с последующей остеогенной дифференциацией. Нами проведены исследования по применению ММСК коллагенового матрикса для костной пластике и лечения пародонита. Результаты проведенных исследований показали большую перспективность применения ММСК в травматологии и стоматологии.

В 2010-2012 годах ТОО Научно-производственное предприятие «Антиген» становится соисполнителем НТП «Инновационные технологии в развитии клеточных трансплантаций и восстановлении функциональной активности органов и тканей» АО Национального научного медицинского центра Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Нами проведены следующие исследования:

1. Определение фенотипического состава и анеуплоидии культивируемых клеток фетального костного мозга человека в процессе пассирования;
2. Применение клеточных технологий для профилактики несостоятельности легочных швов в эксперименте;
3. Определение пирогенности и общей токсичности коллагенового матрикса;
4. Экспериментальное обоснование применения клеточных технологий для лечения ран и трофических язв при локальной ишемии нижних конечностей;
5. Применение клеточных технологий для лечения острого инфаркта миокарда в эксперименте;

6. Применение клеточных технологий для лечения диабетической ретинопатии в эксперименте;
7. Применение культуры клеток фибробластов человека ЭФЧ 01/05 в сочетании коллагеновым матриксом для лечения кондуктивной тугоухости.

Для определения безопасности применения культивируемых клеток в медицине нами было проведено кариотипирование, фенотипирование и мониторинг уровня анеуплоидии культур костного мозга человека в течении пяти пассажей. Кариологический анализ показал, что в процессе пассирования модальный класс культуры не меняется и соответствует 46 хромосомам. Фенотипирование с применением маркеров гемопозитических и мезенхимальных стволовых клеток показало, что в процессе пассирования в культуре клеток происходит увеличение доли мезенхимальных и уменьшение доли гемопозитических стволовых клеток. Уровень анеуплоидии в культуре клеток костного мозга в течении пяти пассажей находился в пределах нормы. Таким образом, можно утверждать, что применение культивируемых клеток костного мозга до пятого пассажа является безопасным методом лечения, так как не были выявлены признаки малигнизации культуры клеток.

Исследования по определению пирогенности и общей токсичности показали, что коллагеновый матрикс,

производимый в ТОО НПП «Антиген», не является пирогенным и токсичным.

Применение культур фибробластов ЭФЧ 01/05, мононуклеарной фракции аутологичного костного мозга и ММСК для профилактики несостоятельности легочных швов, для лечения ран и трофических язв при локальной ишемии нижних конечностей, диабетической ретинопатии, кондуктивной тугоухости в эксперименте показало высокую эффективность и безопасность данного метода.

В настоящее время ТОО НПП «Антиген» занимается исследованиями в области применения клеточных технологий для лечения сахарного диабета, постинфарктного кардиосклероза, воспалительно-деструктивных заболеваний суставов и создания тканно-инженерных конструкций на основе коллагенового матрикса, гиалуроновой кислоты и ММСК для лечения ожогов и костных дефектов.

К ВОПРОСУ О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

М.Ж. Жарасов, Кауканова В.Ю.

ЗКГМУ им. М. Оспанова, Актыубинский областной противотуберкулезный диспансер

ВОПРОСУ О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

М.Ж. Жарасов, Кауканова В.Ю.

ЗКГМУ им. М. Оспанова, Актыубинский областной противотуберкулезный диспансер

В статье рассматривается вопрос чувствительности (устойчивости) микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам по результатам, полученным бактериологической лабораторией Актыубинского областного противотуберкулезного диспансера.

Ключевые слова: туберкулез, микобактерии туберкулеза, множественная лекарственная устойчивость, бактериологический метод, механизмы устойчивости к антибактериальным препаратам.

ТУБЕРКУЛЕЗ МИКОБАКТЕРИЯЛАРЫНЫҢ АНТИБАКТЕРИАЛЬДЫҚ ПРЕПАРАТТАРҒА СЕЗІМТАЛДЫҒЫ МӘСЕЛЕСІНЕ

М.Ж. Жарасов, В.Ю. Кауканова

М.Оспанов атындағы БҚММУ, Ақтөбе облыстық туберкулезге қарсы диспансері.

Мақалада Ақтөбе облыстық туберкулезге қарсы диспансердің бактериологиялық лабораториясының алынған нәтижелері бойынша туберкулез микобактерияларының антибактериальды препараттарға сезімталдығы талданады.

Кілт сөздер: туберкулез, туберкулез микобактериялары, көптеген дәрілерге төзімділік, бактериологиялық әдіс, антибактериальды препараттарға төзімділік механизмдері.

To the question of tuberculosis mycobacteria resistance to antibacterial reparations

M.Zh.Zharassov, V.Yu.Kaukanova

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktyubinsk regional TB dispensary

The question about tuberculosis mycobacteria resistance to the antibacterial reparations according to the results which were received by bacteriological laboratory of the Aktyubinsk regional TB dispensary is considered in the article.

Key-words: tuberculosis, tuberculosis mycobacteria, multidrug resistance, bacteriological method, resistance mechanisms to the antibacterial reparations.

Актуальность.

В настоящее время проблема борьбы с туберкулезом является одним из важных направлений системы здравоохранения

республики. Принята Национальная программа по контролю над туберкулезом в Республике Казахстан.

Как и во всем мире, особо актуальной стала проблема увеличения числа случаев туберкулеза с лекарственной устойчивостью, особенно с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ).

Цель исследования.

Определение чувствительности (устойчивости) микобактерий туберкулеза, выделенных от больных, проходящих лечение в стационаре противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы.

Исследовалась мокрота бактериологическим методом с определением чувствительности к противотуберкулезным препаратам (ПТП) [1,2].

Результаты и их обсуждение.

Исследуемая мокрота получена от больных 4 групп:

1. Больные, не получавшие лечение (впервые выявленные).
2. Больные, получавшие лечение.
3. Больные, имевшие перерыв в лечении.
4. Неудачно леченные больные.

В первой группе обследовано мокрота 551 больного, во второй – 513, в третьей – 85, в четвертой – 316 больного. В группе больных, не получавших лечение выделенные микобактерии туберкулеза были чувствительны ПТП в 33,5%, во второй группе – в 19,2%, в третьей – 18,8%, а в четвертой группе – 6,4%. В чувствительности между первой группой больных (самая высокая) и остальными (низкая чувствительность) имеется достоверная разница.

Наиболее низкая чувствительность к ПТП в группах больных, неудачно леченных и имевших перерыв в лечении, что совпадает с данными литературы [3, 4].

Низкая чувствительность микобактерий туберкулеза у впервые выявленных больных можно объяснить заражением штаммами с лекарственной устойчивостью к ПТП.

Таким образом, отмечается низкая чувствительность микобактерий, выделенных даже от первично выявленных больных, т.е. отмечается устойчивость к ПТП.

Возникновение устойчивых к ПТП штаммов микобактерий закономерное явление и является приспособлением данных микроорганизмов к условиям окружающей среды. Существует по крайней мере 7 механизмов развития устойчивости бактериальной клетки к антибактериальному препарату:

1. Появление нового пути обменных процессов, обходящих блокированное обменное звено;

2. Увеличение продукции метаболита – антагониста данного ингибитора;
3. Увеличение продукции фермента, который блокируется данным препаратом;
4. Снижение необходимости в продуктах ингибирующей метаболитной системы;
5. Увеличение расщепления ингибитора;
6. Образование измененного фермента, который слабее ингибируется данным препаратом;
7. Уменьшение проницаемости бактериальной клетки в отношении данного вещества.

При неправильном лечении выше перечисленные механизмы приводят к развитию устойчивости к ПТП. Одной из основных составляющих успешного лечения является назначение адекватной химиотерапии с использованием противотуберкулезных препаратов в оптимальных дозировках и с учетом спектра лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

*М.Ж.Жарасов, В.Ю. Кауканова, М.Т. Зимбиева, Б.Ж. Мекебай
ЗКГМУ им.М.Оспанова,*

Актюбинский областной противотуберкулезный диспансер

Список литературы.

Актуальность. Туберкулёз по данным ВОЗ широко распространен в мире, так 1/3 населения земного шара инфицирована микобактериями туберкулёза (МБТ). Задачей лабораторной службы является оказание помощи врачам в скорейшем выявлении заразного больного. Бактериоскопический метод прост, доступен, экономичен и достаточно эффективен при выявлении туберкулеза, если соблюдаются стандартные правила на всех этапах исследования и является первым шагом для защиты населения от распространения туберкулеза.

Цель исследования. Определить диагностическую ценность бактериоскопического метода выявления туберкулеза и сравнить выявляемость туберкулеза этим методом в лабораториях противотуберкулезных диспансеров и общей лечебной сети.

Материалы и методы: Исследовалась мокрота больных, направленных с диагностической целью. Исследование мокроты проводилось бактериоскопическим методом [1,2]. Данные исследования проводились в лабораториях общей лечебной сети (ОЛС) и областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД).

Результаты и их обсуждение. В 2011 году в лабораториях ОЛС с диагностической целью обследовано 12646 человек из них у 373 выделены бациллы Коха (БК+), а в лаборатории ОПТД обследовано 3917 человек из них БК+ 437 случаев. Процент положительных результатов составил в лабораториях ОЛС 2,9, а в лаборатории противотуберкулезного диспансера – 11,1. Таким образом, имеется достоверная разница в результатах исследования сравниваемых лабораторий. Выявленная разница, очевидно, связана с уровнем квалификации врачей- лаборантов (в ОПТД в основном работают врачи высшей категории), их стажем работы и условиями работы. По данным российских ученых бактериоскопический метод позволяет выявить более половины впервые заболевших туберкулезом легких с бактериовыделением, наиболее опасных в эпидемиологическом отношении, сократить сроки диагностики туберкулеза. Применение методов обогащения (флотация) повышает частоту обнаружения микобактерий в мокроте на 10-20% по сравнению с обычной бактериоскопией. Среди бактериоскопических методов выявления бацилловыделения наиболее чувствительным является люминесцентная микроскопия, повышающая возможность обнаружения в мокроте микобактерий на 15-20% по сравнению с обычной микроскопией.

Таким образом, при соблюдении стандартных правил исследования, достаточной квалификации врача-лаборанта и оснащенности (люминесцентный микроскоп и т.д.) бактериоскопический метод диагностики туберкулеза достаточно эффективен, особенно в условиях районных учреждений здравоохранения.

Список литературы

1. Приказ МЗ РК № 305 от 23.05.2008г. «Микробиологическая диагностика туберкулеза».
2. МЗ РК, Национальный центр проблем туберкулеза «Руководство по контролю за туберкулезом в Республике Казахстан», Алматы, 2008г.
3. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г. Лекарственноустойчивый туберкулез легких, М., 2001, 24с.
4. Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Берикова Э.А. и др. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. Алматы, 2009, 108с.

5. Приказ МЗ РК № 305 от 23.05.2008г. «Микробиологическая диагностика туберкулеза».

6. МЗ РК, Национальный центр проблем туберкулеза «Руководство по контролю за туберкулезом в Республике Казахстан», Алматы, 2008г.

Бактериоскопический метод в диагностике туберкулеза

*М.Ж.Жарасов, В.Ю. Кауканова, М.Т. Зимбиева, Б.Ж. Мекебай
ЗКГМУ им.М.Оспанова, Актюбинский областной диспансер*

В статье дается анализ результатов бактериоскопического исследования мокроты больных на туберкулез в лабораториях общей лечебной сети и областного противотуберкулезного диспансера. Оценивается диагностическая ценность данного метода в диагностике туберкулеза легких.

Ключевые слова: туберкулез, микобактерии, бактериоскопический метод, люминесцентная микроскопия, флотация.

Туберкулездің бактериоскопиялық диагностикасы

М.Ж.Жарасов, В.Ю. Кауканова, М.Т. Зимбиева, Б.Ж. Мекебай

М.Оспанов атындағы БКММУ, Ақтөбе облыстық туберкулезге қарсы диспансер
Мақалада науқастардың қақырығын туберкулезге жалпы емдеу желісі және облыстық туберкулезге қарсы диспансер лабораторияларның бактериоскопиялық әдіспен зерттеу нәтижелері талданған. Осы әдістің өкпе туберкулезін анықтаудағы құндылығы талданады.

Кілт сөздер: туберкулез, микобактериялар, бактериоскопиялық әдіс, люминесцентті микроскопия, флотация.

Bacterioscopic method in diagnostics of tuberculosis

*M.Zh.Zharassov, V.Yu.Kaukanova, M.T. Zimbayeva, B.Zh.Mekebai
West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktyubinsk regional TB dispensary*

The analyses of the bacterioscopic research results of the patients' sputum for tuberculosis which were carried out at the general-and-medical network and at the general TB dispensary are given in the article. Diagnostic value of this method in pulmonary tuberculosis diagnosis is estimated here.

Keywords: tuberculosis, mycobacteria, bacterioscopic method, fluorescence microscopy, flail chest.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

*Неталина Гульнара Жалеловна
ГКП «Центр лабораторной диагностики» на праве хозяйственного ведения
г.Актобе, Казахстан*

Проведен анализ деятельности ГКП «Центра лабораторной диагностики» за 2011 год. Лаборатория является централизованной на протяжении многих лет, выполняющая всю номенклатуру микробиологических исследований, внедрены автоматизированные методы диагностики и информационно-аналитические программы, налажена система внутреннего контроля качества выполняемых анализов. Обснованы перспективы развития микробиологической лаборатории.

Ключевые слова: микробиологическая лаборатория, централизация, задачи и перспективы развития. Клиническая микробиология проводит исследования, направленные:

- на изучение этиологии инфекционных процессов
- санитарно - бактериологическое состояние госпитальной среды
- оценку эпидемиологической ситуации в стационаре на основании бактериологических исследований материалов, полученных от больных, и характера микрофлоры, выделенной из госпитальной среды

Одним из важных разделов клинической микробиологии является разработка стратегии и тактики применения химиотерапевтических препаратов в условиях стационара, рекомендации по рациональной антибиотикотерапии больных на основании изучения чувствительности возбудителей к антибиотикам.

В лаборатории внедряются новые технологии, упрощающие и ускоряющие проведение исследования с помощью бактериологического анализатора.

Широкое применение получил иммуноферментный метод, с помощью которого можно обнаружить в организме больного антигены и антитела.

Достижения лаборатории:

Внедрена компьютерная программа WHONET-5 по изучению резистентности антибиотиков представляет собой - программное обеспечение базы данных для обработки результатов рутинных микробиологических исследований, внедрена Всемирной Организацией Здравоохранения. Аналитический подход помогает в выборе антимикробного препарата, идентификации внутрибольничных вспышек и оценки проблем контроля качества в лаборатории. Обзор результатов антимикробного тестирования позволяет определить механизмы выработки резистентности и эпидемиологию резистентных штаммов.

Внедрено автоматизированное рабочее место врача микробиолога «МИКРОБ» на базе фотометра MULTISCAN ASCENT. Автоматизацию в микробиологии обеспечивают программы "БАКТ" и "МИКРОБ", которые позволяют:

- Бактериологам - стандартизацию идентификации более 360 видов микроорганизмов и определение антибиотикочувствительности; ведение базы данных, выдачу результатов анализов и составление отчетов со значительной экономией времени;
- Госпитальным эпидемиологам - сведения о смене микрофлоры в лечебном учреждении и наличии госпитальных штаммов для своевременного проведения санитарно-эпидемических мероприятий с целью профилактики внутрибольничных инфекций;
- Лечащим врачам и химиотерапевту - сведения о ведущей флоре в отделениях при конкретных диагнозах и данные по антибиотикорезистентности, позволяющие до получения антибиотикограмм назначать антибактериальную терапию и разрабатывать алгоритмы рациональной антибиотикотерапии конкретных нозологических групп заболеваний для каждого стационара.

В лаборатории внедрена система менеджмента и качества, соответствующая требованиям ИСО 9001-2009. Система качества охватывает широкий спектр позиций, начиная от нормативно-методической документации, всесторонне регламентирующей деятельность лаборатории, ее планировки и технического оснащения, квалификации, численности и расстановки кадров до организации внутреннего контроля качества выполняемых анализов. Соответствие этим стандартам

ежегодно подтверждается путём участия в систематических внешних и внутренних аудитах.

Для медицинских учреждений наш сертификат качества - это дополнительный фактор уверенности в достоверности результатов микробиологических исследований. Соответствие сертификату качества позволило лаборатории участвовать в конкурсе на соискание премии Президента Республики Казахстан «Алтын сапа». Были награждены благодарственным письмом аппарата президента РК.

Внедрена бригадная форма организации и оплаты труда. Бригадная форма организации и стимулирования труда является одним из основных направлений повышения эффективности труда, улучшения качества работы культуры обслуживания больных, усиления материальной заинтересованности сотрудников лаборатории. При этом создаются благоприятные условия для проявления творческой и трудовой активности, как всего коллектива, так и каждого трудящегося. Трудовая активность каждого члена бригады находит отражение в коэффициенте трудового участия (КТУ).

Факторами позитивно влияющими на развитие бактериологической службы является централизация и расширение сферы обслуживания.

Централизация и хозрасчетные формы организации труда бактериологической лаборатории имели ряд преимуществ таких как:

- Оптимизация и рациональное использование медицинского оборудования, питательных сред, реактивов, стеклопосуды
- Финансовая независимость
- Подготовка кадровых специалистов и их преемственность
- Возможность расширения номенклатуры и объема исследований
- Повышение качества бактериологических исследований
- Улучшение сервиса и доступность населению бактериологических исследований
- Создание организационно- методического центра по подготовке врачей-бактериологов и лаборантов
- Создание научного потенциала для клинических баз Западно-Казахстанского медицинского университета им. М.Т. Оспанова

На сегодняшний день бактериологические исследования проводятся на договорной основе со всеми ЛПУ города. Заключены договора с 20 государственными учреждениями и более 20 частными структурами, в том числе стоматологические кабинеты. Бактериологические исследования проводятся согласно приказа № 764 от 28.12.2007 года «Протоколы диагностики и лечения больных ПМСП и стационаров» и направлениям, оформленным по форме 204/У приказ № 907 от 23 ноября 2010 года Министра здравоохранения Республики Казахстан.

По штатному расписанию утверждено 12 ставок врача-бактериолога, фактически 9 физических лиц укомплектованность 100 %; категории высших 2, первых 2 и 5 врачей с сертификатами работающие не более 5 лет, тем самым категоричность составляет 75 %.

Лаборантов по штатному расписанию 25, физических лиц 19 укомплектованность 100 % категории высших - 4 , первая - 4 , вторая -3, категоричность 91,7 %. Прошли курсы специализации и усовершенствования в 2011 году врачей 5, лаборантов 6. Подтверждены в 2011 году категории высшая, первая у врачей; 2 высшие категории подтверждены у лаборантов и присвоена 2 категория одному лаборанту. В декабре 2010 года на нашей базе был проведен выездной цикл тематического усовершенствования для средних специалистов кафедрой микробиологии института усовершенствования врачей г. Алматы (АГИУВ). Были проведены мастер классы по диагностике кишечных инфекций и дисбактериоза.

Всего проведено за 2011 год 183379 исследований тем самым производительная мощность составила 414875,5 лабораторных единиц.

Анализ деятельности за 2011 год

Всего исследований	Санитарно-бактериологических	Уд.вес	Бактериологических	Уд.вес	Серологи-ческих	Уд.вес	Контроль качества исследований	Уд.вес	Всего выполнено лаб.ед.
183379	5323	2,9	121075	66,0	34705	18,9	22276	12,1	414875,5

Перспективы развития микробиологической лаборатории
 Микробиологические, иммунологические лабораторные исследования подлежат централизации, согласно Постановления Правительства РК от 21,12,2011 года за № 1566 «Об Утверждении Положения о деятельности организаций и структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объема и видов проводимых ими исследований»

Основными задачами медицинской лаборатории централизованной являются:

- Обеспечение доступности населению лабораторных исследований в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи
- Эффективное и рациональное использование высокотехнологического лабораторного оборудования и расходных материалов
- Развитие и совершенствование диагностической помощи населению, стандартизация технологического процесса
- Проведение лабораторных исследований с высокими аналитическими характеристиками
- Внедрение и проведение дорогостоящих и редких лабораторных исследований с применением высокотехнологических методов и оборудования.

Основными функциями централизованной медицинской лаборатории являются:

- Организация взятия биологических проб на лабораторные исследования с использованием современных систем стабилизации, сепарирования и сохранения нативности биоматериала
- Участие в выполнении государственных и региональных программ (диспансеризация профилактические осмотры, скрининговые исследования), направленных на профилактику заболеваемости среди взрослого и детского населения
- Организация системы обеспечения качества лабораторных исследований (внешний аудит преаналитического этапа; входной, текущий, технический и метрологический контроль оборудования и расходных материалов; соблюдение техники безопасности работы и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима)
- Проведение внутри лабораторного и участие в программах контроля качества лабораторных исследований
- Повышение квалификации специалистов лабораторной службы

Расширение площади лаборатории, в 2011 году на 417 кв.м. позволяет нам приобретение дорогостоящего оборудования: ПЦР лаборатории и проточного фитофлюориметра для изучения иммунного статуса.

Централизация лабораторной службы, необходимость преемственности лаборатории и клинических баз обязывает нас внедрению в лабораторию дорогостоящей лабораторно - информационной системы (ЛИС), позволяющую осуществить централизацию данных в онлайн режиме.

ВЗАИМОСВЯЗИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЧАСТОТЫ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
 Хабижанов Б.Х., Нурғалиева Ж.Ж., Курманбекова С.К., Хитуова Л.К., Баймуратова А.Д., Қанағатова Г.М., Қайназарова С.Е., Тулебаева А.К., Кисленко А.В.

Избыточная масса тела, артериальная гипертензия (АГ), нарушения углеводного и жирового обмена, инсулинорезистентность являются компонентами метаболического синдрома и факторами риска формирования патологии сердца. В научной статье приводятся результаты исследования вышеуказанных признаков у детей школьного возраста г.Алматы. Установлена частота АГ (17,5%), избытка массы тела, ожирения (15,0%) и его абдоминального типа, нарушения инсулинорезистентности, соответствовавшие большей частоте их у ближайших родственников детей.

Ключевые слова: дети, масса тела, гипертензия, углеводы, жиры, инсулинорезистентность.

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ТАБИҒИ ДАМУЫ МЕН МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМ КОМПОНЕНТТЕРІ ЖИЛІГІНІҢ АРАБАЙЛАНЫСТАРЫ

Хабижанов Б.Х., Нұрғалиева Ж.Ж., Құрманбекова С.К., Хитуова Л.К., Баймуратова А.Д., Қанағатова Г.М., Қайназарова С.Е., Төлебаева А.К., Кисленко А.В.

Дененің артық салмағы, артериалдық гипертензия (АГ), көмірсу мен майлар алмасуының бұзылыстары, инсулинрезистенттіктердің метаболикалық синдром мен жүрек патологиясы қалыптасуына бейімдеуші факторлар екені белгілі. Ғылыми мақалада осы белгілердің мектеп жасындағы балаларды қарағандағы нәтижелері келтірілген. Аг жиілігі (17,5%), артық салмақ пен семіздік жиілігі (15,0%) мен семіздіктің абдоминалдық типі, инсулинге резистенттік бұзылыстары анықталған, олардың өзі балалардың ең жақын туыстары арасында да жиі кездесетіні байқалған.

Түйінді сөздер: балалар, дене салмағы, гипертензия, көмірсу, майлар, инсулинге резистенттік

INTERCONNECTION BETWEEN PHYSICAL DEVELOPMENT AND FREQUENCY OF METABOLIC SYNDROM'S COMPONENTS IN SCHOOLCHILDREN

Khabizhanov B.Kh, Nurgalieva Zh.Zh, Kurmanbekova S.K, Khituova L.K, Baimuratova A.D, Kanagatova G.M, Kainazarova S.E, Tulebayeva A.K, Kislenco A.V.

Overweight, arterial hypertension, disorders in lipid and hydrocarbon changes, insulin resistance is components of metabolic syndrome and factors of risk of heart pathology formation. In scientific article are presented investigations' results of written above signs among schoolchildren in Almaty. Was identified the frequency of AG (17,5%), overweight and abdominal type of obesity (15%), insulin resistance disorders, which are correspond with large frequency in children's closest relatives.

Key words: children, body mass, hypertension, hydrocarbon, lipids, insulin resistance.

Государственной программой «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определены оптимальные пути улучшения состояния здоровья граждан. Пока же данные статистической и отчетной документации свидетельствуют о высокой распространенности сердечно-сосудистой патологии среди детей и взрослых. При этом в последние десятилетия в стране, как и во всем мире, нарастает частота сердечно-сосудистых заболеваний в т.ч. артериальной гипертензии за счет избыточной массы, ожирения и, отсюда, метаболического синдрома.

Метаболический синдром (МС), избыточная масса тела и артериальная гипертензия (АГ) – их взаимосочетания являются одной из приоритетных и значимых проблем медицины. Так избыточная масса тела и ожирение у детей школьников г.Алматы в 2001 г. составила 15%, в европейских странах – 26%, в России – 30%.

Выполненные в последнее время эпидемиологические исследования выявили высокую распространенность АГ среди детей и подростков – от 2,4 до 18% (Автандилов А.Г., Адександров А.А., Кисляк О.А. и др., 2003 в России; Абдрахманов К.Б., 2001; Толугаев Е.Т., 2010 в Казахстане).

Научно-исследовательская работа выполнена в рамках внутривузовского научного проекта по теме « Исследование факторов сосудистого повреждения и высокого риска патологии миокарда у детей с ожирением и метаболическим (инсулинорезистентным) синдромом» (номер регистрации НЦНТИ-0111РК00206, сроки выполнения – март-декабрь 2011 г.).

Цель работы: оценка физического развития и определение частоты ожирения, АГ, нарушений обмена углеводов и жиров, т.е. факторов МС у детей школьного возраста г.Алматы для разработки программы улучшения состояния здоровья.

Задачи работы:

1. определить частоту избыточного веса, ожирения (его типы) и артериальной гипертензии у детей школьного возраста г.Алматы.

2. исследовать компоненты углеводного, жирового обмена и инсулинорезистентность у детей на фоне ожирения и формирования МС.

Материал и методы исследования: в основу работы вошли результаты исследований 1800 школьников г.Алматы (школа-гимназия №159 им. Ы.Алтынсарина, школа-лицей №173). Определялся индекс массы тела (ИМТ), как соотношение массы тела (кг)/рост (м²). Абдоминальный тип распределения жирового слоя оценивался согласно отношения ОТ/ОБ (окружности талии/окружности бедер). Методом случайной выборки состояние углеводного обмена, жирового обмена, микроальбуминурии определялись 67 детям с ожирением.

Углеводный обмен оценивался согласно диагностическим критериям, предложенным международными экспертами комитета ВОЗ (1999г.) с проведением стандартного глюкозотолерантного теста (СГТТ). Инсулинорезистентность (ИР) определялась по индексу НОМА (2,77 и выше). Гиперинсулинемия у детей ставилась при значении выше 22,0 МЕ/мл.

Параметры липидного обмена включали определение концентрации общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и содержание липофракций.

С целью диагностики экскреции альбумина с мочой у всех обследуемых пациентов проводился тест на наличие МАУ тест-полосками Micral-test II.

МС верифицировался на основании общепризнанных диагностических критериев, предложенных рабочей группой ВОЗ (1998). Наличие 2-3 составляющих (в том числе ИР) свидетельствовало о неполной форме, 4-х критериев и более – о полной форме МС (Болотова Н.В. с соавтр., 2003).

Результаты исследования.

Отягощенная наследственность по ожирению выявлена у 43,6% детей, по АГ – у 16,4%, по сахарному диабету – у 2,8%; среди школьников с АГ ожирение у родственников было установлено у 18,7%, АГ без ожирения – у 16,4%, сахарный диабет – у 0,3%; среди детей с ожирением отягощенная наследственность по ожирению составила 43,6% детей, АГ – 37,4%, сахарный диабет – 12,0%. Эти данные позволили предположить, что дети с ожирением имеют достоверно чаще имеют риск реализации компонентов метаболического синдрома, при достаточно высокой распространенности АГ, сахарного диабета и ожирения у ближайших родственников.

В наших результатах ожирение выявлено у 158 детей (8,7%), избыточную массу тела имели 114 детей (6,3%), при этом ожирение I степени имело у 74,0% (n=117 детей), II степени – 16,5% (n=26), III степени – у 9,5% (n=15). Соотношение ОТ/ОБ позволило установить наличие абдоминального типа ожирения у 65,8% детей. Повышенные уровни АД среди обследованных нами школьников регистрировались у 316 детей (17,5%). Сочетание ожирения и АГ имело место у 270 (15,0%) детей. Повышение инсулинорезистентности (ИР) было выявлено у 58,2% (n=39) обследованных. Состояние ИР, двух и более дополнительных критериев позволили выявить МС у 32 (47,8%) детей, при этом полная его форма была у 25 (37,0%) детей с ожирением, неполная форма – у 7 (10,4%).

Частота отдельных компонентов МС у детей с ожирением представлена в таблице.

Таблица - Частота компонентов МС у детей с ожирением.

Критерии МС	Абс. кол-во	%
Основные:		
Нарушенная гликемия натощак	4	6,0%
Нарушенная толерантность к глюкозе	3	4,5%
Сахарный диабет	0	0
Гиперинсулинемия	26	38,8%
Высокий индекс НОМА	39	58,2%
Дополнительные:		
Ожирение	67	100%
Абдоминальный тип распределения жира	42	65,7%
Равномерное распределение жира	25	37,3%
Гиперхолестеринемия	21	31,3%
Гипертриглицеридемия	8	11,9%
Повышение уровня ХС ЛПНП	0	0
Повышение уровня ХС ЛПОНП	15	22,4%
Снижение уровня ХС ЛПВП	1	1,5%
Микроальбуминурия	16	23,9%

Как следует из таблицы, частота компонентов МС у детей с ожирением была достаточно высокой и служили в качестве признака отбора детей для коррекции синдрома.

Выводы:

1. Среди детей школьного возраста г. Алматы частота АГ составила 17,5 % (n=316), избыточный вес 6.3% (n=114), ожирение 8,7% (n=158), абдоминальная форма ожирения среди них 65,8% (n=104).
2. В анамнезе детей выявлена повышенная отягощенная наследственность: по АГ – у 16,4%, по ожирению – у 43,6%, по сахарному диабету – у 2,8%.
3. Среди детей с ожирением часто наблюдается нарушение состояния углеводного, жирового обмена и инсулинорезистентность.

4. Метаболический синдром у детей с ожирением выявлен в 47,7% случаев, при этом, полная его форма МС у 37,0%, неполная форма МС – у 10,4%.

ЭНТЕРОБАКТЕРИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

*О.С. Тураров, М.Ж.Жарасов, Ш.Б.Насухин, М.С.Курмангазин
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова,
Актюбинская областная клиническая инфекционная больница*

В статье излагаются результаты микробиологического исследования материалов от больных кишечной инфекцией и носителей. Определяется место энтеробактерий в этиологической структуре острых кишечных инфекций. По результатам исследований дана оценка деятельности баклаборатории при инфекционной больнице. Ключевые слова: энтеробактерии, кишечная инфекция, условно-патогенная флора, бактерионосительство, шигеллы, сальмонеллы.

Ішек инфекцияларының этиологиялық құрамындағы энтеробактериялардың орыны.

*М.Ж. Жарасов, О.С.Тураров, Ш.Б.Насухин, М.С. Курмангазин
М.Оспанов атындағы БҚММУ, Ақтөбе облыстық клиникалық жұқпалы аурулар ауруханасы*
Мақалада ішек инфекциясымен ауырғандармен бактерия тасмалдаушылардан алынған материалдарды микробиологиялық зерттеу нәтижелері баяндалған. Ішек инфекцияларының этиологиялық құрамындағы энтеробактериялардың орыны анықталған. Зерттеу нәтижесі бойынша аурухана ішіндегі баклабораторияның жұмысына баға берілген. Кілт сөздер: энтеробактериялар, ішек инфекциясы, шартты-патогенді флора, бактериотасмалдаушылық, шигеллалар, сальмонеллалар.

Enterobacteriae in the etiological structure of enteric infections.

*O.S.Turarov, M.Zh.Zharasov, Sh.B.Nasukhin, M.S.Kurmangazin
West Kazakhstan State Medical University by Marat Ospanov,
Aktobe clinical infectious hospital*
In article are stated results of microbiological research of materials from patients with enteric infections and carriers. The enterobacteriae place in etiological structure of sharp enteric infections is defined. On result of research it is given an assessment of activity of a baclaboratory of infections hospital. **Key words:** enterobacteriae, enteric infection, opportunistic flora, Salmonellas, Shigellas, bacteriocorrier.

Актуальность. Из семейств энтеробактерий наиболее патогенными для человека являются представители следующих родов: сальмонелл, шигелл, эшерихий, протейя, иерсиний, клебсиелл. Степень патогенности этих микроорганизмов и их способность к эпидемическому распространению чаще коррелируется. В связи с этим полная дифференцировка представителей родов, особенно сальмонелл и шигелл, наиболее склонных к эпидемическому распространению, имеет большое практическое значение. Противоэпидемические мероприятия по инфекционной безопасности, особенно по инфицированию фекально-оральным механизмом передачи возбудителей прежде всего основывается на их этиологической структуре. Трудности индикации и идентификации 2. других сальмонеллезов».

энтеробактерий общеизвестны, критерии качества работы лабораторной службы трудноосуществимы. Поэтому анализ деятельности бактериологических лабораторий также имеет большое практическое значение. **Материалы и методы.** Материалами для исследования явились патологические экскременты больных ОКИ (фекалии, рвотные массы, моча), содержимое дуоденального зондирования, кровь, остатки пищи. Исследования производились общепринятыми методами [1].

Результаты и их обсуждение.

За 2011 год в бактериологической лаборатории при Актюбинской областной инфекционной больнице проведено 3056 исследований на кишечную инфекцию, включая бактерионосительство. Количество исследований материала от первично поступивших больных с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ) - 1264. Количество исследований для выявления бактерионосителей, повторных и контрольных проб составило 1792. То есть бактериологический контроль санации больных производился 2-х, 3-хкратно в зависимости от конкретной ситуации. Лабораторная этиоструктура инфекции, передающейся фекально-оральным механизмом, представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 причиной 1/3 всех случаев ОКИ является условно патогенная флора (УПФ). УПФ, КИНЭ и ПТИ, составляющие 65% всех поступивших больных является предметом специального исследования.

Шигеллы являются причиной диареи в 5,5 % случаев. Наиболее часто встречается *Sh. sonnei* – до 89 % случаев, в 9 % случаев - *Sh. flexneri* и только 2 % случаев «малые шигеллы».

Сальмонеллы были представлены различными серогруппами. Не были обнаружены Эберта-Гаффки, Бриона- Кайзера, Шоттмюллера, Хиршфельдта. Клинически выраженные сальмонеллезы были представлены различными серогруппами. До 92 % случаев выделены *Sh. typhimurium* и *Sh. enteritica*. Бактерионосительство сальмонелл во всех случаях находило лабораторное подтверждение. Также было представлено в основном выше названными сероварами. Фаготипирование выделенных сероваров сальмонелл не производилось. Около половины всех случаев ОКИ вызваны патогенными и потенциально патогенными энтеробактериями.

В заключении следует отметить, бактериологическая лаборатория при инфекционной больнице является необходимым подразделением для этиодиагностики инфекционных заболеваний, своевременного слежения за динамикой, ретроспективной диагностики, оценки эпидситуации.

Список литературы:

1. Приказ МЗ РК № 70 от 20.04.2009г. «Об утверждении методических указаний по методике бактериологических исследований на наличие возбудителей брюшного тифа, паратифов и

**Таблица 1
Этиоструктура кишечных инфекций**

Нозоформы	Первично поступившие с диагнозом ОКИ	
	Абс. число	%

Острый шигеллез	70	5,5
Сальмонеллез	55	40,3
Стафилококковый энтероколит	24	1,9
УПФ	423	33,5
ПТИ	163	12,9
КИНЭ	235	18,6
ОКИ вирусной этиологии	280	22
Ботулизм	9	0,7
Б/нос эшерихий	1	0,07
Б/нос шигелл	1	0,07
Б/нос сальмонелл	3	0,1
Всего:	1264	100

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В БЕЛКОВОМ СОСТАВЕ ЛИМФЫ И КРОВИ СОБАК ПРИ НЕКОТОРЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ НА ОРГАНИЗМ

*М.Н. Мырзаханова, Н. Мырзаханов
Кокшетауский государственный университет им Ш. Уалиханова
Кафедра «Биологии и МП»
Университет «Туран»*

В работе изучали - нормальные параметры кишечного лимфотока, белкового и ионного состав кишечной лимфы и плазмы артериальной и венозной крови; изменение тока лимфы и указанных компонентов лимфы и крови при интероцептивном воздействии и электрическом раздражении некоторых висцеральных нервов. Для решения поставленной цели были применены методики раздражения механорецепторов прямой кишки и электростимуляция периферического отрезка поясничного чревного и центрального конца подчревного нервов в условиях интактной иннервации.

Ключевые слова КБСГ - каудальный брыжеечный симпатический ганглий

On changes in the protein composition of lymph and blood of dogs under certain influences on the body

*M.N. Myrzakhanova, N. Myrzakhanov
Kokshetau State University
«Turan» University*

Abstract In this paper we have studied - the normal parameters of intestinal lymph flow, protein and ionic composition of intestinal lymph and plasma arterial and venous blood and lymph flow changes in these components of the lymph and blood in the interoceptive effects of electrical stimulation, and some of the visceral nerves. To address this goal were used methods of stimulation of mechanoreceptors of the rectum and elektrotimulyatsiya peripheral segment of the lumbar splanchnic and hypogastric nerves of the central end in an intact innervation.
Keywords: CMSG - caudal mesenteric sympathetic ganglion.

Белоктың құрамындағы лимфамен қанның кейбір әсер етуі иттің мүшесін өзгертеді

М.Н. Мырзаханова, Н. Мырзаханов

Бұл жұмыстағы басты мәселе – қалыпты параметрлердің ішек лимфотогі, белок және ионның ішек лимфасының және қанның артериялық және веноздық құрамы; лимфа тогының өзгеруі және аталған лимфа компоненттері және қанның интероцептивтік ықпалы және кейбір висцеральдік нервтердің электрлік тітіркенуі. Алға қойған мақсатты шешу үшін әртүрлі методиканы қолдандық, ол тітіркену механорецепторларының тура ішек және перифериялық бел қиылысының электростимуляциясы және орталық нервтардың интактілік иннервациясының жағдайы.

Негізгі сөздер: ҚМСГ – каудальді мезентериялық сампатикалық ганглий.

В последние годы в литературе появился ряд сообщений о роли лимфы в распределении белков в организме [1,2,3] и влияний на него различных факторов [4,5,6]. Однако в литературе мы не встретили работ, где бы параллельно исследовались белковый состав кишечной лимфы и плазмы артериальной и венозной крови у собак. Между тем исследования последних лет [7,8] показали, что распределение белков неодинаково для всех органов и тканей организма и у различных видов животных. Нами изучался белковый состав кишечной лимфы и плазмы крови в покое и при раздражении механорецепторов прямой кишки, периферического отрезка поясничного чревного и центрального конца подчревного нервов в условиях интактной иннервации и после хронической децентрализации каудального

брыжеечного симпатического ганглия (КБСГ) и дополнительной перерезки некоторых висцеральных нервов.

Методика

Опыты проводились на взрослых беспородных собаках весом от 8 до 26 кг, под морфинно-гексеналовым наркозом. Для раздражения периферического отрезка поясничного чревного и центрального отрезка подчревного нервов использовался электронный стимулятор типа ИСЭ-01 (длительностью импульса 2 м/сек, частота 20 имп/сек, интенсивность 5-10 вольт). Раздражение механорецепторов прямой кишки достигалось нагнетанием воздуха в баллон (150-300 мл) шприцем Жанэ. Пробы крови брались из бедренной артерии и общей брыжеечной вены до, в момент и спустя 2-5 мин. после раздражения. Концентрация общего белка в крови и лимфе определялась рефрактометрически, а количество белковых фракции - методом бумажного электрофореза. Высчитывался белковый коэффициент крови и лимфы. Всего сделан 981 анализ крови и лимфы.

Для предотвращения свертывания крови и лимфы внутривенно вводился раствор гепарина из расчета 206-420 МЕ на 1кг веса тела животного. Полученные данные обработаны статистически [9,10] и представлены в соответствующих таблицах.

Результаты исследований

В результате опытов установлено, что у собак в кишечной лимфе обнаруживаются все фракции белков плазмы крови, а количество белка в ней ниже, чем в плазме крови (табл.1). Количество белков в лимфе составляло в среднем 53-55% и 56-59% от общего количества их в плазме артериальной и венозной крови соответственно, а белковый коэффициент лимфы несколько выше, чем в плазме крови. Однако концентрация белков в кишечной лимфе была менее стабильна (колебания от 2,00 до 4,38%).

После хронической децентрализации КБСГ (за 8-10 дней до опыта) и дополнительной перерезки некоторых висцеральных нервов в ходе острого эксперимента происходило заметное снижение количества белков в крови и как бы наблюдалось «выравнивание» его до показателей исследуемых жидких сред организма (табл.2).

Интероцептивное воздействие с механорецепторов прямой кишки и электрическое раздражение периферического отрезка поясничного чревного и центрального отрезка подчревного нервов приводили к значительной перестройке в распределении белков между кровью и кишечной лимфой. Характер изменений у животных с интактной нервной системой и животных, у которых децентрализовался КБСГ, и дополнительно перерезались некоторые висцеральные нервы, были аналогичными. Эти изменения выражались в повышении концентрации белков в кишечной лимфе, в меньшей мере в плазме артериальной крови и снижении в плазме венозной крови. При этом соотношение между альбуминами и глобулинами (в пользу альбуминов) из-за большего увеличения концентрации альбуминов повышалось в лимфе, а в плазме артериальной и венозной крови происходило снижение уровня белкового коэффициента (табл.1,2).

Таблица 1 - Содержание общего белка и его фракций в лимфе и плазме крови собак до и при интероцептивном воздействии и электрическом раздражении некоторых висцеральных нервов в условиях интактной иннервации (г%)

Субстрат раздражения	Количество белков	Общий белок	альбумины	Фракций глобулинов			А/Г коэффициент
				α	β	γ	
1	2	3	4	5	6	7	8
Механо рецепторы прямой кишки	1	3,27±0,13	1,74±0,09	0,60±0,05	0,67±0,05	0,28±0,01	1,07
	2	3,73±0,15	2,12±0,10	0,56±0,04	0,70±0,06	0,29±0,08	1,40
	3	3,64±0,17	2,07±0,13	0,55±0,05	0,77±0,06	0,33±0,02	1,17
Периферический отрезок поясничного брюшного нерва	1	3,44±0,11	1,70±0,09	0,63±0,07	0,84±0,09	0,27±0,07	1,10
	2	4,02±0,11	2,47±0,11	0,77±0,07	0,87±0,06	0,34±0,03	1,28
	3	3,78±0,10	2,20±0,10	0,67±0,04	0,90±0,07	0,31±0,03	1,22
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	3,37±0,08	1,50±0,07	0,49±0,05	0,68±0,05	0,31±0,04	1,04
	2	3,66±0,11	1,80±0,14	0,67±0,08	0,73±0,07	0,49±0,08	1,00
	3	3,50±0,09	1,80±0,15	0,47±0,03	0,60±0,04	0,33±0,05	1,31
В плазме артериальной крови							
Механо рецепторы прямой кишки	1	6,18±0,07	3,11±0,04	1,07±0,01	1,33±0,02	0,61±0,03	1,03
	2	6,81±0,09	3,26±0,04	1,24±0,04	1,56±0,03	0,73±0,03	0,91
	3	6,22±0,09	3,09±0,05	1,08±0,03	1,37±0,04	0,79±0,06	0,99
Периферический отрезок поясничного брюшного нерва	1	6,28±0,15	3,19±0,09	1,12±0,03	1,41±0,03	0,55±0,02	1,03
	2	7,00±0,13	3,28±0,07	1,35±0,03	1,70±0,04	0,68±0,03	0,86
	3	6,41±0,07	3,27±0,10	1,12±0,03	1,33±0,03	0,68±0,04	1,04
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	6,22±0,10	3,09±0,07	1,11±0,04	1,47±0,05	0,58±0,03	0,98
	2	6,91±0,14	3,16±0,10	1,28±0,03	1,71±0,06	0,78±0,04	0,83
	3	6,47±0,12	3,20±0,11	1,14±0,15	1,45±0,04	0,71±0,03	0,96
В плазме венозной крови							
Механо рецепторы прямой кишки	1	5,50±0,15	2,92±0,10	0,95±0,03	1,31±0,05	0,58±0,03	1,03
	2	5,18±0,16	2,42±0,09	0,93±0,04	1,31±0,07	0,54±0,04	0,85
	3	5,98±0,10	3,00±0,05	1,02±0,02	1,39±0,02	0,64±0,02	0,98
Периферический отрезок поясничного брюшного нерва	1	5,84±0,15	2,97±0,08	0,98±0,02	1,29±0,05	0,60±0,02	1,04
	2	5,27±0,17	2,52±0,07	0,97±0,04	1,22±0,07	0,56±0,04	0,94
	3	5,95±0,14	2,97±0,08	1,00±0,02	1,33±0,05	0,65±0,04	1,00
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	6,03±0,18	3,11±0,09	1,15±0,03	1,26±0,05	0,51±0,02	1,06
	2	5,23±0,15	2,49±0,12	0,93±0,05	1,23±0,05	0,58±0,03	0,91
	3	6,23±0,21	3,13±0,11	1,16±0,02	1,35±0,07	0,59±0,01	1,00

Примечание к табл.1 и 2, где: 1 – до раздражения; 2-в момент раздражения; 3-спустя 2-5 мин. после раздражения.
Таблица 2- Содержание общего белка и его фракций в лимфе и крови собак до и при интероцептивном воздействии и электрическом раздражении некоторых висцеральных нервов в условиях хронической децентрализации КБСГ и дополнительной перерезки некоторых висцеральных нервов (г%)

Субстрат раздражения	Количество белков	Общий белок	альбумины	Фракций глобулинов			А/Г коэффициент
				5	6	7	
1	2	3	4	5	6	7	8
Механо рецепторы прямой кишки	1	3,08±0,14	1,59±0,09	0,52±0,04	0,67±0,04	0,31±0,03	1,05
	2	3,94±0,18	2,18±0,14	0,61±0,05	0,75±0,06	0,38±0,03	1,26
	3	3,60±0,16	2,05±0,09	0,64±0,04	0,83±0,05	0,29±0,02	1,18
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	3,29±0,21	1,55±0,15	0,59±0,05	0,79±0,08	0,36±0,05	0,88
	2	4,03±0,18	2,18±0,12	0,64±0,04	0,88±0,06	0,34±0,04	1,19
	3	3,64±0,14	2,21±0,08	0,55±0,02	0,75±0,05	0,34±0,04	1,36
В плазме артериальной крови							
Механо рецепторы прямой кишки	1	5,50±0,16	2,48±0,05	0,99±0,04	1,21±0,08	0,80±0,05	0,83
	2	6,01±0,14	2,68±0,09	1,11±0,08	1,36±0,09	0,85±0,09	0,81
	3	5,57±0,17	2,77±0,12	0,88±0,05	1,14±0,08	0,96±0,08	0,94
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	5,84±0,12	3,07±0,08	1,11±0,03	1,15±0,03	0,63±0,03	1,06
	2	6,24±0,13	2,87±0,13	0,88±0,09	1,44±0,07	1,04±0,08	0,85
	3	5,57±0,12	2,90±0,12	1,02±0,06	1,23±0,04	0,73±0,07	0,98
В плазме венозной крови							
Механо рецепторы прямой кишки	1	4,58±0,12	2,32±0,08	0,84±0,05	0,98±0,03	0,53±0,03	0,99
	2	4,13±0,17	2,01±0,10	0,78±0,05	0,94±0,05	0,57±0,03	0,88
	3	4,50±0,15	2,23±0,06	0,78±0,04	1,06±0,08	0,60±0,06	1,00
Центральный отрезок подбрюшного нерва	1	5,00±0,11	2,48±0,06	0,95±0,06	1,00±0,11	0,54±0,05	1,00
	2	4,55±0,12	2,27±0,06	0,81±0,04	0,98±0,02	0,55±0,04	0,97
	3	4,89±0,11	2,48±0,08	0,83±0,05	0,94±0,04	0,66±0,08	1,02

Наши данные о белковом составе кишечной лимфы и плазмы крови являются первой попыткой параллельного анализа белкового спектра лимфы и плазмы артериальной и венозной крови. Опыты показали, что содержание общего белка в кишечной лимфе, по сравнению с таковым в артериальной и венозной крови, значительно ниже и аналогично данным ряда исследований [11,12,13]. Вместе с тем она содержит все фракции белков плазмы крови.

Поскольку лимфатические сосуды являются единственными путями транспорта белков из тканей в кровотоки [8,12], то увеличение выхода их из кровеносных капилляров должно отражаться на уровне белков лимфы. На основании полученных нами данных об изменениях фракционного распределения белков лимфы установлено, что повышение концентрации белка в лимфе, в первую очередь, обусловлено увеличением в ней фракции альбуминов. Об этом же свидетельствует повышение белкового коэффициента лимфы.

В подобных сдвигах, по-видимому, немаловажное значение имеет проницаемость кровеносных капилляров. Согласно данным ряда исследователей, увеличение белка в лимфе служит одним из важных доказательств повышенной проницаемости, а по мнению [14], увеличение содержания белка в лимфе является своеобразным «индикатором» повышения проницаемости капилляров. Поскольку же изменения в абсолютном количестве белков не были одинаковыми для всех белковых фракций, то следует полагать, что их выход из кровеносных капилляров и последующий транспорт с лимфой в кровотоки осуществляется дифференцированно. Об этом с определенной достоверностью свидетельствует повышение белкового коэффициента лимфы в пользу альбуминов и согласуется с мнением о том, что повышение капиллярной проницаемости, какого бы она ни было происхождения, неизбежно ведет к снижению проницаемости по отношению к белкам с более высоким молекулярным весом [8].

Таким образом, сопоставление состава лимфы и крови показало, что сравнительное изучение белкового состава жидких сред организма позволяет изучить количественные изменения как в норме, так и при указанных воздействиях на организм и в согласии с приведенными литературными сведениями позволяют думать, что лимфатическая система кишечника участвует в адекватном распределении белков между кровью и лимфой, тем самым обеспечивая тонкую регуляцию к меняющимся условиям внешней и внутренней среды, что еще раз убедительно показывает тесную взаимосвязь между кровеносной и лимфатической системами.

Список литературы:

1. Morris B. The exchange of protein between the plasma and the liver and intestinal lymph. *Quart. J. Exptl. Physiol.* – 1956. -41.-326-340.
2. Рзаев Н.А. Изменение скорости лимфотока и белкового состава периферической лимфы при острых белковых недостатках. В кн.: Сб. науч. Тр. Азерб. НИИ гематологии и переливания крови. Баку.- 1964. -6.-13-22.
3. Айналов Х.Х. Зависимость содержания каротина в крови и лимфе кур от их возраста, пола и породы. *Известия АН Эстонии ССР.*-1962.-Т.16.
4. Васильева Е.А. Клиническая биохимия сельскохозяйственных животных. Москва.- 1982.-254с.
5. Бекетаев А.М., Васильева Е.Н. Динамика некоторых физико-химических показателей плазмы и лимфы при раздражении осморцепторов внутренних органов. *Труды Ин-та физиологии АН КазССР.* – 1968.-13.-48-52.
6. Потапов И.А., Невский Я.И., Данкова А.Н. гемодинамические сдвиги при изменениях гидростатического, осмотического давления или рН в магистральных лимфатических сосудах. *Физиол. Журнал СССР.* – 1971.-57.-6.-872-878.
7. Ganrot P.O., laurel C.B., Ohlsson K. Concentration of trypsin inhibitors of different molecular size and of albumin and haptoglobin in blood and in lymph of various organs in the dog. *Acta physiol. Scand.*-1970.-79.-2.-280.
8. Айнсон Х.Х. Физиологические особенности избирательной проницаемости капилляров по отношению к белковым молекулам и возможности воздействия на нее. *Избранное АН ЭССР.* – Биол. -1972.-21.-4.-295-299.
9. Плохинский Н.А. Руководство по биометрии для зоотехников. Москва. – 1969.
10. Рокитский П.Ф. Биологическая статистика. – Минск.-1973.
11. Жданов Д.А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы. –Л.- 1952.
12. Русняк И., Фельди М., Сабо Д. Физиология и патология лимфообращения. Будапешт.- 1957.
13. Рзаев Н.А., Сафаров Р.И. Эквилибрация внутривенно введенных белков между кровью и лимфой в условиях пониженной и повышенной концентрации протеинов циркулирующей крови. В кн.: материалы I-итоговой конференции ЦНИЛ Азерб. мед. ин-та. Баку.- 1966.70-71.
14. Aican F. a. J. Hardy.-Surg. Yyn.Obst. -1961.-113-143.

УДК 616.316.5-002-036.1-07

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИДА ЛАКТОФЕРРИНА И СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ СИАЛАДЕНИТЕ

Мырзакулова У.Р.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Показаны динамика изменения содержания лактоферрина и среднемолекулярных пептидов в секрете околоушных слюнных желез у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом при обострении заболевания и в период ремиссии в зависимости от стадии и активности хронического воспалительного процесса. Выявлено, что у больных с этой патологией целесообразно проводить мониторинг содержания биохимических показателей, которые можно использовать как интегральный показатель воспалительных и метаболических нарушений в слюнной железе и с целью коррекции проводимого лечения.

Ключевые слова: хронический паренхиматозный сиаладенит, лактоферрин, среднемолекулярные пептиды.

Clinical and diagnostic value of determination of metalloproteins lactoferrin and middle molecules in chronic parenchymal sialadenitis

Mirzakulova U.R.

KazNMU

Abstract There were shown the dynamics of changes in the content of lactoferrin and middle molecules in secret parotid glands at patients with chronic parenchymal sialadenitis an exacerbation of the disease and in remission, depending on the stage and activity of chronic inflammation. Was found that patients with this disease it is advisable to monitor the content of biochemical parameters that can be used as an integral indicator of inflammatory and metabolic

disorders in the salivary gland, and in order to correct the treatment.

Key words chronic parenchymal sialadenitis, lactoferrin, middle molecules.

Созылмалы паренхиматозды сиаладенит кезінде лактоферрин металлопротеид және ортамолекулярлы пептидтерді анықтаудың клинико-диагностикалық маңыздылығы

Мырзақұлова Ұ.Р.

Созылмалы паренхиматозды сиаладениттің өршуі және басылуы сатыларындағы науқастардың сілекейінде лактоферрин және ортамолекулярлы пептидтердің созылмалы қабыну үрдісінің кезеңіне байланысты өзгерістері көрсетілген. Осындай аурулары бар науқастарға биохимиялық көрсеткіш мониторингін жүргізу тиімділігін, олардың сілекей бездерінде қабыну және метабаликалық өзгерістерін анықтауды, жүргізілген емді толықтыру мақсатында қолданған.

Негізгі сөздер: Созылмалы паренхиматозды сиаладенит, лактоферрин, ортамолекулярлы пептидтер.

Одним из важных компонентов слюны является лактоферрин, относящийся к семейству трансферринов. Лактоферрин является полифункциональным белком, обладающим антибактериальной и противовирусной, иммуномодулирующей активностью и комплексом противовоспалительных свойств, его считают маркером активности воспалительных процессов [1]. Изучению лактоферрина при воспалительных заболеваниях

слюнных желез посвящены единичные работы [2]. В последние годы уделяется большое внимание исследованию синдрома эндогенной интоксикации (ЭИ) при разной патологии. В настоящее время ЭИ отводится ведущая роль в патогенезе как острых, так и хронических заболеваний [3]. Общепризнанным маркером эндогенной интоксикации считаются среднемолекулярные пептиды (СМП). Имеется ряд работ, посвященных изучению содержания веществ низкой и средней молекулярной массы в ротовой жидкости [4]. Целью настоящего исследования явилось изучение динамики изменения содержания лактоферрина и среднемолекулярных пептидов в слюне у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом.

Материалы и методы исследования.

Исследования проведены у практически здоровых лиц (17 человек) и 44 больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом в период обострения. Больные были разделены на 2 группы: первую группу составили 17 пациентов с начальной стадией заболевания; вторую группу – 27 больных с клинически выраженной и поздней стадиями. Изучено содержание лактоферрина (ЛФ), среднемолекулярных пептидов (СМП) в секрете, взятом из выводного протока околоушных слюнных желез (ОУСЖ) при поступлении в клинику и в динамике лечения: через 7, 10, и 14 суток. Определению

количества ЛФ (в нг/мл) проводилось иммуноферментным методом с помощью диагностических наборов ЕАА (Германия) на диагностической системе "Antos 2010" (Австрия). Содержание СМП определяли спектрофотометрическим методом в ультрафиолетовом свете при длине волны 254 нм и выражали в у.е. [8].

Результаты исследования.

У практически здоровых людей концентрация ЛФ в слюне составила 1010,2±21,1 нг/мл, уровень СМП - 0,04±0,0002 у.е. У пациентов с начальной стадией заболевания в первые сутки поступления в отделение челюстно-лицевой хирургии в секрете пораженных ОУСЖ отмечалось повышение концентрации ЛФ до 1750,0±13,10 нг/мл (P<0,001), что выше значений ЛФ практически здоровых лиц на 73,2% и характерно для воспалительных процессов (таблица 1). У больных с клинически выраженной и поздней стадиями в первые сутки поступления в клинику содержание ЛФ в слюне составило 2006,7±17,12 нг/мл, что выше значений в норме на 98,7% (P<0,001), а также было значительно и достоверно выше уровня ЛФ пациентов с начальной стадией заболевания (P<0,001). Таким образом, более высокие значения ЛФ у больных с клинически выраженной и поздней стадиями заболевания по сравнению с начальной стадией отражают интенсивность воспалительного процесса.

Таблица 1 - Содержание лактоферрина (нг/мл) и СМП (у.е.) в секрете околоушных слюнных желез в норме и у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом при обострении заболевания

Биохимические показатели	Группы обследуемых		
	Практически здоровые лица, n=17	Пациенты с начальной стадией заболевания, n=17	Пациенты с клинически выраженной и поздней стадиями заболевания, n=27
Содержание лактоферрина	1010,2±21,1 нг/мл	1750,0±13,10 нг/мл P<0,001	2006,7±17,12 нг/мл P<0,001 P ₁ <0,001
Содержание СМП	0,04±0,0002 у.е.	0,065±0,0005 P<0,001	0,088±0,0004 P<0,001 P ₁ <0,0013,5
Примечания - P - достоверность разницы показателей больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом в период обострения и практически здоровых лиц; P ₁ - достоверность разницы показателей больных с начальной стадией и клинически выраженной, поздней стадиями заболевания.			

Исследование содержания СМП у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом в период обострения показало следующее: в первые сутки обострения его значение составило в среднем 0,065±0,0005 у.е. (P<0,001) в начальной стадии и 0,088±0,0004 (P<0,001) в клинически выраженной и поздней стадиях заболевания, что превышало значения в норме в начальной стадии на 62,5% и в клинически выраженной и поздней стадиях заболевания – на 120% (таблица 1). Значительное повышение концентрации СМП в слюне у больных связано с накоплением в слюнной железе вторичных метаболитов, обусловленных образованием продуктов тканевого распада, бактериальных токсинов, продуктов жизнедеятельности микробов и медиаторов воспалительной реакции, в результате смещения обмена веществ в сторону катаболизма. По мере стихания воспалительного процесса в ОУСЖ снижались и повышенные значения ЛФ и СМП, нормализация которых в начальной стадии заболевания наступала к 10 суткам, а в клинически выраженной и поздней стадиях – на 14 сутки.

В период ремиссии в начальной стадии хронического паренхиматозного сиаладенита уровни ЛФ в секрете ОУСЖ были в пределах значений, характерных для практически здоровых лиц. В клинически выраженной и поздней стадиях при неактивном течении заболевания отмечено умеренное, но недостоверное повышение значений лактоферрина - 1053,24±14,7 нг/мл (P>0,05). При активном течении процесса у пациентов, подверженных частым обострениям

воспалительного процесса, отмечалось снижение значений металлопротеида до 850±17,7 (P<0,01). Дефицит ЛФ сказывался на бактериостатической активности слюны, что, в свою очередь, приводило к снижению местного иммунитета. Таким образом, уровень ЛФ отражал интенсивность воспалительного процесса у больных с различной стадией заболевания, а снижение его концентрации в период ремиссии свидетельствовало о возможности обострения заболевания.

Значения СМП у пациентов в период ремиссии в начальной стадии заболевания были в пределах значений (0,042±0,00020, (P>0,05), характерных для практически здоровых лиц. В клинически выраженной и поздней стадиях заболевания отмечено недостоверное повышение уровня СМП в слюне больных (0,041±0,00050, P>0,05), а при активном течении заболевания (частые обострения) – разницы показателей была уже достоверной - 0,050±0,00025 (P<0,001).

Таким образом, изменение уровней биохимических показателей слюны в период ремиссии свидетельствовало об активности хронического паренхиматозного сиаладенита, что позволяло, при необходимости, проводить курс комплексного лечения. Полученные данные позволяют полагать, что у больных хроническим паренхиматозным сиаладенитом целесообразно проводить мониторинг содержания биохимических показателей в секрете пораженных околоушных слюнных желез, которые можно использовать как интегральный показатель воспалительных и метаболических нарушений в слюнной железе.

Список литературы:

1. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Крылов Г.Ф. Иммунохимические исследования лактоферрина в слюне // Клиническая лабораторная диагностика. – 2009. – № 4. – С. 38-39.
2. Ericson S., Sjoback I. Salivary factors in children with recurrent parotitis. Part 2: Protein, albumin, amylase, IgA, lactoferrin, lysozyme and kallikrein concentration // Swed. Dent J. – 1996. - Vol. 20, № 5. - P. 199-207.
3. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме // Эфферентная терапия. – 2000. – Т. 6, № 4. – С. 3-14.
4. Захарова Н., Катрыш С. Определение уровня среднемолекулярных пептидов студентов с заболеваниями гепато-дуоденальной системы // 57-я итоговая научная конференция молодых ученых. – Ростов-на-Дону, 2003. – С. 49.

Организация здравоохранения

Public Health

АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЛОЯЛЬНОСТИ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК ГОРОДА ЕРЕВАН

Бегларян М. Г., Саакян К. М., Амирджанян А. А.
 Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци, г. Ереван
 Кафедра управления фармации

Analysis of customer loyalty among pharmacy customers of Yerevan city

Beglaryan M., Sahakyan K., Amirjanyan A.

Yerevan State Medical University

Department of Pharmaceutical Management

Abstract. Through conducting a cross-sectional study, the authors of current article have made an attempt to reveal demographical characteristics of customer loyalty among consumers of pharmaceutical and para-pharmaceutical products. A questionnaire with semi-opened and closed questions was used as tool. Data input and processing was carried out using SPSS for Windows software. The study did not set any hypothesis for testing does not claim to have produced statistically significant generalizable results. However, its value is that it can serve as a benchmark for further research which can well be of quantitative nature. Four out of twelve districts of Yerevan city were randomly selected with subsequent random selection of proportionately adequate number of drugstores, where the survey conductors approached every 4th customer with the request to fill in the questionnaire under their supervision, which had been previously developed and tested in three randomly chosen non-target drugstores from one randomly chosen non-target district. Data then were input SPSS program and processed for analysis. The analysis of data collected reveals a clear pattern, according to which female customers had higher tendency to maintain customer loyalty to a particular pharmacy in comparison to male customers and the lower their age, the higher the tendency. Those with college and university degree showed higher loyalty as compared with the students. As far as family status is concerned, married respondents did have lower loyalty levels versus the unmarried. The significance of belonging of the pharmacy to a commercial chain of drug stores was higher with males irrespective of age, whereas provision of pharmaceutical counseling was valued higher by females.

Key words: customer loyalty, gender, pharmacy, pharmaceutical counseling, age group, pharmacy chain, education, family status, marketing.

Резюме. Было проведено исследование по сечению с целью выявления определенных паттернов покупательской лояльности среди посетителей аптек города Еревана. В качестве инструмента исследования послужил опросник с закрытыми и полукрытыми вопросами. Данные были введены и обработаны статистической программой SPSS for Windows. Исследование не ставило задавал целью подтвердить или опровергнуть определенную гипотезу и является чисто описательным по природе.

Ключевые слова: потребительская лояльность, пол, аптека, фармацевтическое консультирование, возрастная категория, аптечная сеть, образование, семейный статус, маркетинг.

Введение. Ориентация на потребителя является неотъемлемой частью успешного маркетинга в современном рынке, где потребитель оказывает существенное влияние и в определенной степени формирует рынок [1,2]. Причем, влияние потребителя на рынок настолько существенно, что деятели рынка сочли целесообразным выделить различные группы потребителей и создавать товары и услуги, специально рассчитанные на удовлетворение нужд этих групп и, если сегмент рынка оказывается достаточно большим, некоторые фирмы могут разработать отдельные маркетинговые программы для обслуживания данного сегмента [3]. Как таковая, маркетинговая деятельность рассчитана на приобретение максимального числа постоянных (лояльных) потребителей, что, по сути, является показателем брэндовой лояльности [2]. В недалеком прошлом деятели рынка могли составить представление о покупателе, просто исходя из ежедневного общения с ним в процессе продажи. Однако, с ростом числа и размеров как фирм, так и рынка, многие деятели рынка потеряли прямую связь с покупателем и вынуждены проводить маркетинговые исследования по вопросам потребительского поведения. Все больше финансовых ресурсов уделяется изучению потребителя и его поведения. В частности, уже является неоспоримым фактом то, что на потребительское поведение влияют ряд факторов, среди которых культурные, социальные, индивидуальные и психологические [3].

Что же касается потребления медицинских услуг и товаров, антропологи провели ряд исследований, результаты которых вполне вписываются в общую картину потребительского

поведения и подтверждают тот факт, что, в частности, феномен потребления лекарств также является культурно-обусловленным [4]. В разное время проводились исследования отдельных направлений, затрагивающих вопросы фармацевтической помощи, фармацевтического обслуживания населения, потребительского поведения при приобретении лекарств и др. [5]. Как уже говорилось выше, в ситуации резкого увеличения уровня конкурентоспособности гарантией будущего успеха любой организации в первую очередь есть и остается ориентация на потребителя. Специализация и дополнительные услуги - то, что многие фармацевтические компании вкладывают в организацию своей деятельности (реклама, система скидок, акции и т.д.), должны соответствовать стереотипу восприятия аптеки как фактора повышения качества жизни потребителя. В итоге аптека становится носителем стереотипа потребительского поведения. Аптечное учреждение формирует свой ассортимент в соответствии со спросом конечных потребителей [6]. Потребитель становится вкладчиком. Он вкладывает стереотипы своего поведения в аптечную деятельность, а аптека, используя их, формирует предложение. Результатом является взаимовыгодное общение аптеки и потребителя. Через призму потребительских стереотипов повышение качества его жизни приводит к менеджменту его поведения. Следует изучать не потребителя, а стереотипы его поведения. Для этого может быть полезным весь арсенал инструментов проведения маркетинговых исследований покупательского поведения. Поведение каждого покупателя имеет определенные мотивы, на основе исследования которых можно построить теорию. Задача исследователя заключается в том, чтобы найти общий паттерн покупательского поведения в огромном вербальном и невербальном информационном потоке. У розничных продавцов часто появляется искушение полагаться на нерегулярные или несовершенные способы получения информации из-за нехватки времени, средств и исследовательских навыков [7]. Принятие концепции удовлетворения интересов потребителей означает, что предприятие осуществляет свою деятельность по следующим направлениям: получение необходимой информации о рынке и потребностях, желаниях, восприятии, предпочтениях и намерениях конечного потребителя произвести покупки; проведение стратегии и тактики, направленных на удовлетворение спроса покупателей и т.д. [8]. Некоторые исследователи предлагают даже не концентрироваться слишком на привлечении случайных, нестабильных клиентов, которые впоследствии могут оказаться не вполне надежными, а в противовес этому тратить бюджет на поощрительные мероприятия для постоянных потребителей, пусть даже тратящих меньшее количество денег. Они основывают такую стратегию на правиле "80/20", смысл которого заключается в том, что 20% покупателей обеспечивают 80% прибыли. Таким образом, для достижения максимального эффекта данной маркетинговой программы нужно направлять свои усилия именно на этот сегмент покупателей [9].

В свете приведенных выше социо-демографических факторов, влияющих на покупательское поведение, следовало бы привести результаты одного исследования, проведенного московскими коллегами. Среди посетителей московских аптек 70% - лица женского пола. Что касается образования, то 53% посетителей аптек составили люди с высшим образованием, 35% - со средним специальным и 12% со средним образованием соответственно. Возрастные категории среди посетителей представлены все, с той разницей, что средний возраст посетителя составил примерно 43,5 года и представлял собой 50% общего числа посетителей в возрасте от 30 до 56 лет [10].

Цель. Особенности поведения покупателей фармацевтического рынка Республики Армения (РА) в пост-советский переходный период приватизированной экономики (в РА на сегодняшний день нет государственных фармацевтических организаций) почти не изучены. В этой связи возникает необходимость проведения маркетинговых исследований основных факторов, влияющих на потребительское поведение посетителей аптек. Целью данной работы является выявление таких закономерностей в поведении потребителей, особенностей их восприятия аптеки как таковой и формирования отношения к ней посредством маркетинговых исследований, что, по мнению исследователей, откроет в дальнейшем возможные перспективы в решении проблемы управления

потребительским поведением. Исходя из того, какое мнение и/или отношение к аптеке доминирует у потребителя, менеджерскому составу можно будет определить формы менеджмента аптеки и вводить научно обоснованные изменения.

Природа, масштаб и ограничения. Данное исследование не является количественным по природе и не ставит своей целью установление каких-либо статистически значимых ассоциаций. Информация, полученная в результате анализа данных, не претендует на генерализацию на все население Республики Армения. Оно представляет собой перекрестный анализ потребительского поведения, выбора аптечного учреждения и убеждений посетителей аптек города Еревана. Анализ потребительского поведения не включал использование каких-либо техник наблюдения и был ограничен анкетированием респондентов по опроснику. Следует отметить, что опросы проводились в основном в дневное время, таким образом, хотя и не исключая, но тем не менее, уменьшая вероятность участия в исследовании тех сегментов потенциальных респондентов, которые наиболее склонны посещать аптеки именно в утренние и/или вечерние часы. Тем не менее, авторы данной работы считают этот факт не недостатком исследования, а скорее одним из его ограничений, а раз ограничение осознано, оно может послужить хорошим основанием для дальнейших изысканий. Выводы на основе интерпретации данных исследования должны рассматриваться только по отношению к изучаемой группе респондентов. Тем не менее, исследование обладает существенной собственной ценностью, так как оно может служить отправной точкой и стандартом для сравнения для последующих исследований, которые, возможно, будут иметь количественный характер и ставить целью проверку определенной гипотезы, поставленной на основании результатов данного исследования. Далее, поскольку данное исследование носит исключительно описательный характер, оно не претендует на выявление корреляционных причинно-следственных связей и не предоставляет каких бы то ни было интерпретаций о действительных причинах и мотивирующих факторах тех или иных выявленных паттернов потребительского выбора и поведения.

Методология. Настоящее исследование представляет собой кросс-секционный описательный анализ, проведенный в период с 01 марта по 01 июня 2012 года.

1. Выборка. Выборка состоит из лиц достигших 20 лет и старше, которые покупали в момент исследования лекарства из аптек города Еревана. Респонденты были выбраны путем многослойного случайного выбора. 12 районов Еревана были разделены на 4 группы, основываясь на численность населения. Затем из каждой группы был выбран путем того же случайного отбора один район. В общей сложности, методом случайной выборки были отобраны 16 аптек из предварительно отобранных 4-х районов города Еревана, а именно: 3 аптеки из Кентрона, 5 из Ачапняка, 3 из Авана и 5 из Шенгавита. Далее, каждый 4-й посетитель аптеки был отобран для анкетирования, в общей сложности обеспечив 13 респондентов в каждой из них. Порайонно число респондентов составило 43, 67, 45 и 70 респондентов соответственно (общее число респондентов- 225).

2. Инструмент. Опросник был составлен сотрудниками кафедры Управления и экономики фармации ЕрМГУ, с последующей корректировкой на кафедре МВА Американского университета Армении. Опросник содержал закрытые и полуструктурированные вопросы, направленные на выявление паттернов потребительского поведения в плане наличия, степени и обусловленности их лояльности по отношению к определенной аптеке. Инструмент исследования был протестирован в двух аптеках Арабкирского района, которые не входили в изначальную выборку данного исследования, имея в качестве респондентов по 9 покупателей в каждой. Данные были анализированы, и опросники, подвергшись дальнейшей коррекции, были готовы к сбору данных.

Лояльность, согласно опроснику, определяется как наличие определенной аптеки, которой опрашиваемый отдает явное предпочтение; полу-лояльность определяется как возможность посещения и совершения покупок из других аптек при наличии определенной «аптеки-фаворита» и, наконец, нелояльностью отсутствие какого бы то ни было предпочитаемой аптеки.

3. Сбор и анализ данных. Данные, полученные в результате опроса респондентов со стороны 4-х интервьюеров, прошедших предварительный тренинг на кафедре под супервизией главного исследователя. Далее, данные были введены в программу SPSS 11.0 for Windows и обработаны с последующим анализом, используя, в частности, описательные команды программы. Респонденты были разделены на подгруппы согласно полу, возрасту, уровню образования, и анализ данных был осуществлен именно среди подгрупп.

Результаты. Демографическая картина посетителей аптек города Еревана на момент исследования была следующей. Коренными жителями Еревана оказались -173 респондента (76,89%), жителями других городов республики -31 (13,78%), деревень и поселков -21 (9,33%). Было выявлено также, что основными посетителями аптек являются лица женского пола: 181 (80,44%) лицо женского пола против 44 (19,56%) лиц мужского пола. Аптеки посещали лица разных возрастов, однако преобладающей возрастной группой была группа от 15-25 лет (143 респондента, или 63,56%), за которой следовала группа от 41 до 55 лет (32 респондента, или 14,22%), от 26 до 40 (35 респондентов, или 15,56%). Самой малочисленной возрастной категорией оказалась группа лиц в возрасте от 56 лет (14 респондентов, или 6,22%).

Исследователем интересовал также и уровень образования анкетированных. Среди них со средним школьным образованием были 12 (5,33%) покупателей, со средним профессиональным - 97 (43,11%), студентов ВУЗ-ов 47 (20,89%) и с высшим образованием 69 (30,67%). Что касается среднего статуса опрашиваемых, то холостыми оказались 147 человек (65,33%), а семейными 78 (34,67%).

В круг интересов исследования входили следующие параметры:

- распределение популяции респондентов по возрастным категориям и полу, уровню образования и семейному статусу в плане наличия и степени лояльности их к определенной аптеке;
- распределение популяции респондентов по возрастным категориям и полу, уровню образования и семейному статусу в плане значимости для них принадлежности аптеки к определенной фирменной сети, отношения опрашиваемых к внутреннему оформлению аптеки и предоставлению консультирования;
- распределение популяции респондентов по возрастным категориям и полу, и уровню образования в плане значимости для них возраста работника аптеки, его пола и внешности.

Результаты исследования показывают, что, как это видно на **графике 1**, лояльность к определенной аптеке обладает довольно сильно выраженным половым признаком: во всех без исключения возрастных категориях уровень лояльности среди лиц женского пола был на уровень выше. Далее, именно среди лиц от 15 до 25 лет лояльность (а также полу-лояльность) оказалась максимально выраженной и неуклонно ослабевала по мере продвижения вверх по возрастной шкале. Не претендуя на обладание статистически значимыми данными, а также их достаточностью для распространения на широкие слои населения, тем не менее, исследователи позволили себе выступить с предположением, что картина, отображенная на графике может быть обусловлена более высоким уровнем эмоциональной вовлеченности в процесс выбора той или иной аптеки и сохранению лояльности к ней именно среди лиц женского пола, в частности, среди молодых женщин и девушек в возрасте 15-25 лет.

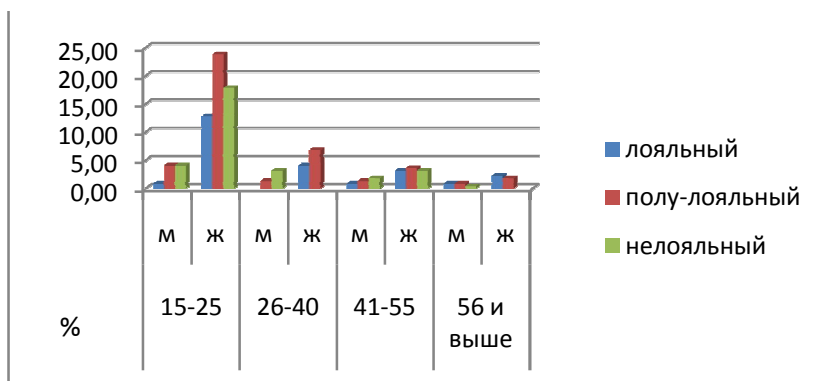


График 1. Лояльность по возрастным группам и полу (м – мужчины, ж – женщины)

График 2 отображает соотношение лояльности респондентов к их уровню образования. Как видно на графике, уровень лояльности наиболее высок среди лиц с состоявшимся профессиональным образованием, будь то среднее или высшее. Они примерно одинаковы. А вот уровень полу-лояльности среди лиц со средним профессиональным образованием почти вдвое превышает таковой у лиц с высшим образованием. Самая слабая выраженность лояльности - у лиц со средним школьным образованием.

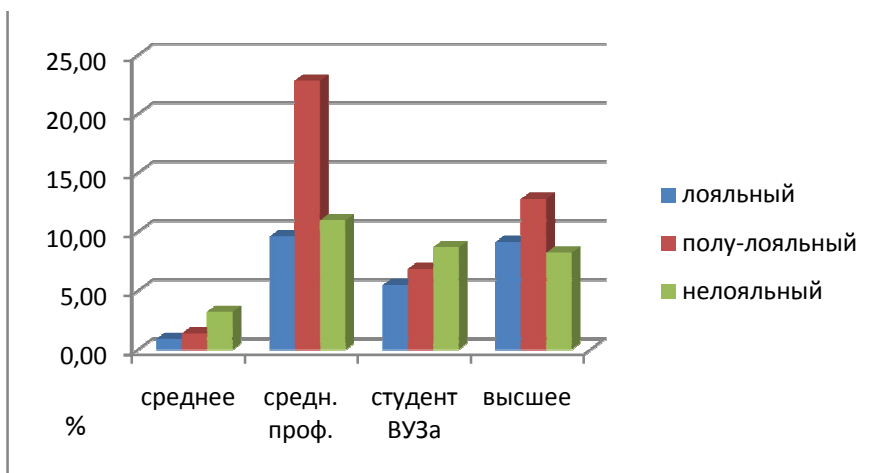


График 2. Лояльность по уровню образования

Интересным представляется изучение уровня лояльности в соотношении с семейным статусом. На **графике 3** можно заметить, что по сравнению с холостыми, среди семейных людей нелояльное отношение на довольно высоком уровне. Опять, не претендуя на статистическую достоверность и

возможность генерализации, исследователи допускают мнение, что такое пропорциональное возрастание степени нелояльности среди семейных респондентов можно было бы объяснить тем, что эмоциональный компонент в выборе аптеки у таких людей существенно уступает прагматическим соображениям.

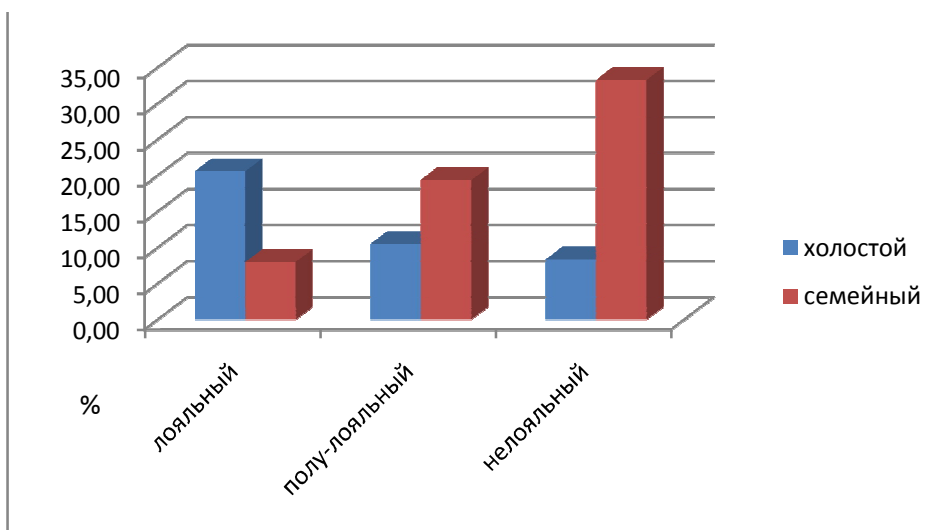


График 3. Лояльность по семейному статусу

График 4 иллюстрирует распределение по возрастным категориям и полу в соотношении той значимости, которую респонденты придавали принадлежности аптеки к той или иной коммерческой сети, ее внутреннему интерьеру и консультации фарм. работника. Опрошенные должны были оценить значимость вышеперечисленных параметров по нисходящей шкале от 5 (max) до 1 (min). Среди тех, кто придавал наибольшее значение принадлежности аптеки к определенной сети, оказались лица мужского пола в возрасте 15-25 лет (40%) против лиц женского пола того же возраста, которые придавали этому минимальное значение (18% опрошенных данной категории). Более высокое значение внутреннему оформлению аптеки (интерьеру) придавали мужчины (60% опрошенных мужчин в возрасте 26-40 лет оценили этот параметр на 5) по

сравнению с женщинами (32%), причем, как это видно из графика, с возрастом у обоих полов значение данного параметра имеет тенденцию к возрастанию, хотя и с меньшими темпами у женщин. Что же касается консультации фарм. работника, то во всех возрастных категориях самое высокое значение (5 баллов) данному параметру придавали лица женского пола (39% женщин против 30% мужчин в возрасте 15-25 лет, 58% против 50% в возрасте 26-40 лет и 47% против 28% в возрасте 41-55 лет). Возможно, такая последовательность в тенденции объясняется большей склонностью лиц женского пола по сравнению с мужским прислушиваться к авторитетному мнению в лице специалиста.

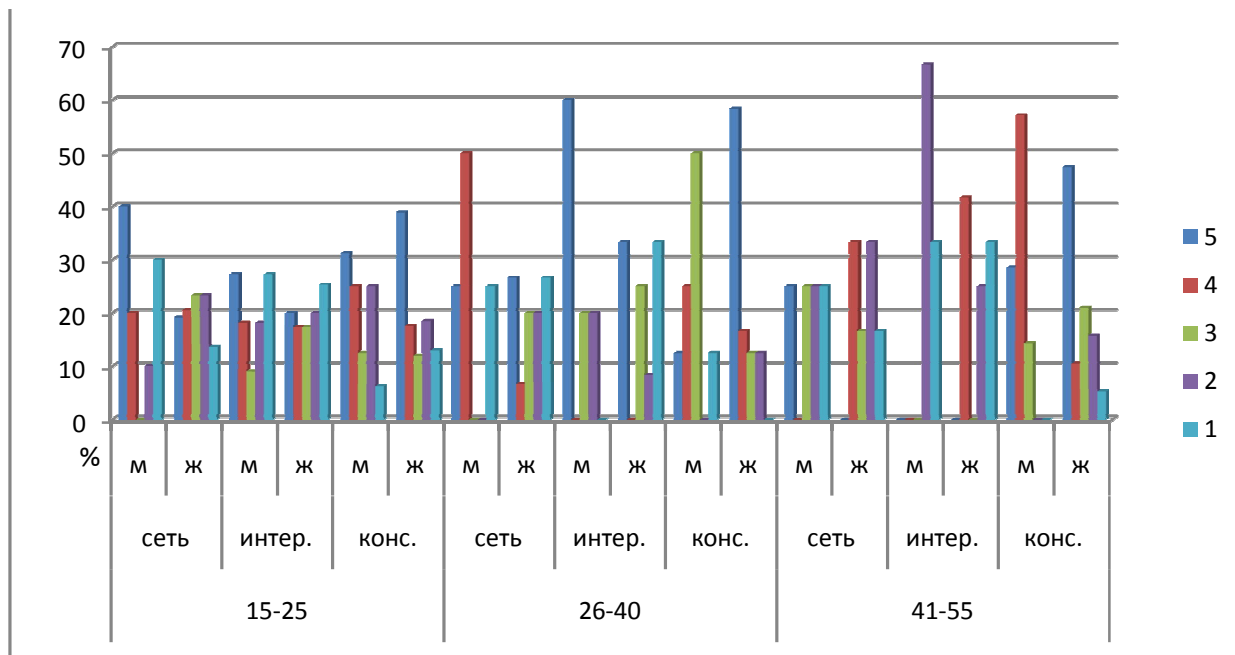


График 4. Значимость принадлежности аптеки к определенной коммерческой сети, ее интерьер и наличие консультаций по возрастным группам и полу

Заключение. Как показывают результаты исследования, покупательская лояльность по отношению к аптекам и придавание значения тем или иным параметрам, характеризующим аптеку, обладает определенной половой идентичностью. Представители женского пола более склонны к лояльности, причем в обратной пропорциональности к возрасту. Далее, лояльность обладала более высокими показателями у лиц с оконченным профессиональным образованием (будь то средним или высшим) по сравнению с лицами со средним школьным и с незаконченным высшим образованием. Что же касается семейного положения, то состоящие в браке демонстрировали наименьшую склонность к лояльности. Лица мужского пола придавали большее значение к факту принадлежности аптеки к определенной коммерческой сети и к ее внутреннему оформлению независимо от возраста, а предоставлению консультаций со стороны фарм. работника придавали максимальную важность именно представители женского пола, причем наибольшую оценку этот показатель получил среди женщин средней возрастной категории (26-40 лет).

Данные исследования представляют собой ценность в качестве отправной точки для дальнейших изысканий с возможной постановкой интересующей гипотезы.

Литература

1. Котлер Ф., Триас де Без Ф. Новые маркетинговые технологии. - СПб: Нева.- 2004. -192 с.
2. Boone L. E., Kurtz D. L.. Contemporary Marketing. 7th ed. The Dryden Press, 1992, 682 p.
3. Kotler Ph., Armstrong G.. Principles of Marketing, 14/E. Pearson Prentice Hall. Upper Saddle River, 2012, 744 p.
4. Managing Drug Supply. Kumarian Press, West Hartford, 1997, 816 p.
5. Кирщина И.А. Разработка организационных подходов к оптимизации обслуживания населения при отпуске лекарственных средств (Автореф. дисс.канд.). - Пермь, 2009. - С.3.
6. Баева Е.Е. Анализ факторов, влияющих на психологию покупателя лекарственных средств//Маркетинг в России и за рубежом.-2007.-№1.-С.20.
7. Гончаров О. И., Ким Д. С., Федосова М. А. Книга директора аптеки. 2-е издание, -Москва, 2008. - 304 с.

8. Мошкова Л.В., Выровщикова А.В. Совершенствование лекарственного обеспечения населения на базе иностранных инвестиций//Фармация.-2002.- №5.-С.16-17.
9. Райсян М.Г., Максимкина Е.А. Методические рекомендации по разработке программ лояльности для различных групп потребителей аптечной организации. Кафедра управления и экономики фармации ФПО провозоров, Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова. Москва, 2008. – С. 32.
10. Обухов С. Кто они, посетители аптек? “Провизор” N 11, 2003

Бегларян Маргарита Грантовна
Тел.: (+37410)565481; моб. (+37491)407527
E-mail: marqaritavio@mail.ru
Саакян Карине Мартыновна
Тел.: (+37410)565481; моб. (+37491)34 61 51
E-mail: karine@mail.am
Амирджанян Ара Альбертович
Тел.: (+37410)565481; моб. (+37499)010885
E-mail: ara_amirjanyan@ymail.com

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЮ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уразбахов Ж.Ж.

Начальник поликлиники ДВД Кызылординской области

В статье отражена необходимость составления бизнес-плана в организациях здравоохранения, проанализированы теоретические и практические основы бизнес-планирования в здравоохранении. Бизнес-план, во-первых, содержит ориентиры деятельности объекта здравоохранения; во-вторых, дает возможность определить степень его устойчивости в условиях конкуренции и, в-третьих, служит важным инструментом получения финансовых средств от внешних инвесторов.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМДАРЫНДАҒЫ БИЗНЕС-ЖОСПАРЛАУҒА ӨДІСТЕМЕЛІК ЖОЛДАР

Уразбахов Ж.Ж.

Мақалада, денсаулық сақтау ұйымдарында бизнес-жоспар құру қажеттілігі айтылған, денсаулық сақтаудағы бизнес-жоспарлаудың теориялық және практикалық негіздері талданған. Бизнес-жоспар, біріншіден денсаулық сақтау нысанының қызмет бағытын көрсетсе, екіншіден бәсекелестік жағдайында оның тұрақтылығын анықтауға мүмкіндік береді, ал үшіншіден сыртқы инвесторлардан қаржы алу құралы болып табылады.

APPROACHES TO BUSINESS PLANNING AT THE HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Urazbakhov J.J.

Head of the clinic of the Department of Internal Affairs of Kyzylorda region

The article reflects the need for preparing a business plan in health care organizations, analyzes the theoretical and practical basis of business planning in health care. The business plan, first, contains the guidelines of the health facilities, and secondly, makes it possible to determine the degree of stability in a competitive environment and, thirdly, is an important tool for obtaining funds from outside investors.

The field of healthcare services presents a marvelous opportunity to examine institutional arena undergoing rapid, even, profound change. Traditional organizations, like hospitals, are declining in number, strength and centrality, and newer organizational forms, like health maintenance organizations, are on the rise.

В период перехода экономики на рыночные условия хозяйствования происходит процесс трансформации социальных институтов, в частности в сфере здравоохранения, которое становится связанным с экономикой, хозяйственными и финансовыми процессами все более тесным образом. Переход на новые условия хозяйствования предполагает внедрение рыночных механизмов регулирования экономической деятельности организаций здравоохранения.

Актуальность исследования вызвана необходимостью разработки экономического механизма функционирования организаций здравоохранения путем активного привлечения как бюджетных, так и внебюджетных источников в условиях реформирования бюджетного сектора и межбюджетных отношений.

В условиях рыночной экономики, особенно для новых организационно-правовых форм объектов здравоохранения, необходимо определить перспективы деятельности той или иной медицинской организации, исходя из целей получения максимального экономического эффекта его функционирования. Достижению этой цели во многом способствует бизнес-планирование.

Бизнес-план – это планирующий документ, который обобщает анализ возможностей для начала или расширения бизнеса в какой-либо конкретной ситуации и дает четкое представление о том, каким образом менеджеры данной организации намерены использовать эти возможности. Этот документ содержит ориентиры деятельности организации, дает возможность определить степень его устойчивости в условиях конкуренции и, кроме того, используется для привлечения партнеров и получения финансирования.

Ежегодное бизнес-планирование осуществляется с целью повышения финансовой стабильности организации здравоохранения, оптимизации использования финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов. Бизнес-планирование является комплексным методом прогнозирования и планирования взаимосвязанных параметров медицинской и финансово-хозяйственной деятельности и в условиях недостаточности бюджетных средств применяется для полного ресурсного обеспечения работы плановых мощностей. В современной экономической ситуации невозможно добиться положительных результатов, не планируя своих действий и не прогнозируя последствий.

Планирование – это определение цели развития управляемого объекта, методов, способов и средств ее достижения, разработка программы, плана действия различной степени детализации на ближайшую и более отдаленную перспективу. Планирование – одна из важнейших предпосылок оптимального

управления производством. Планирование необходимо любой организации, которая намеревается предпринимать какие-то действия в будущем [1-4].

Процесс планирования позволяет увидеть весь комплекс будущих операций предпринимательской деятельности и предвосхитить то, что может случиться. Особенно важно планирование в коммерческой деятельности, где требуются предвидение в долгосрочной перспективе и предварительные разработки, предшествующие первым шагам предприятия.

Современная экономическая ситуация, связанная с активным развитием рыночных отношений, диктует предприятиям новый подход к внутрифирменному планированию. Они вынуждены искать такие формы и модели планирования, которые обеспечивали бы максимальную эффективность принимаемых решений. Оптимальным вариантом достижения таких решений является прогрессивная форма плана – бизнес-план.

Таким образом, залогом успешного будущего предпринимательской деятельности выступает успешная разработка бизнес-плана перед осуществлением какой-либо деятельности, что и определяет актуальность темы данной работы.

В каждой из отраслей народного хозяйства (строительство, промышленное производство, образование и здравоохранение) существуют свои особенности бизнес-планирования. Эти особенности связаны, прежде всего, с особенностями самой отрасли.

Нами проанализированы теоретические и практические основы бизнес-планирования в здравоохранении.

По теоретической части необходимо:

- описать цели разработки бизнес-плана;
- описать основные этапы и методы разработки бизнес-плана;

- описать некоторые особенности бизнес-планирования в сфере здравоохранения.

По практической части:

- дать краткое описание проекта или резюме проекта;
- кратко описать услуги, предоставляемые по проекту;
- разработать календарный график внедрения проекта;
- разработать бюджет проекта;
- исследовать основные источники финансирования проекта;
- разработать маркетинговую стратегию проекта;
- определить предполагаемый финансовый результат от проекта.

Бизнес-план по содержанию является полным и точным описанием предприятия, начиная от продукта и заканчивая процессами управления, а также финансовыми потребностями.

Подготовка бизнес-плана требует тщательности, опоры на факты и закладывает основы благополучия предприятия. По большому счету планирование представляет собой принятие решения о том, что, как и когда делать. Оно имеет чрезвычайное значение для успеха предприятия [5].

Определение цели бизнес-плана – второй важный шаг после определения сферы деятельности будущего предприятия или проекта. Цель – это положение вещей, реальное или воображаемое, к которому будет стремиться разработчик бизнес-плана, предприятие или проект. На данном этапе не следует значительное внимание уделять реалистичности поставленных целей, так как именно составление бизнес-плана и должно ответить на этот вопрос [6].

При подготовке бизнес-плана медицинской организаций проводится анализ объема и структуры рынка медицинских услуг, в ходе которого используются материалы специализированных изданий, статистические сборники или проводятся собственные исследования. В бизнес-плане описывается концепция медицинской организации, которое может представлять собой многопрофильную клинику или специализированное лечебное учреждение.

Для анализа возможностей медицинской организаций по привлечению клиентов используются результаты опросов, выявляющих факторы, влияющие на выбор медицинской организации для различных групп потребителей медицинских услуг. При разработке маркетинговой стратегии учитываются демографические характеристики основных потребителей по видам медицинских услуг, а также информация об источниках информации, принимаемой во внимание при выборе медицинской организаций.

В бизнес-план должно быть включено описание места осуществления проекта и преимуществ выбранного места с точки зрения создания медицинской организации. Также в бизнес-плане содержится информация о первоначальных затратах, в том числе расходах на строительство или аренду помещения для медицинской организации. В качестве текущих расходов рассматриваются заработная плата специалистов,

расходы на покупку лекарственных препаратов и различных материалов, ремонт и замену оборудования, а также на оплату коммунальных услуг.

В бизнес-плане должен быть описан график осуществления проекта, учитывающий время, необходимое для строительства и оборудования центра, а также для поиска квалифицированных сотрудников. В графике получения доходов учитывается постепенный рост числа клиентов медицинской организаций.

В рамках финансового и экономического анализа проекта рассчитываются основные показатели эффективности проекта, а также должен быть представлен отчет о движении денежных средств и отчет о прибылях и убытках для рассматриваемого проекта. Кроме того, в бизнес-план включается анализ рисков, в рамках которого анализируются изменения эффективности проекта при наступлении неблагоприятных изменений на рынке платных медицинских услуг или в случае отклонения параметров проекта от ожидаемых величин [7,8].

Мировая практика показывает, что большинство предприятий терпят большие убытки только потому, что не предусмотрели или неправильно спрогнозировали изменения внешней среды и не оценили своих возможностей. Задачу согласования интересов в бизнес-плане решить достаточно сложно, но сделать ее реально выполнимой еще сложнее. Поэтому бизнес-план рассматривает все проблемы сразу, с различных позиций и в разных вариантах [9,10].

Таким образом, по своей сути бизнес-планирование, включающее в себя разработку бизнес-планов, относится к экономическим методам управления, при использовании которых стоимость факторов и гарантия успеха играют решающую роль и успех предприятия будет обеспечен в том случае, если все имеющиеся ресурсы будут направлены на достижение цели и использованы с максимальным эффектом, чему немало способствуют разработка и внедрение бизнес-плана.

Литература:

1. Балакоев В. З. Общая экономическая теория: Учеб. пособ. – Новосибирск: ТОО ЮКЭА НПК «Модус», 2009. – 416 с.
2. Деловое планирование: Учеб. пособ./ Под ред. В.М. Попова. – М.: Финансы и статистика, 2009. – 478 с.
3. Любанова Т. П. и др. Бизнес-план: Опыт, проблемы: Учеб. пособ. – М.: ПРИОР, 2005. – 789 с.
4. Маркова В.Д., Кравченко Н. А. Бизнес-планирование: Практическое пособие. – Новосибирск: ЭКОР, 2008. – 145 с.
5. Менеджмент в здравоохранении: Хрестоматия. – М., 2007. – 160 с.
6. Пелих А.С. Бизнес-план или «Как организовать собственный бизнес». Анализ. Методика. Практикум. – М.: Экономика, 2003. – 256 с.
7. Савельева М.Ю. Экономика организаций (предприятий): Учебно-методический комплекс. – Новосибирск: НГАЭ иУ, 2003. – 256 с.
8. Смирнов Э.А. Основы теории организации: Учеб. пособ. – М.: Аудит, ЮНИТИ, 2008. – 375 с.
9. Экономический анализ: ситуации, тесты, примеры, задачи. Выбор оптимальных решений, финансовое прогнозирование: Учеб. пособ./ Под ред. М.И. Баканова, А.Д. Шеремета. – М.: Финансы и статистика, 2007. – 656с.: ил.
10. Липиц И.В., Косов В.В. Инвестиционный проект методы подготовки и анализа: Учебное справочное пособие. – М.: Бэк, 1999.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО, СОЦИАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Даришева Д.А.

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, магистрант 2-го курса факультета общественное здравоохранение.

dina.darisheva@mail.ru, +7(727)2927937, +77012669184

г.Алматы ул.Толле би,94

На сегодняшний день, показатели качества жизни населения являются критерием отражающим эффективность проводимых в стране профилактических программ, качество медицинского обслуживания, социально-экономического и экологического благополучия населения. Проведение научных исследований в данном направлении позволяет дать оценку состояния здоровья населения и разработать комплекс адекватных мероприятий по охране здоровья, снижения показателей заболеваемости, и формирования здорового образа жизни различных групп населения.

Ключевые слова: качество жизни, методы изучения качества жизни, здоровье населения.

Халықтың өмір сүру сапасы физикалық, әлеуметтік және психологиялық сауылықтың интегральді көрсеткіші ретінде.

Даришева Д.А.

Қазіргі таңдағы халық өмірінің сапасының көрсеткіштері – ол халыққа медициналық көмек көрсету сапасы, әлеуметтік-экономикалық және экологиялық сауылық елімізде жүргізілетін алдын алу бағдарламаларының тиімділігін көрсететін критерий болып табылады. Бұл бағыттағы ғылыми зерттеулерді жүргізу - халық денсаулығына баға беруді анықтауға және денсаулықты қорғауға адекватты шаралар кешенін дайындауға, аурушандықтың көрсеткіштерін төмендетуге және халықтың әр түрлі топтарында салауатты өмір салтын қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Кілттік сөздер: өмір сүру сапасы, өмір сүру сапасын зерттеу әдістері, халық денсаулығы

Quality of life as integrated indicator of physical, social and psychological wellbeing.

Darisheva D.A.

In modern time, indexes quality of life is a criterion reflecting efficiency of the prophylactic programs conducted in a country, quality of medical service, socio-economic and ecological prosperity of population. Realization of scientific researches in this direction allows to define health of population and prepare the complex of adequate measures on a health care, decrease indexes of

morbidity, and development of healthy lifestyle in different groups of population.

Key words: quality of life, methods of quality of life assessment, health of population

В современной медицине качество жизни (КЖ) признано одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья в отношении потенциальных рисков. В настоящее время необходимо руководствоваться комплексным подходом к оценке здоровья населения и основываться не только на объективных данных, но и на субъективном восприятии самого человека психологических, эмоциональных и социально-гигиенических аспектов его жизни. Исследование КЖ в медицине является уникальным подходом, позволяющим принципиально изменить взгляд на проблемы болезни и больного [1-7].

На практике существуют несколько подходов к оценке качества жизни: физиологический, экономический, социологический, психологический и медицинский, включающий в себя также концепцию качества жизни, связанного с состоянием здоровья человека [8,9].

По определению Межнационального центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, Санкт-Петербург), КЖ – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его субъективном восприятии [1].

По определению ВОЗ, КЖ– это «восприятие индивидуумами своего положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей той среды, в которой они живут, в неразрывной связи с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами [10].

По определению Cella D.F., Vonotti A.E. (1995), КЖ отражает, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания и лечения.

Определение понятия КЖ логично связано с дефиницией здоровья, данной ВОЗ (1948):

«Здоровье – это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие

заболевания».

В последние годы понятие «качество жизни» превратилось в предмет научных исследований и стало более точным – «качество жизни, связанное со здоровьем» (health related quality of life, HRQL). КЖ сегодня – это надежный, информативный и экономичный метод оценки здоровья больного как на индивидуальном, так и на групповом уровне [1,10].

Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» включает следующие составляющие компоненты:

- Физическое благополучие
- Психологическое благополучие
- Социальное благополучие
- Духовное благополучие

Соответственно выделяют три основные сферы человеческой жизнедеятельности для проведения оценки качества жизни:

- физическая сфера, отражающая такие факторы как боль, способность к движению, выполнение повседневных задач и т.д.;

- психическая сфера, отражающая чувственное восприятие, счастье, самоуважение, тревога и т.д.;

- социальная сфера отражает взаимодействие с другими людьми в социальной сфере, дружбу, степень одиночества и т.д. Составляющие компоненты понятия «качество жизни, несвязанное со здоровьем»:

- Образование
- Экономическая безопасность
- Окружающая среда
- Физическая безопасность

В разработку научного изучения КЖ значительный вклад внесла Всемирная Организация Здравоохранения.

ВОЗ выработала основополагающие критерии качества жизни:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);

- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);

- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);

- жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);

- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (загрязнители, шум, населенность, климат)

- духовность (религия, личные убеждения).

Оценка качества жизни пациента может производиться двумя основными способами: другим человеком, чаще всего лечащим врачом (объективный подход); либо путем самооценки (субъективный подход).

Мотивом к разработке субъективных подходов явились результаты исследований, показавшие недостаточное понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента, в результате чего взгляды врача могут не соответствовать установкам больного.

На современном этапе развития медицины во всем мире идет интенсивная разработка методик определения качества жизни для наиболее распространенных хронических заболеваний в связи с признанием критериев КЖ неотъемлемой частью комплексного анализа новых методов диагностики, лечения и профилактики, инициатив по охране здоровья населения, оценки результатов лечения, качества оказываемой помощи и др.

КЖ является ценным показателем не только при проведении клинических исследований, но и при изучении КЖ в определенных популяциях.

Для организаторов здравоохранения, врачей, ученых и общества в целом, большую ценность представляют данные о результатах популяционных исследований качества жизни, так называемые популяционные нормы качества жизни. Под нормой в данном случае подразумевают значение показателей качества жизни населения той или иной страны, того или иного региона. Нормативные показатели качества жизни имеются во всех развитых странах мира.

Данные о нормативных показателях качества жизни могут быть использованы в различных сферах жизни общества:

- при сравнении показателей качества жизни определенных групп населения с популяционной нормой;
- при проведении мониторинга качества жизни различных слоев населения;
- при сравнении показателей качества жизни определенной группы больных с популяционной нормой;
- при проведении комплексной оценки эффективности программ в области здравоохранения;
- при разработке реабилитационных программ мер социальной адаптации для различных категорий населения.

Таким образом, проведение комплексных исследований качества жизни позволит дать многомерную оценку состояния здоровья и благополучия населения с целью разработки

комплекса мероприятий по охране здоровья и формирования здорового образа жизни.

Повышение эффективности межсекторального сотрудничества в области защиты и укрепления здоровья, направленного на снижение социальных рисков, изменение поведенческих стереотипов позволит повысить показатели качества жизни населения Республики Казахстан.

Литература:

1. Новик А.А., Ионова Т.И., Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание/под ред. акад.РАМН Шевченко Ю.Л. 2007 г.
2. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И., Исследование качества жизни в кардиологии. Вестник межнационального центра исследования качества жизни, 2008 С. 4-14.
3. Apolone G. The Italian SF-36 Health Survey: Translations, Validations and Norming / Apolone G., Mosconi P. // J. Clin. Epidemiol.- 1998.- Vol. 51.-№11.-pp. 1025-1036;
4. Berzon R. International use, application and performance of health-related quality of life instruments / Berzon R., Hays R.D., Shumaker S.A. // Journal Quality of Life Research.- 1993.- Vol. 2.- P. 367- 368;
5. Ionova T. A corporative study of physical and mental health in Russia and the United States / Ionova T., Ganbek B., Sukhonos Yu. et al. // J. Qual. Life Research.- 2001Vol. 9, №3.- P. 308;
6. Journal of Clinical Epidemiology 58 (2005) 568-578 «A structured review of randomized controlled trials of weight loss showed little improvement in health-related quality of life»
7. Mihaila V. General Population Norms for Romania using the Short Form 36 Health Survey (SF-36) / Mihaila V., Enachescu D., Davila C., et al. // Quality of Life Newsletter.- 2001.- Vol. 26.- P. 17-18;
8. Lindstrom B, Koehler L. Youth, disability and quality of life. Pediatrician 1991; 18 (2): 1218.
9. Nussbaum MC. The fragility of goodness. Cambridge University Press; 1986.
10. WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine.41(10):1403-1409.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПО РАЙОНАМ ГОРОДА АЛМАТЫ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА

Абдыкерова М.Т., Сиражева К.Г.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы

Анализируя показатели заболеваемости ВИЧ по районам города в 2011г. в сравнении с 2010г., отмечается увеличение заболеваемости в Алатауском районе на 37,5%, Турксибском – на 11,8%, в Медеуском и Бостандыкском районах – на 7,7 и 7,4% соответственно; в Алмалинском и Жетысуском районах - на 4,2% и 2,1% соответственно. Регистрация заболеваемости в Ауэзовском районе осталась на прежнем уровне.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, дозорный эпидемиологический надзор, мужчины, занимающиеся сексом с мужчинами, половой партнер

The comparative analysis of inspection on HIV infection on districts of the city of Almaty for 2010-2011

M.Abdykerova, K.Sirazheva

Analyzing indicators of incidence of HIV on districts of the city in 2011r. in comparison with 2010r., the increase in incidence in the Alatausky area for 37,5 %, Turksibsky – for 11,8 %, in Medeusky and Bostandyksky areas – for 7,7 and 7,4 % respectively is noted; in Almalinsky and Zhetysusky areas - for 4,2 % and 2,1 % respectively. Incidence filing in the Auezovsky area remained at former level.

Key words: HIV, sentinel surveillance, men who have sex with men, sex partner

Алматы қалаласындағы аудандар бойынша 2010-2011 жылдар бойы АИТВ-инфекцияға тексеру салыстырмалы талдауы

Абдыкерова М.Т., Сиражева К.Г.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы Алатау ауданындағы ауру-сырқауды үлкею 37,5%, Түркісіб ауданында 2010 жылдан салыстырудағы 2011 жылдағы қаланың аудандары бойынша АИТВ-инфекция ауру-сырқаудың көрсеткіштері талдай атап өтеді - 11,8%, Медеу және Бостандық аудандарындағы - сәйкесінше 7,7 және 7,4%; Алмалы және Жетісу аудандарындағы - сәйкесінше 4,2% және 2,1%. Әуезов ауданындағы ауру-сырқауды тіркеу бұрынғы деңгейде қалды

Негізгі сөздер: АИТВ-инфекция, індеттік қадағалауды бақылау, еркектер еркектермен секспен айналысатындар, жыныс әріптесі

Эпидемия ВИЧ и СПИДа проникла во все регионы мира. Она представляет собой угрозу для развития человечества. В докладе ЮНЭЙДС к всемирному дню борьбы со СПИДом 2011 года указано, что, начиная с 1997 г. по 2010 г. ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекций уменьшилось на 21% [1]. По оценочным данным людей, живущих с ВИЧ в мире около 33 миллионов (от 30 до 36 миллионов). В ряде стран прирост новых случаев ВИЧ замедлился, но на глобальной картине это не

отразилось в связи с большим числом новых заражений в других странах. Количество новых заражений в 2007 году оценивается в 2,7 миллионов (от 1,6 до 3,9 миллионов). За счет внедрения АРВ - терапии сократилось число смертей от СПИДа. В 2007 году 2 миллиона человек (от 1,8 до 2,3 миллиона) умерли от СПИДа. Женщины составляют около 50% от всех ЛЖВ в мире (60% из них живут в Африке южнее Сахары). Молодежь в возрасте 15-24 года составляет 24%. Детей до 15 лет – 2 миллиона (почти 90% из них в Африке южнее Сахары). В 22-х странах которые расположены в Африке к югу от Сахары, заболеваемость ВИЧ снизилась более чем 25 % за период с 2001 по 2010 гг. [1,2,3]

В 2011 году зарегистрировано 2006 случаев ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения составил 12,1 (в 2010 году – 1988 случаев, показатель – 12,5), в сравнении с аналогичным периодом 2011 года отмечается повышение на 18 случаев [4].

Цель: представить эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции по районам г.Алматы за период с 2010 по 2011 года

Материалы и методы исследования:

1. Отчет о распространенности ВИЧ – инфекции по данным скрининга;
2. Отчет результатов быстрой оценки ситуации среди лиц живущих с ВИЧ-инфекцией;
3. Отчет данных дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН)

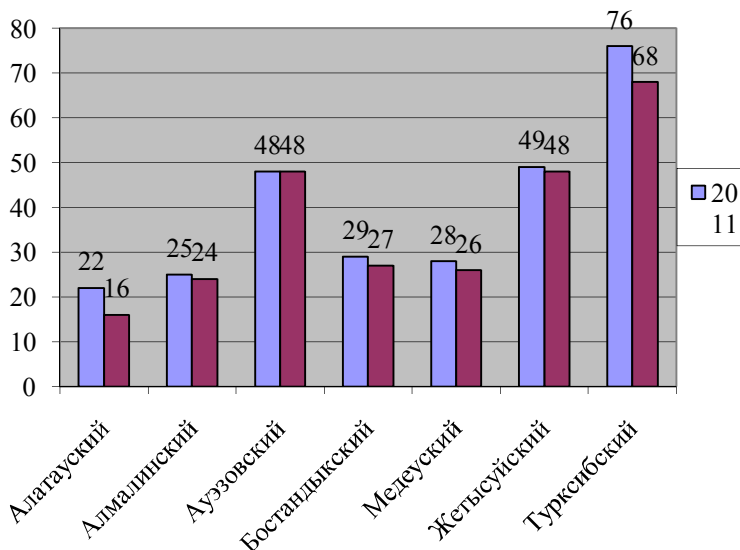
Результаты и обсуждение.

Основываясь на «Триединых принципах» UNAIDS для обеспечения наиболее эффективного и действенного использования ресурсов, быстрого принятия мер и осуществления управления, ориентированного на результат страны региона выработали собственные стратегии по противодействию ВИЧ и СПИДу, направленные на достижение всеобщего доступа к лечению, уходу и поддержке с учетом местных особенностей каждой страны.

В странах Центральной Азии реализуются национальные (государственные) программы, созданы системы мониторинга и оценки, а также осуществляется межсекторальная координация деятельности, направленная на противодействие распространению ВИЧ-инфекции.

Анализируя показатели заболеваемости ВИЧ по районам города в 2011г. в сравнении с 2010г., отмечается увеличение заболеваемости в Алатауском районе на 37,5%, Турксибском – на 11,8%, в Медеуском и Бостандыкском районах – на 7,7 и 7,4% соответственно; в Алмалинском и Жетысуском районах - на 4,2% и 2,1% соответственно. Регистрация заболеваемости в Ауэзовском районе осталась на прежнем уровне (48 случаев) [5].

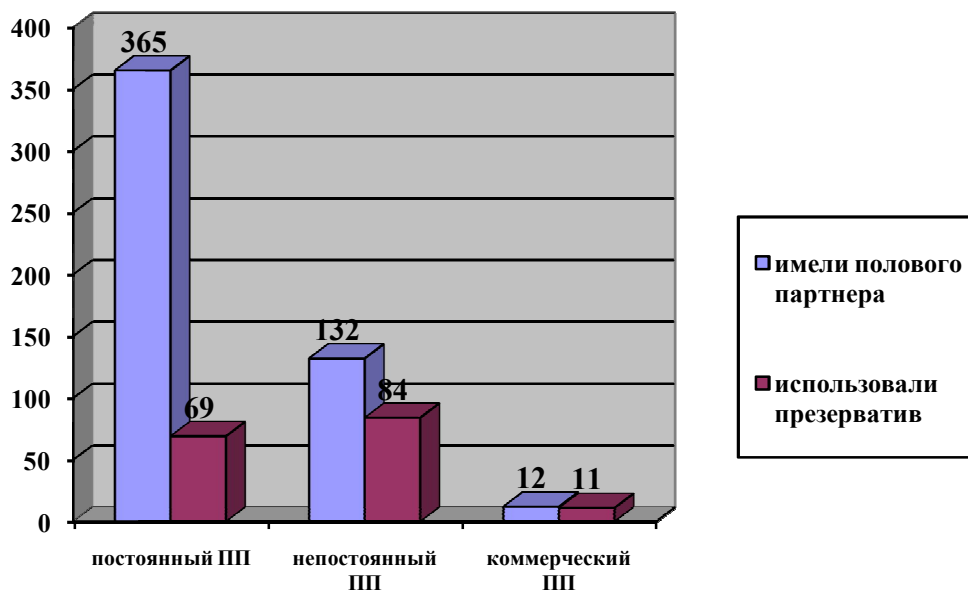
Распределение заболеваемости ВИЧ – инфекцией по районам г. Алматы за 2011 год в сравнении с 2010г.



По быстрой оценке ситуации в г.Алматы насчитывается около 3000 мужчин, занимающихся сексом с мужчинами (МСМ). Нарастающим итогом с 1987 г. среди МСМ зарегистрирован 31 случай ВИЧ-инфекции, удельный вес, которого составляет 0,8% от всех выявленных случаев по городу. В 2011г. в исследовании участвовали лица следующих национальностей: 60,75,8 % респондентов – казахи, 27,25% - русские, 12 % - представители других национальностей.

В 2011г. уменьшился процент участвующих в ДЭН коренного населения республики с 37,8% в 2009г. до 60,75% в 2011г. В 2011г. наибольшее количество использования презервативов 91,7% наблюдается при последней половой связи с коммерческим половым партнером (увеличение произошло на 12,2% по сравнению с 2009г.).

Распределение людей живущих с ВИЧ-инфекцией по наличию половых партнеров



Доля респондентов же использовавших презерватив с непостоянными половыми партнерами снизилась на 5,2%. Количество использования презервативов с постоянными партнерами уменьшилось на 18,9%.

Выводы:

1. Необходимо масштабнее проводить санитарно-просветительскую работу среди населения по профилактике ВИЧ и ИППП: в СМИ; в МО; в школах; ССУЗ и ВУЗ; в ВЧ; в УКУИС.
2. Активизировать работу по выявлению ИППП среди групп высокого риска
3. Использование презервативов способствует снижению риска заражения ВИЧ-инфекцией

Использованная литература:

1. UNAIDS report on the global aids and epidemic, 2010 - Global report
2. Schneider M, Zwahlen M, Egger M. Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: a literature review. London, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, 2010
3. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2009. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2010
4. Данные РЦ СПИД, 2011 год
5. Данные ДЭН, 2011 год

Сведения об авторах
 Абдыкерова Меруерт Турдакыновна - врач-педиатр ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы»
 Адрес: г. Алматы, ул. Басенова 2, корпус 4, факс (7272) 2465280
 E-mail: abdykerova_m@mail.ru, тел. моб.: +77751991527

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ ПАСПОРТИЗАЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бишораева Т.С. – начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка управления здравоохранения Акмолинской области, г.Кокшетау

The results of the certification among young children in Akmola

*Bishoraeva T.S.
 Head of the Maternal and Child Health Department of Akmola region, Kokshetau*

Relevance. One of the target indicators of the State Programme for the Development of Health "Salamatty Kazakstan" for 2011-2015 is to reduce infant mortality by 2015, to 12.3. According to WHO, 60% of infant mortality may be the fault of the parents, 30% the fault of society, and in 10% the fault of health workers.

In this context especially important to study factors affecting the health of children, the infant mortality rate, which will develop an optimal plan for the health of young children to reduce infant mortality by improving social welfare.

The purpose of research - determining the factors affecting the health of young children on the basis of data obtained during the certification of children aged 0 to 2 years and assessing social status of the population (living conditions, nutrition, social status), the state of medical care of infants. The study covered 17 districts and Kokshetau, Stepnogorsk, the main criteria were the distance from the district center and standard of living. In each area of the family

attended the commission of: district chief physician, a representative of SES, mayor of the rural districts, the district pediatrician in charge of health care providers in this village.

Types of respondents to a survey were parents with children aged from 0 to 2 years.

Ақмола облысындағы балдырған жастағы балалар арасында жүргізілген төлқұжаттаудың нәтижелері

Бишораева Т.С. – Ақмола облысы, Көкшетау қаласы денсаулық сақтау басқармасының ана мен бала денсаулығын сақтау бөлімінің бастығы

Өзектілігі. 2015 жылға қарай сәбилердің шетінеуінің 12,3 дейін төмендетілуі 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» ҚР Денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасының мақсатты индикаторларының бірі болып табылады. ДДСҰ-ның деректері бойынша сәбилердің шетінеуі 60% жағдайда ата-аналардың кінасынан, 30% жағдайда қоғамның кінасынан және 10% жағдайда медицина қызметкерлерінің кінасынан орын алады екен.

Бұл контекстте балалардың денсаулық жағдайына, сәбилердің шетінеу көрсеткішіне әсер ететін факторларды зерттеу ерекше

өзектілікке ие болып отыр, ол балғын жастағы балалардың денсаулығын нығайту жөніндегі, халықтың әлеуметтік қорғанысын жетілдіру арқылы сәбилердің шетінеуін төмендету жөніндегі оңтайлы жоспарды әзірлеуге мүмкіндік береді.

Актуальность. Одним из целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы является снижение младенческой смертности к 2015 г. до 12,3. По данным ВОЗ в 60% младенческая смертность допускается по вине родителей, в 30% по вине общества, и в 10% по вине медработников.

В данном контексте особую актуальность приобретает изучение факторов влияющих на состояние здоровья детей, на показатель младенческой смертности, что позволит разработать оптимальный план по укреплению здоровья детей раннего возраста, по снижению младенческой смертности путем совершенствования социальной защиты населения.

Цель исследования – определение факторов влияющих на состояние здоровья детей раннего возраста на основе данных, полученных в ходе проведения паспортизации детей в возрасте от 0 до 2 лет и оценка социального положения населения (условия проживания, питания, социальное положение), состояние медицинского обслуживания детей раннего возраста. Исследованием были охвачены 17 районов и г. Кокшетау, г. Степногорск, основными критериями явились отдаленность от районного центра и уровень жизни населения. В каждом районе семьи посещала комиссия в составе: главного врача района, представителя СЭС, акима сельского округа, районного педиатра, ответственного медработника по данному селу.

Типы респондентов: опросу подлежали родители, имеющие детей в возрасте от 0 до 2 лет.

Изучением охвачено всего 24689 родителей, имеющих детей в возрасте от 0 до 2 лет (до 1 года - 11696 детей, с 1 года до 2 лет - 12993 детей).

По группам здоровья дети 1-го года распределены следующим образом: 1 группа – 4646 (39,7%), 2 А группа – 5429 (46,4%), 2 Б группа – 1465 (12,5%), 3 группа – 252 (2,1%).

По группам здоровья дети от 1 года до 2 лет распределены следующим образом: 1 группа – 6024 (46,3%), 2 А группа – 4995 (38,4%), 2 Б группа – 1681 (12,5%), 3 группа – (2,4%).

Из 24689 детей в возрасте от 0 до 2 лет 43% здоровые, как видим **здоровых детей больше среди детей старше 1 года**, больше половины детей отнесены во вторую А и Б группы 13570 (54,9%), что свидетельствует о том, что они являются группой риска по состоянию здоровья и 2% детей уже имеют хроническую форму заболеваний.

Среди детей 2-й группы, преобладают дети из группы А и составляют 43% - это дети, с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний. Основными факторами у детей этой группы явились особенности антенатального периода – это токсикозы I и II половины беременности, угроза выкидыша, экстрагенитальные заболевания матери, стремительные роды, длительный безводный период.

2 Б группа составила 12,7% - это дети с одновременнойотягощенностью факторами риска всех трех видов, а также с пограничными состояниями и функциональными отклонениями. Основными факторами детей этой группы явились – асфиксия, недоношенность, ранний перевод на искусственное вскармливание, повторные острые заболевания, железодефицитные анемии, неблагоприятные социальные условия.

Среди детей 3 группы большую часть заняли часто болеющие дети респираторными заболеваниями, с отклонениями нервно-психического развития, с врожденной патологией сердца, ЦНС, желудочно-кишечного тракта.

По видам вскармливания среди детей до 1 года жизни на исключительно грудном вскармливании находились 6472 детей (55,3%), на грудном (смешанном) вскармливании находились 3611 детей (30,8%), и на искусственном вскармливании находились 1723 детей (14,7%).

По видам обеспечения: из 5334 детей (находящихся на искусственном и смешанном вскармливании) получают смеси по рецептам врача – 2803 детей (52,5%), покупают самостоятельно 1204 детей (22,7%), дают коровье молоко 1327 детей (24,8%).

Здесь необходимо отметить, о том, что каждый четвертый ребенок первого года жизни – 14,7% находится на искусственном вскармливании, что также свидетельствует о том, что данная группа детей является группой риска со сниженным иммунитетом, т.е. подвержены частым заболеваниям.

Основными причинами кормления детей коровьим молоком, также самостоятельного приобретения смесей, родители, проживающие в сельской местности, отметили проблему получения смесей, лекарственных препаратов по рецепту врача **из-за отдаленности аптеки**, выпускаемой бесплатно.

Родители, проживающие в городе, обеспечивают молочными смесями за свой счет, **так как предложенная смесь только одного вида и не устраивает их по вкусовым качествам.**

Если учесть, и детей, находящихся на смешанном вскармливании 30,8% (потенциальные «искусственники»), то в общем 45,5% детей, нуждаются в бесплатном обеспечении смесями.

Самостоятельные переводы свидетельствуют о недостаточной работе в кабинетах планирования семьи, здорового ребенка, лактологических комиссий.

Из 24689 детей в возрасте от 0 до 2 лет получали «аптечку матери и ребенка» 21773 (88,1%), не получали 2916 (11,8%) – это объясняется тем, что «аптечки матери и ребенка» не получили дети, рожденные в начале года, когда еще не прошел пик выхаживания, а также в конце года, когда в аптеке они **не отпускались из-за отсутствия средств.**

По социальному положению складывается неблагоприятная обстановка, так из 14426 родителей работают 71,7%, 28,3% не работают – эти люди живут за счет хозяйства и неофициальных заработков.

Доход семьи составил у 74% (22620) жителей со средним прожиточным минимумом на 1 человека, ниже среднего проживают 25,9% (7918) жителей, имеют хозяйство 22,5% жителей.

При обходе выявлены семьи, где очень низкий уровень жизни – доходит до бедности, почти во всех случаях один из родителей злоупотребляет алкоголем, не работает, живут сезонными подработками, хозяйство не держат.

Выводы:

На основании изложенных позиций необходимо:

1. Формирование базы данных на детей раннего возраста с планом лечебно-оздоровительных мероприятий.
2. Разработать приказ по организации питания детей раннего возраста, функциональным обязанностям лактологических комиссий. Включение детей старше 1 года в категорию на получение бесплатных молочных продуктов.
3. Разработать механизм обеспечения родителей бесплатными лекарственными препаратами, питанием, расширения ассортимента молочных смесей.
4. Вести мониторинг обеспечения бесплатными лекарственными препаратами, молочными смесями, «аптечкой матери и ребенка» с составлением прогнозного количества потребности.
5. Усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия с четким разделением ответственности государственных органов. Совершенствование службы социальной защиты населения.

Бишораева Татьяна Сламбековна – начальник отдела охраны здоровья матери и ребенка управления здравоохранения, высшая категория организатора здравоохранения, 8-71-62-25-68-48, с.т.8-701-343-95-19, t.bischoraeva@akmzdrav.kz

АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА

Абдыкерова М.Т., Сиражева К.Г.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы

ВИЧ-инфекция на первых этапах протекает без клинических признаков, что не мотивирует людей, инфицированных ВИЧ обращаться за медицинской помощью и вследствие того, что среди заразившихся лиц велика численность маргинальных групп, отказывающихся от контактов с медицинскими организациями возникают сложности выявления и регистрации всех случаев заболевания. Поэтому количество зарегистрированных людей с ВИЧ повсюду в мире существенно ниже их фактической численности.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, ДЭН

2010 жылдан 2011 жылға дейін Қазақстан Республика бойынша АИТВ айқындалған жағдай талдауы

Абдыкерова М.Т., Сиражева К.Г.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы
АИТВ-инфекция - бірінші кезеңдерге АИТВ-инфекцияланған адамдарға дәрігерлік жәрдеме айналуға және дәрігерлік ұйымдармен байланысуларынан анықталуды күрделілік және аурудың барлық жағдайларын тіркеулер пайда болуға бас тартқан ескерту топтарының ұлы санның жұқтырған тұлғаларының арасындасы сол себепті АИТВ-инфекцияланған адамдар дәлелдемеген клиникалық белгісіз ағады. Олардың нақты саны АИТВ-инфекция тіркеулі адамдарының әлемде барлық жердесінің сан сондықтан айтарлықтай төменде.

Негізгі сөздер:

АИТВ-инфекциясы, ЖИТС, індеттік қадағалауды бақылау

Analysis of the exposed cases of Vich-infekcii on Republic Kazakhstan for period from 2010 to 2011 years

M.Abdykerova, K.Sirazheva

The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city
Almaty

HIV on the first stages flows without clinical signs, that does not explain people, infected HIV to apply for medical help and because of that among the infected persons the quantity of groups, renouncing contacts with medical organizations there are complications of exposure and registration of all cases of disease is great. Therefore amount of the registered people with HIV everywhere in the world substantial below than their actual quantity.

Key words:

HIV, AIDS, sentinel surveillance

В Глобальном отчете ЮНЭЙДС, опубликованном в 2010 г. и обобщившем мировые данные по эпидемии СПИД за 2009 г., представлено **видение ЮНЭЙДС:**

- Ноль новых случаев ВИЧ-инфекции
- Ноль дискриминации
- Ноль связанных со СПИД смертей

В докладе ЮНЭЙДС к всемирному дню борьбы со СПИДом 2011 года указано, что, начиная с 1997 г. по 2010 г. ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекций уменьшилось на 21%. В 33 странах, 22 из которых расположены в Африке к югу от Сахары,

заболеваемость ВИЧ снизилась на более чем 25 % за период с 2001 по 2010 гг.

По данным ЮНЭЙДС, в конце 2010 года во всем мире оценочное число людей, живущих с ВИЧ, составляло в среднем 34 миллиона человек, или на 17% больше чем в 2001 году [1,2,3].

Число ВИЧ-инфицированных детей возросло до 2,5 миллионов в 2009 году.

В 2010 г. 2,7 миллионов человек впервые инфицировались ВИЧ, что на 15% меньше чем в 2001 году и на 21% меньше числа новых ВИЧ-инфекций в 1997 году, когда эпидемия достигла своего пика.

Актуальность изучения данной проблемы обусловлена тем, что это одно из наиболее грозных, опасных и стремительно развивающихся заболеваний современного мира. Как смертельно опасное и пока неизлечимое заболевание оно является постоянным стрессовым фактором в жизни больного, что приводит к существенным ограничениям во всех сферах жизнедеятельности человека, к проблеме социальной и психологической адаптации к своему заболеванию и в обществе.

Цель исследования: проведение анализа эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан за период с 2010 по 2011 года

Материалы и методы исследования:

1. Отчет зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в разрезе регионов по полу;
2. Отчет зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в разрезе регионов по путям передачи;
3. Отчет дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) по ВИЧ-инфекции за период с 2010 по 2011 года

Результаты и обсуждения:

По данным официальной статистики, основанной на регистрации выявленных случаев, в республике Казахстан на 01.01.2010г. кумулятивно зарегистрировано 13 784 ВИЧ-инфицированных (на 100 тыс. населения – 73,1), в том числе мужчин – 9 985 (72,4%), женщин – 3 799 (27,6%), детей до 14 лет – 325. Количество людей, с известным ВИЧ-статусом с учетом умерших и выехавших за пределы Казахстана составило 11 563 человек, оценочное количество ЛЖВ – 15 000 [4].

В 2011 году зарегистрировано 2006 случаев ВИЧ-инфекции, показатель на 100 тысяч населения составил 12,1 (за 12 месяцев 2010 года – 1988 случаев, показатель – 12,5), в сравнении с аналогичным периодом прошлого года отмечается повышение на 18 случаев.

Рост количества ВИЧ-инфицированных отмечается в Карагандинской области – на 84 случая (в 1,3 раза), Павлодарской на 22 (1,2 раза), г.Астана – на 18 (1,2 раза), Северо-Казахстанской на 12 (в 1,2 раза), Алматинской на 6, Западно-Казахстанской на 5, Южно-Казахстанской на 4, Атырауской и Кызылординской областях на 2 случая.

Снижение случаев ВИЧ-инфекции наблюдается в Восточно-Казахстанской области на 90 случаев (1,4 раза); г.Алматы и Жамбылской области на 16, Акмолинской области на 1 случай.

На уровне прошлого года остается Актюбинская и Мангыстауская области [5].

Таблица 1. Сравнительные данные регистрации ВИЧ-инфекции в разрезе регионов за 12 месяцев 2010 и 2011гг.

Области	за 12 месяцев 2010 г.				за 12 месяцев 2011г.				эпидситуация рост , снижение +-	
	абсолютное число		на 100 тыс. населения		абсолютное число		на 100 тыс. населения		всего	до 14 лет
	всего	до 14 лет	всего	14 лет	всего	до 14 лет	всего	до 14 лет		
Акмолинская	49	0	6,6	0,0	48	0	6,6	0,0	-1	0
Актюбинская	23	0	3,2	0,0	23	0	2,9	0,0	0	0
Алматинская	181	5	10,8	1,2	187	2	9,9	0,4	6	-3
Атырауская	15	0	3,0	0,0	17	0	3,2	0,0	2	0
Восточно-Казахстанская	304	1	21,4	0,4	214	3	15,3	1,1	-90	2
Жамбылская	111	0	10,7	0,0	95	4	9,0	1,3	-16	4
Западно-Казахстанская	35	0	5,6	0,0	40	1	6,6	0,7	5	1
Карагандинская	281	3	20,8	1,1	365	1	27,0	0,4	84	-2
Костанайская	133	2	15,0	1,2	119	0	13,5	0,0	-14	-2
Кызылординская	5	0	0,7	0,0	7	0	1,0	0,0	2	0
Мангистауская	12	0	2,8	0,0	12	1	2,2	0,6	0	1
Павлодарская	144	0	19,2	0,0	166	1	22,2	0,7	22	1
Северо-Казахстанская	64	0	9,9	0,0	76	0	12,9	0,0	12	0
Южно-Казахстанская	171	5	7,1	0,6	175	4	6,7	0,5	4	-1
г.Алматы	381	6	27,5	2,1	365	3	25,3	1,1	-16	-3
г.Астана	79	2	11,9	1,5	97	0	13,5	0,0	18	-2
ВСЕГО	1988	24	12,5	0,6	2006	20	12,1	0,5	18	-4

Удельный вес лиц в возрасте от 20 до 39 лет составил 75,4%; детей в возрасте от 0 до 14 лет – 1%.

Таблица 2. Распределение зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по полу в разрезе регионов РК в 2011г.

Области	всего	мужчины		женщины	
		абс.число	уд.вес %	абс.число	уд.вес %
Акмолинская	48	24	50,0	24	50,0
Актюбинская	23	13	56,5	10	43,5
Алматинская	187	103	55,1	84	44,9
Атырауская	17	10	58,8	7	41,2
Восточно-Казахстанская	214	141	65,9	73	34,1
Жамбылская	95	71	74,7	24	25,3
Западно-Казахстанская	40	23	57,5	17	42,5
Карагандинская	365	210	57,5	155	42,5
Костанайская	119	89	74,8	30	25,2
Кызылординская	7	3	42,9	4	57,1
Мангистауская	12	8	66,7	4	33,3
Павлодарская	166	94	56,6	72	43,4
Северо-Казахстанская	76	52	68,4	24	31,6
Южно-Казахстанская	175	96	54,9	79	45,1
г.Алматы	365	219	60,0	146	40,0
г.Астана	97	56	57,7	41	42,3
ВСЕГО	2006	1212	60,4	794	39,6

Удельный вес мужчин по состоянию на 01.01.2012г. составляет – 70,1%, женщин – 29,9%, соотношение мужчин и женщин 2,3:1.

Таблица 3. Распределение зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи в разрезе регионов РК в 2011г.

Области	гетеро-сексуальный		в/в наркотики		в/больничный		гемотранс-фузионный		внутри-утробный		не устан.		гомо и бисексуальный		всего
	абс.чис	%	абс.чис	%	абс.чис	%	абс.чис	%	абс.чис	%	абс.чис	%	абс.чис	%	
Акмолинская	33	68,8	11	22,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	8,3	0	0,0	48
Актюбинская	14	60,9	9	39,1		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	23
Алматинская	110	58,8	72	38,5		0,0		0,0	2	1,1	3	1,6	0	0,0	187
Атырауская	9	52,9	5	29,4		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	3	17,6	17
Восточно-Казахстанская	102	47,7	101	47,2		0,0		0,0	3	1,4	1	0,5	7	3,3	214
Жамбылская	35	36,8	53	55,8		0,0		0,0	3	3,2	4	4,2	0	0,0	95
Западно-Казахстанская	23	57,5	15	37,5		0,0		0,0	1	2,5	1	2,5	0	0,0	40
Карагандинская	170	46,6	185	50,7		0,0		0,0	1	0,3	5	1,4	4	1,1	365
Костанайская	51	42,9	60	50,4		0,0		0,0	0	0,0	7	5,9	1	0,8	119
Кызылординская	5	71,4	1	14,3		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	7
Мангистауская	8	66,7	3	25,0		0,0		0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12
Павлодарская	67	40,4	96	57,8		0,0		0,0	1	0,6	0	0,0	2	1,2	166
Северо-Казахстанская	30	39,5	46	60,5		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	76
Южно-Казахстанская	110	62,9	51	29,1		0,0		0,0	3	1,7	9	5,1	2	1,1	175
г.Алматы	185	50,7	137	37,5		0,0		0,0	3	0,8	32	8,8	8	2,2	365
г.Астана	66	68,0	31	32,0		0,0		0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	97
ВСЕГО	1018	50,7	876	43,7	0	0,0	0,00	0,0	18	0,9	66	3,3	28	1,4	2006

Кумулятивно диагноз СПИД установлен 1480 пациентам, в том числе – 76 детям до 14 лет. Больше всего больных СПИД в Карагандинской области – 51,1%, Павлодарской – 14,9 и Южно-Казахстанской области – 9,3%.

На 01.01.2012г. среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на парентеральный путь потребления наркотических средств приходится 63,4%, удельный вес полового пути передачи составляет 29,2%.

В 2011 году диагноз СПИД установлен 235 больным, в том числе 7 детям.

Выводы:

1. Эпидемия ВИЧ в Казахстане находится в концентрированной стадии
2. Рост количества ВИЧ-инфицированных отмечается в Карагандинской области – на 84 случая (в 1,3 раза), Павлодарской на 22 (1,2 раза), г.Астана – на 18 (1,2 раза), Северо-Казахстанской на 12 (в 1,2 раза), Алматинской на 6, Западно-Казахстанской на 5,
3. Южно-Казахстанской на 4, Атырауской и Кызылординской областях на 2 случая.
4. Снижение случаев ВИЧ-инфекции наблюдается в Восточно-Казахстанской области на 90 случаев (1,4 раза); г.Алматы и Жамбылской области на 16, Акмолинской области на 1 случай.
5. Система эпиднадзора за случаями ВИЧ работает эффективно, увеличение вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции может быть объяснено увеличением охвата и более целенаправленным тестированием уязвимых к ВИЧ-инфекции групп населения.

Использованная литература:

6. UNAIDS report on the global aids and epidemic, 2010 - Global report
7. Schneider M, Zwahlen M, Egger M. Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: a literature review. London, UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections, 2010
8. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV). HIV/AIDS surveillance in Europe: end-year report 2009. Saint-Maurice, Institut de Veille Sanitaire, 2010
9. Данные РЦ СПИД, 2011 год
10. Данные ДЭН, 2011 год

Абдыкерова Меруерт Турдакыновна
 Врач-педиатр ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы»
 Адрес: г. Алматы, ул. Басенова 2, корпус 4, факс (7272) 2465280
 E-mail: abdykerova_m@mail.ru
 тел. моб.: +77751991527

ОЦЕНКА КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

*Ауелбекова Жибек Базархановна
 Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова
 Магистрант факультета: Менеджмент в здравоохранении и фармации. Специальность: «Сестринское дело»*

В статье рассматриваются проблемы кадрового обеспечения и основные направления совершенствования системы подготовки и последиplomного образования специалистов среднего звена здравоохранения.

Орталық буынының медициналық маманының кадрдың саясатының сарапшылығы

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық Медициналық Университет
 Факультеттің магистранты: Менеджмент денсаулық сақтау жүйесінде қарамастан және фармация. Мамандық «Мейібіке ісі»
 Ауелбекова Жібек Базархановна
 Өңгімеле-кадрдың қамсыздандыруының мәселелері және дайындықтың денсаулық сақтау жүйесінде орталық буынының*

маманының дипломнан кейінгі дайындау білімінің жүйесінің жетілдір-негізгі бағыттары қарастырылады.

Assessment of personnel policy of medical experts of an average link

*Undergraduate faculty: Management in health care and pharmacy. Speciality: «Nurse business»
 Auelbekova Zhibek Bazarhanovna
 In article problems of staffing and the main directions of perfecting of system of preparation and postdegree education of experts of an average link of health care are considered.*

Кадровый кризис в здравоохранении признается мировым сообществом. Современные проблемы развития кадров здравоохранения в мире связаны с дефицитом персонала,

оказывающего первичную медицинскую помощь, избытком специалистов узкого профиля, дисбалансом численности врачей и сестринского и акушерского персонала, чрезмерной концентрацией медицинских работников в крупных городах.

Доказано, что существует прямая связь между отношением количества работников здравоохранения к численности населения и показателями здоровья.

Глобальная нехватка работников усугубляется имеющимся дисбалансом внутри страны. В сельских районах по сравнению с городами наблюдается дефицит компетентного персонала.

Численность медицинских кадров в настоящее время в сфере здравоохранения Казахстана составляет более 207 тыс. специалистов, из которых около 144 тыс. сестринского персонала. 70% от общего числа кадров - это провайдеры медицинских услуг. Более 18% от общего числа врачей и 33% среднего персонала трудятся в сельской местности. Вместе с тем, дополнительная потребность во врачебных кадрах по итогам 2011 года составляет 4,1 тыс., в т.ч. 1,9 в сельских регионах.

Для территории Казахстана характерна крайне высокая неравномерность в распределении медицинских кадров: от 20 до 45,7 на 10 тыс. населения. Обеспеченность врачами сельского здравоохранения остается по-прежнему низкой и колеблется в пределах от 11,0 до 18,9 на 10 тыс. населения. Недостаточное число квалифицированных работников здравоохранения в отдаленных и сельских районах затрудняет доступ к услугам здравоохранения значительной доли населения. Наблюдающаяся в последние годы стойкая тенденция к увеличению доли врачей старше 50 лет, свидетельствует о риске возможного нарастания дефицита кадров в ближайшее десятилетие.

Одной из важных характеристик восполнения рынка рабочей силы является численность молодых кадров в общей возрастной структуре врачей. Несмотря на то, что в последние годы наметилась положительная тенденция притока молодых специалистов в отрасль, их доля составляет не более 4% от общего числа врачебных кадров. По-прежнему, из-за низкой привлекательности профессии и отсутствия мотивационных механизмов уровень трудоустройства выпускников ВУЗов не превышает 87%.

Система управления кадровыми ресурсами, нехватка квалифицированного управленческого потенциала, устаревшие принципы работы кадровых служб, недостаток специалистов в области менеджмента и экономики здравоохранения, социальных работников являются серьезным барьером на пути создания эффективного потенциала.

Существующие проблемы, связанные с дефицитом кадров, неравномерным географическим и территориальным распределением, а также структурным кадровым дисбалансом, отягощаются также недостаточной квалификацией имеющихся кадров, зачастую определяющей низкое качество медицинских услуг.

Ситуация усугубляется тем, что действующая система прогнозирования и планирования кадров является мало эффективной. Планирование кадровых ресурсов исторически не являлось приоритетом политики в сфере здравоохранения.

Сегодня также приходится констатировать, что отсутствие четкой государственной кадровой политики в сфере здравоохранения привело к количественному и качественному кризису трудовых ресурсов. Отсутствие мотивационных стимулов к работе, низкая заработная плата, недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения привели к снижению притока молодых кадров в отрасль здравоохранения и «старению» врачебных кадров. Достаточно серьезно дело обстоит с привлечением и сохранением кадров в сельских регионах.

В период социально-экономических преобразований в обществе, включая реформирование системы здравоохранения, ключевую роль приобретает оптимизация управления кадровыми ресурсами как важнейшей стратегической составляющей развития отрасли.

В годы реформ проблемам кадровой политики не всегда уделялось должное внимание. Нерешенными остаются следующие вопросы: отток квалифицированных кадров из отрасли, особенно из первичного амбулаторно-поликлинического звена; наличие диспропорции между количеством врачей общего профиля, узких специалистов, врачей и средних медицинских работников; низкий уровень оплаты труда и недостаточные социальные гарантии со стороны государства для медицинских работников.

Успешная реформа здравоохранения возможна лишь при комплексном рассмотрении вопросов планирования штатной структуры, включая сочетание различных категорий медицинских работников, их образования, профессиональной подготовки и аккредитации медицинского персонала, а также системы стимулирования и др. Действующие нормативы

кадрового обеспечения должны пересматриваться как минимум каждые пять лет, а в период реформ в здравоохранении – еще чаще.

Потребность в специалистах медицинского профиля должна определяться основными направлениями реформирования системы здравоохранения: охрана общественного здоровья, общая и семейная практика, подготовка медицинских сестер и управленческого аппарата. С развитием правовой и доказательной медицины, медицинского страхования и рынка медицинских услуг растет потребность в специалистах экономического и юридического профиля, врачей и медсестер-менеджеров, медицинских психологов, программистов, медико-социальных работников.

Успешность кадровой политики в значительной мере зависит от обеспеченности квалифицированным сестринским персоналом и направлена в сторону увеличения подготовки его в достаточном количестве. В целом практически во всех европейских странах соотношение врачей и сестринского персонала составляет 1:4. В странах СНГ это соотношение значительно меньше.

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить уровень профессионализма и наличие мотивации медицинских специалистов среднего звена, к его повышению и внедрению современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи.

Для обеспечения перспективного развития отрасли в условиях ее реструктуризации основными приоритетами кадровой политики являются:

- совершенствование системы планирования подготовки и использования кадровых ресурсов;
- совершенствование системы подготовки и повышение государственных гарантий качества работы специалистов;
- оплата и стимулирование труда;
- правовая и социальная защита работников здравоохранения;
- реформа кадровой службы и системы управления персоналом;
- совершенствование системы финансирования образовательных медицинских заведений.

В качестве первоочередного шага кадровой политики ресурсосбережения и повышения производительности труда является определение оптимальной численности медицинских работников, включая их перераспределение с учетом этапов и профилей оказания медицинской помощи, в первую очередь, в сторону усиления первичного звена здравоохранения.

Расчет численности работников здравоохранения должен быть основан на разработке территориально-отраслевого плана с учетом реорганизации территориальных систем здравоохранения, анализа кадровой ситуации и прогноза. При этом, в территориальном разрезе должен быть обеспечен баланс между потребностью и наличием кадров с учетом региональных особенностей, а также сохранен дифференцированный подход к установлению лимитов по территориям, а в них — по специальностям, квалификационным категориям и др.

Литература:

1. Кодекс Республики Казахстан от 19 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-IIIЗРК
3. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы».
4. Медицинские новости. – 2006. - №11. – С. 66-79.
5. Информационное письмо ассоциации специалистов общественного здравоохранения Республики Казахстан № 1, ноябрь, 2006 г.

АНАЛИЗ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2011 ГОДЫ.

*Ахметова Г.М., Таргынова С.Т., Чистякова М.С.
Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы*

Сдерживание распространения ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий является приоритетной задачей государства в области охраны здоровья населения. [1] С увеличением доступности лечения и других видов помощи людям с ВИЧ-инфекцией своевременность оказания медицинских услуг зависит от знания пациентом своего ВИЧ-статуса. [2] С другой стороны доступное в Республике Казахстан этиологическое лечение в виде антиретровирусной терапии по последним рекомендациям ВОЗ рассматривается как профилактика распространения ВИЧ-инфекции. [3]
Цель исследования: оценить доступность населения с высоким риском заражения ВИЧ к обследованию методом

иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ИФА ВИЧ) за 2010-2011 годы по городу Алматы.
Методы: анализ отчетной формы №4 о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА ВИЧ за 2010-2011 годы различных категорий населения.
Обсуждение. За 2011 года объем анализов (232593) на ВИЧ увеличился на 5%, по сравнению с 2010г. (222230), количество обследованных лиц возросло на 5,3% (с 203150 чел. до 214612 чел.). С другой стороны количество выявленных ВИЧ инфицированных за 2011г уменьшилось на 5,4% (таблица 1).

Таблица 1. Абсолютное и относительное число обследованных лиц на ИФА ВИЧ и положительных результатов за 2010-2011 года по городу Алматы.

Код	Расшифровка	2010 год				2011 год			
		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +	
		Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
101.1	Половой контакт	295	1,6	31	16,4	272	1,4	29	19,0
101.2	Совместное введение наркотиков	9	0,04	0	0	8	0,04	2	1,3
102	Инъекционный наркопотребитель	1858	10,3	53	28,0	1619	8,5	57	37,3
103	Мужчины, имеющие секс с мужчинами	165	0,9	3	1,6	199	1,0	4	2,6
104	Больные ИППП	2344	13,0	8	4,2	1932	10,1	7	4,6
105	Работницы секса	1051	5,8	6	3,2	871	4,6	3	2,0
106	Обследованные по эпидпоказаниям	43	0,2	0	0	117	0,6	1	0,7
107	Аварийные ситуации	92	0,5	0	0	93	0,5	0	0
110.1	Реципиенты гемотрансфузии до	3545	19,7	4	2,1	4493	23,6	9	5,9
110.2	Реципиенты гемотрансфузии после	3043	16,9	3	1,6	4816	25,2	1	0,7
112	Лица, содержащиеся в МЛС	5580	31,0	81	42,9	4654	24,4	40	26,1
	Итого по данным группам населения	18025	8,9	189	50,8	19074	8,9	153	43,3
	Всего	203150		372		214612		353	

Обследование на ВИЧ-инфекцию важно проводить среди групп населения с высоким риском заражения ВИЧ. К данной категории относятся люди, практикующие рискованные формы поведения: потребители инъекционных наркотиков (ПИН) (код 102), работницы секса (РС) (код 105), мужчины имеющие секс с мужчинами (МСМ) (код 103), заключенные (код 112). Кроме того, к группам с высоким риском заражения ВИЧ нами отнесены следующие категории населения: лица, являющиеся половыми партнерами людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) (код 101.1) или совместно потреблявшими наркотики с ЛЖВ (код 101.2);

больные инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) (код 104); люди, обследованные по эпидемиологическим показаниям (код 106); медработники, попавшие в аварийные ситуации при выполнении профессиональных обязанностей (код 107); реципиенты, обследованные до (код 110.1) и после гемотрансфузии (код 110.2). Выбранные нами группы населения обеспечивали более половины выявленных случаев ВИЧ-инфекции в 2010 году и более 43% - в 2011 году (таблица 1).

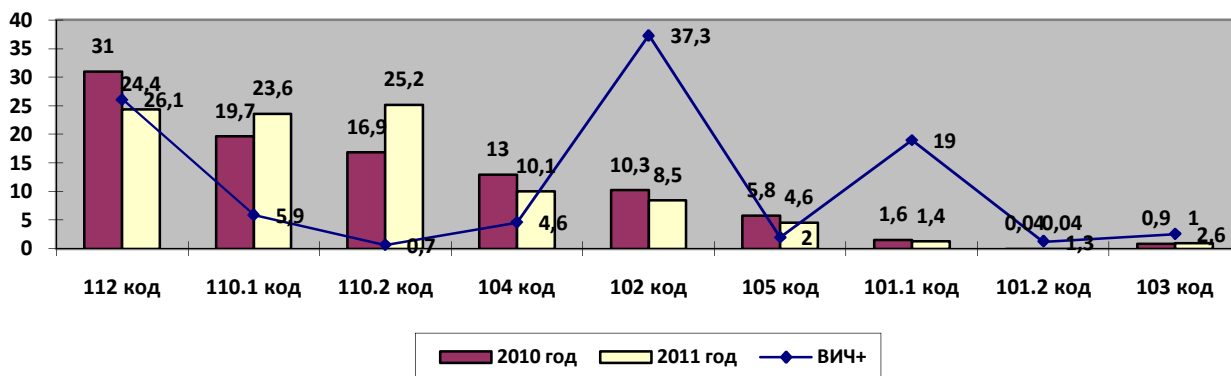


Рисунок 1. Доля обследованных на ВИЧ и процент выявленных пациентов с ВИЧ-инфекцией по группам населения за 2010-2011 годы в городе Алматы.

Как видно на рисунке 1 в результате анализа скрининга населения по обследованию на ВИЧ по г.Алматы за 2011 год определяются следующие тенденции:

- Объем тестируемых лиц на ВИЧ увеличился на 5,3%, по сравнению с аналогичным периодом 2010г.
- Количество выявленных ВИЧ-инфицированных уменьшилось на 5,4%.
- Наибольшее число и доля выявленных с ВИЧ – инфекцией определяются в группе ПИН – 37,3%, среди заключенных – 24,4% и среди половых партнеров ЛЖВ – 19%.
- Отмечено улучшение профилактической работы и увеличение объема тестирования среди МСМ (103 код) на 17,0%; по эпидрасследованию в 2,7 раза; среди реципиентов на 29,2%.
- Уменьшился объем тестирования в системе МО и КУИС на 16,5%;
- Снижено обследование среди РС на 50%, среди больных, лиц с симптомами ИППП на 12,5%; среди ПИН на 12,8%; среди лиц, бывших в контакте с ВИЧ – инфицированными на 7,8%.

Таким образом, при анализе скринингового обследования на ВИЧ групп населения с высоким риском заражения ВИЧ в городе Алматы за 2010-2011 годы можно сделать следующие **выводы**:

1. Отмечается стабилизация уровня выявления людей с ВИЧ-инфекцией при сохраняющемся высоком охвате населения тестированием на ВИЧ.
2. Улучшилась профилактическая работа по тестированию на ВИЧ среди реципиентов, как в стационарах, так и на первичном медико-санитарном уровне.
3. Необходимо активизировать профилактическую работу по тестированию на ВИЧ среди уязвимых групп населения (ПИН, РС, лиц с ИППП), в системе КУИС.

Использованная литература:

1. Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Согласовано на основании решения Экспертного Совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан по вопросам стандартизации, оценке медицинских технологий и развитию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи,
2. протокол заседания №21 от 15.11.2010 года.
3. Кристиан Хоффман, Юрген К.Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 648 стр.

4. Дж.Бартлетт, Дж.Галлант, П.Фам.Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 стр.

The analysis of screening testing for HIV among national groups with the high risk transmission HIV in the city Almaty in 2010-2011 years.

G.Akhmetova, S.Targynova, M.Chistajkova
The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city Almaty

According to availability of treatment and other types of the help to people with HIV infection timeliness of rendering of medical services depends on knowledge the patient of the HIV status. Stabilization of level of identification of people with HIV infection is noted at remaining high coverage of the population by testing for HIV. Preventive work on testing for HIV among recipients, both in hospitals, and at primary medico sanitary level improved. It is necessary to speed up preventive work on testing for HIV among vulnerable national groups (the, CID, SW, persons with IST), in CCS system.

Keywords: testing for HIV, vulnerable national groups, recipients, population contingents.

2010-2011 жылдарда Алматы қаладағы АИТВ таралу өте қауіпті халық топтардың арасында АИТВ скрининг тексеруінің анализі.

Ахметова Г.М., Таргынова С.Т., Чистякова М.С.
Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

АИТВ инфекциямен адамдарға дәрігерлік емдеудің және көмектің басқа түрлері үлкеюмен медициналық қызметтерді көрсету уақытылы болу пациенттың өз АИТВ статусі анықтауға байланысты. АИТВ тестеумен халықты биік қамтуы сақтайтын күйінде АИТВ инфекциямен адамдардың анықталуы тұрақтануы атап өтеді. Алғашқы медицина-санитарлық деңгейде де, стационарларда да қабылдаушылардың араларды АИТВ тестеу бойынша алдын алу жұмысы жақсарды. Тұрғынның осал жері топтарының (ИНҚ, СЖ, ЖЖБИмен аурулар), ҚАЗЖБК система арасында АИВВ тестеу бойынша алдын алу жұмысын іске қосуға керек.

Негізгі сөздер: АИТВ тестеу, тұрғынның қауіпті топтары, қабылдаушылар, тұрғынның контингенттері.

Анализ скринингового обследования беременных на ВИЧ в городе Алматы за 2010-2011 годы

Ахметова Г.М., Чистякова М.С., Юсупова Р.А., Абдыкерова М.Т., Таргынова С.Т.
Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы

The analysis of screening testing of pregnant women on HIV in the city Almaty in 2010-2011 years

G.Akhmetova, M.Chistajkova, R.Yussupova,
M.Abdykerova, S.Targynova
The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city Almaty

In the conditions of HIV infection distribution well-timed definition of HIV of the status of pregnant women for carrying out prophylaxis of transfer of HIV from mother to the child is an actual problem, the state scale. Twofold testing of pregnant women and testing in maternity homes is proved, 9,6 % of women with HIV infection come to light during repeated testing and at the time of delivery. Despite remaining level of coverage inspection of the pregnant

women preparing on an abortion, noted a tendency on decrease in detect ability of HIV among this category of the population that testifies to stabilization of epidemic of HIV in Almaty.

Keywords: HIV infection, testing for HIV, pregnancy, prophylaxis of perinatal transmission

2010-2011 жылдарда Алматы қаладағы жұқты өелдердің АИТВ скрининг тексеруінің анализі.

Ахметова Г.М., Чистякова М.С., Юсупова Р.А., Абдыкерова М.Т., Таргынова С.Т.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы
АИТВ инфекция кең таралған шартта анадан балаға АИВВ беруінен алдын алуды өткізу үшін жұқты өелдердің АИВВ статусын дер

кезінде анықтау мемлекеттік масштабы, актуальдық мәселе боп табылады. Жүктілерді екі есесі және босану үйіде тест откізу дәлелдеген, 9,6% АИТВ инфекциямен әелдер екінші рет және босану үйіде тест өткенде табылады. Жүктілікті үзіне дайындалған әелдерді тексеру қамтуының деңгейінің сақтайлу жағдайына карамай, олардың арасында АИТВ табылу азау тенденция атап өтілді, бұл Алматыда АИТВ эпидемиясы тұрақтану туралы күәландырады.

Негізгі сөздер: АИТВ-инфекция, АИТВге тестілеу, жүктілік перинатальдік трансмиссияның алдын-алу.

В условиях распространения ВИЧ-инфекции своевременное определение ВИЧ статуса беременных для проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку является актуальной проблемой, государственного масштаба. [1]

На современном этапе рекомендуется отойти от единственной, жесткой модели тестирования и консультирования. [2] Сегодня возникла необходимость в передовых, практических, эффективных и этически приемлемых методах тестирования и консультирования, которые бы отвечали потребностям разных типов медицинских организаций. [2, 3] В этих учреждениях процедура тестирования и консультирования должна быть стандартизована, и предлагаться пациентам в следующих ситуациях: а) при желании пациента получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ; б) при

наличии медицинских показаний, выявленных при лечении пациента; в) для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. [2, 3]

Цель исследования: оценить своевременность обследования беременных методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ИФА ВИЧ) за 2010-2011 годы по городу Алматы.

Методы: анализ отчетной формы №4 о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА ВИЧ за 2010-2011 годы различных категорий населения.

Обсуждение. За 2011 года количество обследованных на ВИЧ лиц возросло на 5,3%, по сравнению с 2010 годом (с 203150 человек до 214612 человек).

Из общего количества обследованных, основную группу составляют беременные, удельный вес которых составляет 38,1% (81901 человек) (таблица 1). В структуре обследованных беременных выделяются следующие коды: 109.1 – обследование беременных при постановке на учет в женской консультации; 109.2 – повторное обследование беременных в 3 триместре, при сроке 28-30 недель; 109.3 – обследование беременных, поступивших в родильный дом на роды без обследования; 109.4 – обследование женщин, готовящихся к прерыванию беременности.

Таблица 1. Абсолютное и относительное число обследованных беременных на ИФА ВИЧ и положительных результатов за 2010-2011 года по городу Алматы.

Код	Расшифровка	2010 год				2011 год			
		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +	
		Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
109.1	Беременные 1 тест	40985	49,0	19	59,4	41998	51,3	22	71,0
109.2	Беременные 2 тест	35204	42,1	1	3,0	32280	39,4	1	3,2
109.3	Беременные в родах	2201	2,6	2	6,3	2108	2,6	2	6,4
109.4	Прерывание беременности	5242	6,3	10	31,3	5516	6,7	6	19,4
109	Итого беременные	83632	41,17	32	8,6	81901	38,1	31	8,7
	Всего обследованных лиц	203150		372		214612		353	

Уровень выявления ВИЧ среди беременных практически остается на прежнем уровне и обеспечивает 8,7% от числа всех выявленных людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Как видно на рисунке 1, более половины из обследованных беременных приходится на женщин в момент постановки на учет по беременности (код

109.1). При данном обследовании выявляется до 71% от числа всех выявленных ВИЧ позитивных беременных. Своевременное выявление ВИЧ-инфекции у данной категории позволяет провести полный курс профилактического лечения для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку.

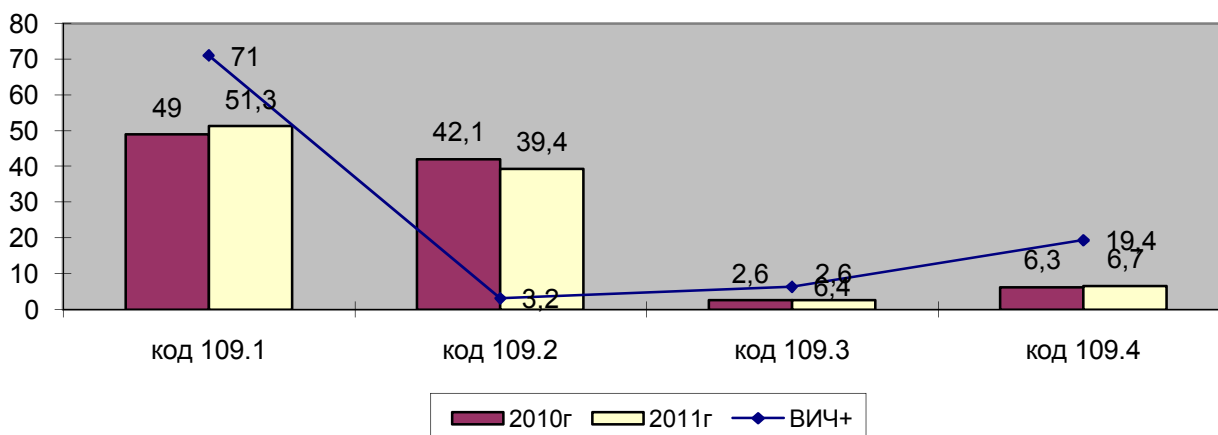


Рисунок 1. Абсолютное число обследованных и положительных результатов по кодам за 2010-2011 годы по г.Алматы.

Доля повторно обследованных беременных (код 109.2) составила 39,4%, выявлена 1 (3,2%) ВИЧ-позитивная беременная, которой был назначен ускоренный курс профилактического лечения для блокирования перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Остается актуальным тестирование в родильных домах, т.к. 2,6% женщин продолжают поступать на роды без обследования на ВИЧ (код 109.3). Выявление ВИЧ-инфекции у 2 рожениц позволило провести родовспоможение и послеродовый период по оптимально безопасному для новорожденного сценарию, а

также провести курс профилактического лечения новорожденному для максимального снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Не менее важно обследование женщин, готовящихся к прерыванию беременности (109.4). Обследование 6,7% от числа всех беременных позволило выявить 19,4% женщин с ВИЧ-инфекцией (в 2010 году по коду 109.4 выявлено 31,3% от ВИЧ-позитивных беременных). Эти женщины получили возможность взять под контроль заболевание, своевременно начать антиретровирусную терапию и профилактику вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции. Выявление ВИЧ-инфекции у женщин, готовившихся на прерывание беременности, снизилось в 2011 году в 1,6 раза в сравнении с 2010 годом.

В результате анализа скрининга беременных по обследованию на ВИЧ по г.Алматы за 2010-2011 годы можно сделать следующие **выводы**:

- Двукратное тестирование беременных обосновано, 3,2% женщин с ВИЧ-инфекцией выявляются во время повторного тестирования;
- Необходимо продолжать тестирование беременных в родильных домах, 6,4% беременных выявляются во время родов;
- Несмотря на сохраняющийся уровень охвата обследованием беременных, готовящихся на прерывание беременности, отмечена тенденция по снижению выявляемости ВИЧ среди данной категории населения, что свидетельствует о стабилизации эпидемии ВИЧ в Алматы.

Использованная литература:

1. Использование антиретровирусных препаратов для лечения беременных женщин и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев: рекомендации ВОЗ 2009 года.
2. Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Согласовано на основании решения Экспертного Совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан по вопросам стандартизации, оценке медицинских технологий и развитию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, протокол заседания №21 от 15.11.2010 года.
3. Дж.Бартлетт, Дж.Галлант, П.Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 стр.

АНАЛИЗ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2011 ГОДЫ

*Ахметова Г.М., Абдумананова М.К., Абдыкерова М.Т., Тажибаева Г.Х., Таргынова С.Т.
 Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы*

The analysis of screening testing for HIV to clinical indications in the city Almaty in 2010-2011 years

G.Akhmetova, M.Abdumananova, M.Abdykerova, G.Tazhibayeva, S.Targynova

The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city Almaty

Control of distribution of HIV infection and its social and economic consequences is a priority problem of the state in the field of public health care. Stabilization of level of identification of people with HIV infection is noted at remaining high coverage of the population by testing for HIV. Sanitary and educational work among medical workers in the timely direction of patients on HIV testing according to clinical indications improved.

Keywords: HIV infection, testing for HIV, tuberculosis, virus hepatitis's.

2010-2011 жылдарда Алматы Қаладағы клиникалық Қорсеткіштермен АИТВ скрининг тексеруінің анализі

Ахметова Г.М., Абдумананова М.К., Абдыкерова М.Т., Тажибаева Г.Х., Таргынова С.Т.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы
 АИТВ инфекцияның таралуының және оның әлеуметтік экономикалық зардаптарын жеңуі халықтың денсаулық сақтау саласында мемлекеттің басым бағыт боп табылады. АИТВге тұрғындарды тестелеу биік қамту сактанылу жағдайда АИТВ инфекциямен адамдарды табу деңгейі тұрақты белгеленуде. Клиникалық қорсеткіштермен АИТВ тестіне ауруларды уақтылы жіберу тұралы медициналық қызметкер арасында санитарлық ағартулық жұмыс жақсартуда.

Негізгі сөздер: АИТВ-инфекция, АИТВ тестілеу, туберкулез, вирустық гепатиттер.

Сдерживание распространения ВИЧ-инфекции и ее социально-экономических последствий является приоритетной задачей государства в области охраны здоровья населения. [1] С увеличением доступности лечения и других видов помощи людям с ВИЧ-инфекцией своевременность оказания медицинских услуг зависит от знания пациентом своего ВИЧ-статуса. [2] С другой стороны доступное в Республике Казахстан этиологическое лечение в виде антиретровирусной терапии по последним рекомендациям ВОЗ рассматривается как профилактика распространения ВИЧ-инфекции. [3]

На современном этапе рекомендуется опираться на единственной, жесткой модели тестирования и консультирования. [1, 4] Сегодня возникла необходимость в передовых, практических, эффективных и этически приемлемых методах тестирования и консультирования, которые бы отвечали потребностям разных типов медицинских организаций. [1, 4, 5] В этих учреждениях процедура тестирования и консультирования должна быть стандартизована, и предлагаться пациентам в следующих ситуациях: а) при желании пациента получить помощь, касающуюся профилактики передачи или заражения ВИЧ; б) при наличии медицинских показаний, выявленных при лечении пациента; в) для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. [4, 5]

Цель исследования: оценить доступность населения к обследованию методом иммуноферментного анализа на вирус иммунодефицита человека (ИФА ВИЧ) по клиническим показаниям за 2010-2011 годы по городу Алматы.

Методы: анализ отчетной формы №4 о результатах лабораторного исследования крови методом ИФА ВИЧ за 2011 год различных категорий населения.

Обсуждение. За 2011 года объем анализов (232593) на ВИЧ увеличился на 5%, по сравнению с аналогичным периодом 2010г.(222230), количество обследованных лиц возросло на 5,3% (с 203150 чел. до 214612 чел.). Количество выявленных ВИЧ инфицированных за 2011г уменьшилось на 5,4% (таблица 1).

Таблица 1. Абсолютное и относительное число обследованных лиц и положительных результатов за 2010-2011 года по городу Алматы.

Код	Расшифровка	2010 год				2011 год			
		обследовано		ВИЧ +		обследовано		ВИЧ +	
		Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%	Абс.чис	%
113.1	Туберкулез	2302	24,3	10	27,8	2711	23,2	24	39,0

113.2	Гепатит В	324	3,4	2	5,5	589	5,0	2	10,0
113.3	Гепатит С	260	2,7	0	0	744	6,3	0	0
113.4	Другие состояния и заболевания	6310	66,7	24	66,7	7387	63,0	23	46,0
117	Дети по клиническим показаниям	270	2,9	0	0	286	2,5	1	5,0
	Итого по клиническим показаниям	9466	4,7	36	9,7	11717	5,5	50	14,2
	Всего обследованных лиц	203150		372		214612		353	

По клиническим показаниям согласно Постановлению правительства №1280 от 03.11.11 «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции» обследованию подлежат пациенты с целым рядом клинических состояний и заболеваний. В форме №4 выделены следующие группы пациентов: код 113.1 – больные туберкулезом; код 113.2 – больные гепатитом В; 113.3 – больные гепатитом С; 113.4 –

пациенты с другими клиническими показаниями; 117 – дети, обследованные по клиническим показаниям. Отмечается увеличение абсолютного и относительного числа лиц, обследованных по клиническим показаниям. Так обследование больных туберкулезом увеличилось на 18%, больных с гепатитами в 2,3 раза, пациентов с другими клиническими состояниями на 17%, обследование детей на 6% (рисунок 1).

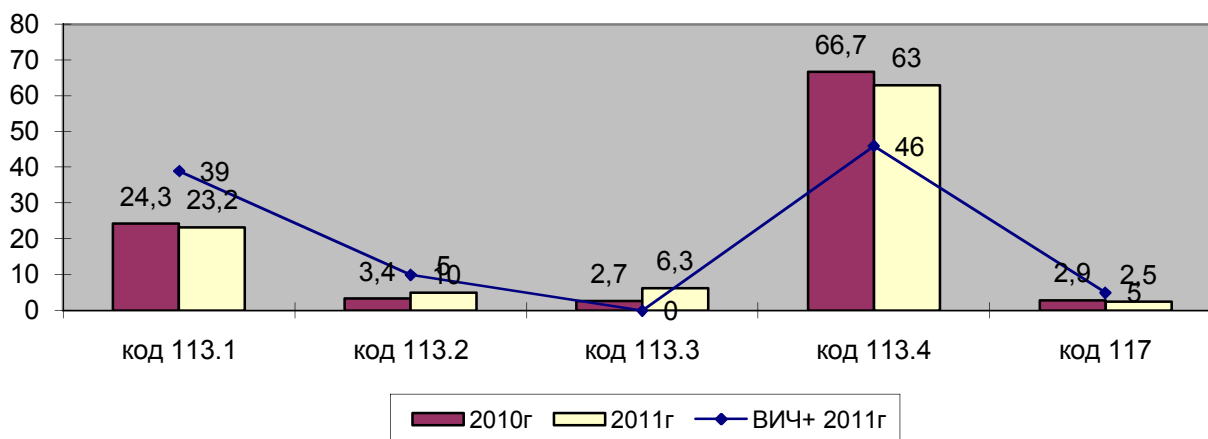


Рисунок 1. Относительное число обследованных и положительных результатов по кодам 113 и 117 (клинические показания) за 2010-2011 годы по г.Алматы.

5,5% обследованных по клиническим показаниям обеспечивают каждый седьмой случай выявленной ВИЧ-инфекции. Благодаря увеличению охвата обследованием на ВИЧ по клиническим показаниям, выявление ВИЧ в данной группе населения увеличилось на 40%. Своевременное выявление ВИЧ-инфекции позволяет оказать пациентам квалифицированную медицинскую помощь.

Таким образом, при проведении анализа скринингового тестирования на ВИЧ лиц по клиническим показаниям можно сделать следующие **выводы**:

- Отмечается стабилизация уровня выявления людей с ВИЧ-инфекцией при сохраняющемся высоком охвате населения тестированием на ВИЧ.
- Улучшилась санитарно-просветительная работа среди медицинских работников по своевременному направлению пациентов на тестирование ВИЧ по клиническим показаниям.

Использованная литература:

- Клиническое руководство по диагностике, лечению и предоставлению медицинской помощи при ВИЧ-инфекции. Согласовано на основании решения Экспертного Совета при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан по вопросам стандартизации, оценке медицинских технологий и развитию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи, протокол заседания №21 от 15.11.2010 года.
- Антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков. Рекомендации ВОЗ, Женева, 2010. 18 с.
- Кристиан Хоффман, Юрген К.Рокштро. Лечение ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 648 с.
- Дж.Бартлетт, Дж.Галлант, П.Фам. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. Москва, 2010, 490 с.
- Руководство по эпиднадзору за ВИЧ-инфекцией у больных туберкулезом. Рекомендации ВОЗ, Женева 2007. 37 с.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ОЗЕЛЕНЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕГМУ

Варданян К.К., Думанян К.Г., Айрапетян А.К.

Кафедра гигиены и экологии ЕГМУ

Кафедра фармакогнозии и ботаники ЕГМУ

Кафедра организации здравоохранения ЕГМУ и медицинского права

EVALUATION OF THE RESULTS OF REORGANIZATION MEASURES TO IMPROVE THE LANDSCAPING IN YSMU HOSPITALS

K.K.Vardanyan, K.H.Dumanyan, A.K.Hayrapetyan
Department of Hygiene and Ecology YSMU, Yerevan, Armenia
Department of Pharmacognosy and Botany, YSMU, Yerevan, Armenia

Department Health Care Organization and Medical Law, YSMU, Yerevan, Armenia

Key words: greenery in hospitals, gardening of the hospitals, landscaping and health, green plantations in the hospital, hospital area.
Abstract At present the problem of optimizing the urban environment as dwelling environment for man is extremely topical. Measuring the

quality of dwelling environment in the city leads to the decrease of life comfort there. Comfortable environment is the environment where man protects his/her health, feels quiet, mentally even tempered, where all the organism systems function normally. Creation of ecologically safe municipal environment is impossible without keeping to all the hygienic requirements. One of the most effective means of improving the environmental condition is greenery planting.

We have investigated YSMU hospitals for studying the state of greenery planting, biovariety and ratio of vital forms of plants on the hospital territories in YSMU.

The analysis of the results has shown that in all the investigated municipal hospitals the greenery planting structure doesn't correspond to the sanitary-hygienic requirements for the medical-preventive institutions (MPI), and the volumetrical-spatial structure of the hospital areas in YSMU hospitals is exclusively of deciduous type. Apart from the disbalance in the ratio of the vital forms of plants presented in the hospital greenery planting, insufficient type variety is typical of them, the use of only a small group of dwarf ornamental trees and bushes recommended for greenery, as well as inadmissibly small number of coniferous types.

To improve the ornamental functional qualities of greenery planting of YSMU hospitals it's necessary to change and enlarge the assortment of the types used for greenery planting considering their ecological-biological properties, as well as to conduct a complex of measurements for improving the vital condition of trees and bushes.

Ключевые слова: озеленение больниц, зеленые насаждения в больницах, гигиена больниц, воздушная среда.

Оздоровление окружающей среды является одной из серьезных проблем современного здравоохранения. Одним из эффективных мер по благоустройству и оздоровлению городской среды, как по результатам, срокам осуществления, так и по стоимости, является озеленение. Особую актуальность вопросы озеленения приобретают, когда речь идет об озеленении лечебно-профилактических учреждений, поскольку между гигиеническим благоустройством больницы и состоянием здоровья пациентов существует непосредственная связь.

В настоящее время, в связи с новыми тенденциями в градостроительстве - повышением плотности застройки и уменьшением озелененных площадей нивелируется санитарно- и психо-гигиеническое значение озеленения для обеспечения здоровья человека. Так, при норме озеленения на одного человека для резко-континентального климата г. Еревана в 28,8 м², показатель в настоящее время составляет всего лишь 4,5 м² [2, 4].

Учитывая вышеизложенное с 2007 - 2011 гг. в клиниках ЕГМУ была проведена широкомасштабная реорганизация озеленения.

Настоящая работа является одним из фрагментов научного проекта по оценке реорганизации озеленения проведенной в клинических больницах ЕГМУ [5].

Разработка мер по улучшению состояния озеленения проведена с применением комплексного подхода к решению изучаемой проблемы с учетом его санитарно- и психо-гигиенической

значимости для здоровья человека и, прежде всего больных, пребывающих в условиях стационара. Реорганизация озеленения клинических больниц ЕГМУ осуществлена по специально разработанной нами программе, основанной на данных санитарного обследования территорий, ситуационных и генеральных планов больничных учреждений.

В связи с вышеизложенным реорганизация озеленения включает два основных направления - оздоровление и эстетизацию условий среды больничных учреждений.

В направлении оздоровления окружающей среды необходимо -

11. увеличить общую площадь земельных участков под озеленение за счет свободных больничных территорий;

12. увеличить общую площадь озеленения за счет благоустройства озеленения примыкающих к больничным участкам территорий;

13. увеличить общую площадь озеленения за счет вертикального озеленения;

14. увеличить общую площадь озеленения за счет контейнерного озеленения;

15. разработать и использовать на заданной территории максимально возможные и наиболее оптимальные сочетания различных архитектурно-планировочных решений и приемов озеленения;

16. подобрать ассортимент древесно-кустарниковой растительности, газонных смесей и цветов с наиболее выраженными функциональными возможностями по улучшению состояния воздушной среды, показателю микроклимата, снижению уровня шума.

17. использовать принципы медико-экологического фитодизайна при озеленении интерьеров больниц.

В направлении эстетизации больничных учреждений необходимо -

18. подобрать ассортимент древесно-кустарниковой растительности с выраженными декоративно-эстетическими свойствами (декоративность крон и характер ветвления деревьев и кустарников, форма и окраска листьев, длительность цветения, цветовая гамма).

19. обеспечить круглогодичный декоративно-эстетический эффект озеленения с созданием сада непрерывного цветения с постоянной сменой цветочных решений.

20. обеспечить психологический комфорт с учетом принципов построения ландшафтных композиций.

По данным проведенного нами в 2007 г. санитарного обследования территорий и изучения генпланов клиник ЕГМУ выявлено, что площадь застройки, составляя 23,3% (0,56 га) и 31,2% (0,34 га) оказалась соответственно в 1,5 и 2,0 раза больше, по сравнению с гигиеническим требованием (12-15% не более); общая площадь участков, отведенных под дорожки, переходы, проезды, площадки и стоянки, составляя 33,3% (0,8 га) и 58,7% (0,64 га), по сравнению с требуемым (25% не более), оказалась больше в 1,3 раза в случае больницы "Гераци", а "Мурацан" - более того, в 2,3 раза больше; тогда как отведенная под озеленение площадь участков, составляя 43,3% (1,04 га) и 10,1% (0,11 га), была меньше требуемого норматива (не менее 60%) соответственно в 1,4 раза и в 6,0 раз (табл.1).

Таблица 1.

Баланс земельных участков больничных комплексов ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Характеристики	"Гераци"				"Мурацан"			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	га	%	га	%	га	%	га	%
Площадь озеленения	1,04	43,3	1,24	51,7	0,11	10,1	0,23	21,1
Площадь застройки	0,56	23,3	0,56	23,3	0,34	31,2	0,34	31,2
Общая площадь проездов, дорожек, автостоянок	0,80	33,3	0,6	25,0	0,64	58,7	0,52	47,7

Из приведенных данных, очевидно, что увеличение общей площади озеленения, возможное только за счет использования свободных земельных участков, в больнице "Гераци" осуществлено за счет дорожек, переходов, проездов и стоянок, потерявших свое функциональное назначение. В результате, за период с 2007 по 2011 гг. площадь озеленения в больнице "Гераци" увеличена на 0,2 га (или 8,4%) и в настоящее время составляет 51,7% (1,24 га). В больнице "Мурацан" общая площадь озеленения на данном этапе увеличена вдвое, что составляет 21,1%, против 10,1% в 2007 г. (0,23 га, против 0,11 га).

Работа в направлении оздоровления окружающей среды больничных учреждений по увеличению площади озеленения

проводилась с учетом благоустройства озеленения прилегающих улиц - Х. Абовян, М. Гераци и Мурацан. Так, по нашему предположению и рекомендациям высшего руководства ЕГМУ мэрией г. Еревана создан сквер имени М. Гераци общей площадью в 500 м², озелененный в дальнейшем по разработанному нами проекту. В результате проведенных работ по улице М. Гераци созданы газоны общей площадью в 400 м², посажена живая изгородь длиной в 320 метров.

По данным санитарно-гигиенического обследования заброшенное состояние отведенных под озеленение участков больничных учреждений с наличием большого числа старых, больных, сухих и находившихся в аварийном состоянии деревьев (рис. 1).



Рисунок 1. Состояние озеленения больничного комплекса "Гераци" в 2007 г.

В результате проведения реорганизационных работ за период с 2007-го по 2010 гг. с разрешения мэрии г. Еревана на территории

больничного комплекса "Гераци" искоренено 78 деревьев и 101 кустарник (табл.), а в больнице "Мурацан" - 17 деревьев.



Рисунок 2. Состояние озеленения больничного комплекса "Мурацан" в 2007 г.

Важно отметить, что все удаленные древесно-кустарниковые насаждения были заменены весьма ценными по своим функциональным качествам видами, являющимися целесообразными для применения в озеленении ЛПУ. В обеих

больницах в целом посажены 157 деревьев и 1337 кустарников, из коих в больнице "Гераци" - 119 деревьев и 1087 кустарников, а "Мурацан" - 38 деревьев и 250 кустарников.

Таблица 2.

Изменения количественного состава древесно-кустарниковых насаждений на территориях университетских больниц (2007-2010 гг.)

Больница	Деревьев (штук)		Кустарников (штук)	
	удалено	посажено	удалено	посажено
"Гераци"	78	119	101	1087
"Мурацан"	17	38	-	250
Всего	95	157	101	1337

Данные инвентаризации 2011 г. по учету древесно-кустарниковых насаждений показывают (табл. 2), что в больничном комплексе "Гераци" общее число деревьев и кустарников соответственно составляет 197 штук и 1187 штук, а в больнице "Мурацан" - 40 штук и 250 штук.

Санитарно-гигиеническая оценка общего количественного состава древесных и кустарниковых насаждений показала, что плотность древесных посадок в больнице "Гераци" составляет 158,9 шт/га, а в "Мурацан" - 173,9 шт/га, что вполне соответствует заданным площадям, отведенных под озеленение земельных участков. Показатель плотности кустарников в изучаемых больницах также находится в пределах санитарно-гигиенических требований, составляя в больнице "Гераци" 957,2 шт/га, а в комплексе "Мурацан" - 1086 шт/га (табл. 3).

Важно отметить, что любое растительное сообщество является более продуктивным и устойчивым, если состоит из видов с разными жизненными формами, поскольку имеет более разнообразные внутренние связи и, следовательно, полнее использует ресурсы среды [7]. Как видно из табличных данных, в обеих больницах реорганизация озеленения проведена с учетом должного количественного соотношения жизненных форм растений, чем обеспечена яркость, более того целенаправленный подбор ассортимента, с максимально выраженными функциональными свойствами по улучшению состояния окружающей среды, способствуют усилению санитарно-гигиенического эффекта на данной территории.

Таблица 3

Количественный состав древесно-кустарниковых насаждений в больницах ЕГМУ в 2011 г.

Характеристики	Больницы	
	"Гераци"	"Мурацан"
Общая площадь под озеленение, га	1,24	0,23
Деревья, штук	197	40
Кустарники, штук	1187	250
Плотность деревьев, шт/га	158,9	173,9

Плотность кустарников, шт/га	957,2	1086,9
Сравнение плотности деревьев с нормой (150-170 шт/га)	норма	норма
Сравнение плотности кустарников с нормой (900-1140 шт/га)	норма	норма
Соотношение дерево:кустарник, норматив - 1:6	норма	норма

С учетом вышеизложенного, реорганизация озеленения больничных участков проводилась с использованием растений, отличающихся особенно ценными функциональными и декоративными свойствами и хорошо адаптированных к климатическим условиям г. Еревана, о чем свидетельствуют результаты исследований в данном

направлении, проведенные в разные годы [1, 2, 3]. По данным санитарно-гигиенического обследования, кроме дисбаланса в соотношении жизненных форм растений, озеленение больниц по видовому разнообразию было весьма скудным и крайне неблагоприятным по дендрологическому составу.

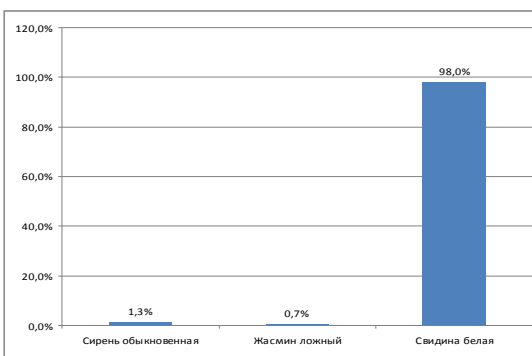


Рисунок 3. Видовой состав деревьев и кустарников больницы "Гераци" в 2007 г.

Результаты реорганизации озеленения свидетельствуют как об увеличении, так и улучшении качества видового состава древесно-кустарниковых насаждений в обоих больничных учреждениях. Так, из приведенных данных видно (рис. 3, 4, 5, 6 и табл.3), что если в

2007 г. в больнице "Гераци" дендрологический состав древесных и кустарниковых насаждений включал всего 9 видов деревьев и 3 вида кустарников, то в 2011 году - представлен 23 видами деревьев и 26 видами кустарников.

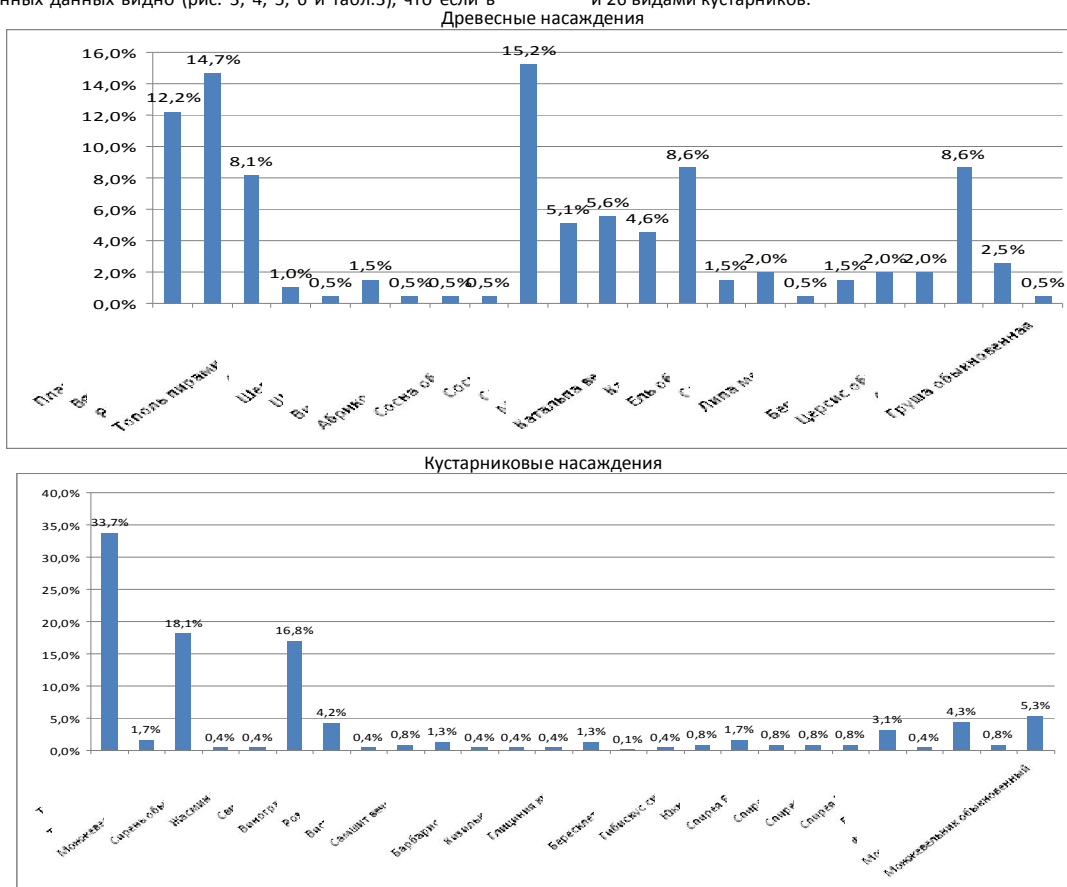


Рисунок 4. Видовой состав деревьев и кустарников больницы "Гераци" в 2011 г.

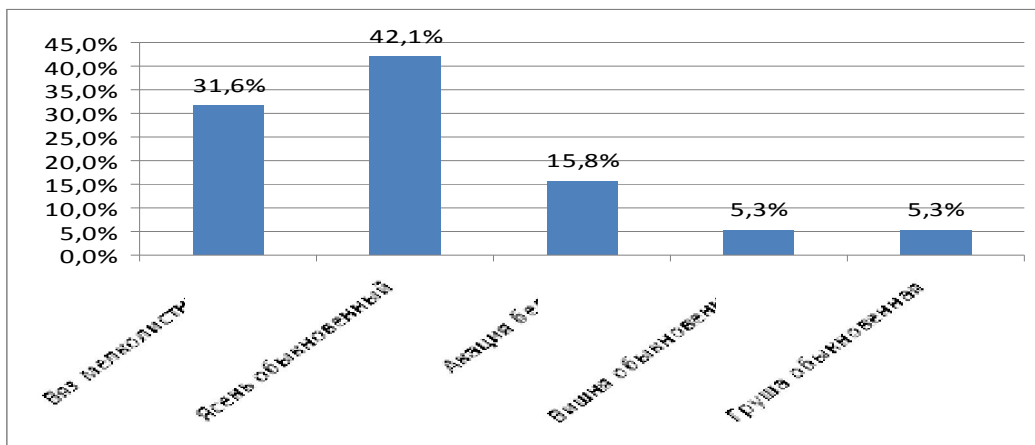
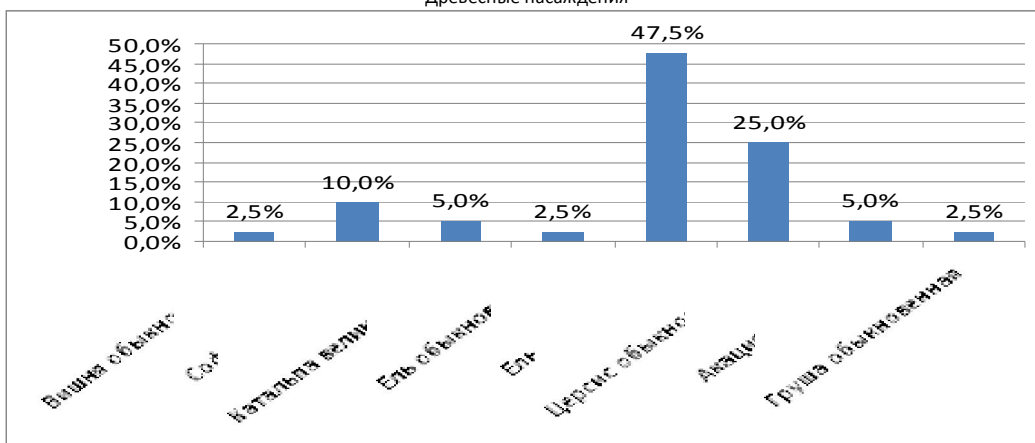
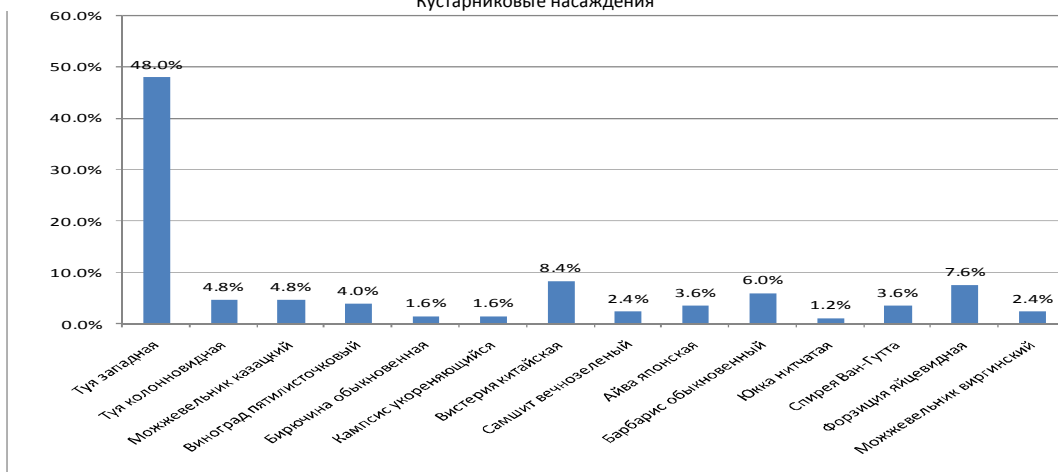


Рисунок 5. Видовой состав деревьев больницы “Мурацан” в 2007 г. Если в больничном комплексе “Мурацан” в 2007 г. ассортимент древесных насаждений включал всего 5 видов, а кустарников не было, то в 2011 г. дендрологический состав представлен 8 видами деревьев и 14 видами кустарников.



Древесные насаждения



Кустарниковые насаждения

Рисунок 6. Видовой состав деревьев и кустарников больницы “Мурацан” в 2011 г.

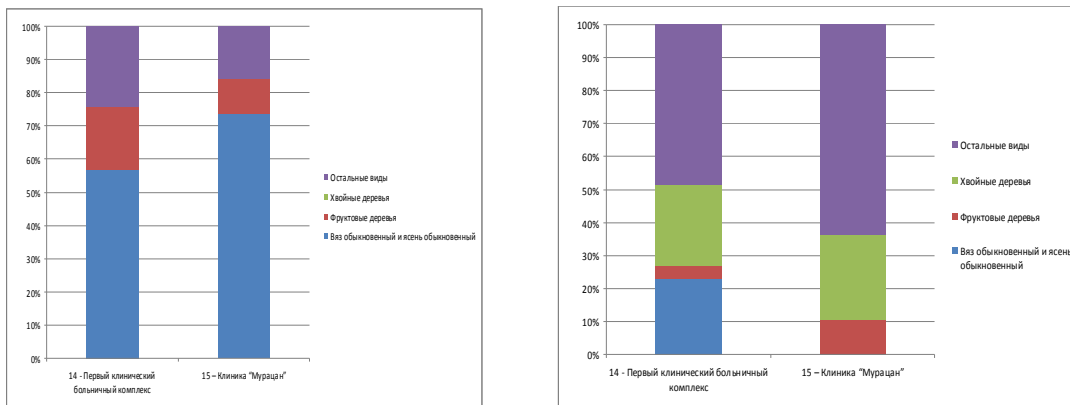


Рисунок 7. Дендрологический состав древесных насаждений по количеству посадок в клиниках ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Важно отметить, что реорганизация озеленения проводится с учетом обязательной посадки хвойных деревьев и кустарников, в результате которой в больнице "Гераци" в 2011 г. из имеющихся 49 видов древесно-кустарниковых насаждений 9 видов являются хвойными, а в больнице "Мурацан" из 22 видов - хвойные составляют 6 видов.

Результаты анализа свидетельствуют (рис. 7 и табл. 4), что в больницах "Гераци" и "Мурацан" в общем числе древесных насаждений по количеству посадок удельный вес хвойных деревьев составляет 24,4% и 50% соответственно, а удельный вес лиственных деревьев - 75,6% и 50%.

Таблица 4.

Дендрологический состав по количеству посадок древесно-кустарниковых насаждений в клиниках ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Древесно-кустарниковые насаждения	Больница "Гераци"				Больница "Мурацан"			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Деревья								
Всего	145	100,0	197	100,0	19	100,0	40	100,0
1. Хвойные	-	-	48	24,4	-	-	20	50,0
2. Лиственные	145	100,0	149	75,6	19	100,0	20	50,0
2.1 Декоративные	117	80,7	141	71,6	17	89,5	18	45,0
2.2. Фруктовые	28	19,3	8	4,1	2	10,5	2	5,0
Кустарники								
Всего	306	100,0	1187	100,0	-	-	250	100,0
Хвойные	-	-	708	59,6	-	-	150	60,0
Лиственные	306	100,0	479	40,3	-	-	100	40,0

Вместе с тем, в процессе реорганизации озеленения в обеих больницах с 2007 года заметно снижен удельный вес фруктовых деревьев, соответственно составляющих 4,1% и 5,0% (против 19,3% и 10,5% в 2007 г.). В виду непригодности ясеня обыкновенного и вяза обыкновенного для озеленения ЛПУ, в больнице "Мурацан" они полностью искоренены, а в больнице "Гераци", доведены до 22,8% (против 56,5% в 2007 г.).

озеленения в больничном комплексе "Гераци" хвойные отсутствовали, а в больнице "Мурацан" - кустарников не было практически.

Из представленных данных видно (табл. 4), что в 2011 г. в общем числе кустарниковых насаждений преобладают хвойные посадки, удельный вес которых по отмеченным учреждениям составляет соответственно 59,6% и 60,0%, тогда как до реорганизации

Анализ структурного состава общего числа древесно-кустарниковых насаждений в отношении числа хвойных посадок показал (табл. 5), что реорганизация озеленения проведена также с учетом гигиенических требований, согласно которым удельный вес хвойных посадок в общем числе насаждений должен быть равен 60%. Как видно в больничных комплексах "Гераци" и "Мурацан" удельный вес хвойных древесно-кустарниковых посадок, составляя соответственно 54,6% и 58,6%, находится в пределах требуемого.

Таблица 5.

Структурный состав общего числа древесно-кустарниковых насаждений по наличию хвойных и лиственных посадок в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Древесно-кустарниковые насаждения	Больница "Гераци"				Больница "Мурацан"			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Всего	451	100,0	1384	100,0	19	100,0	290	100,0
Хвойные	-	-	756	54,6	-	-	170	58,6
Лиственные	451	100,0	628	45,4	19	100,0	120	41,4

Результаты санитарно-гигиенического обследования по инвентаризации газонов и цветников свидетельствуют о наличии в настоящее время на территориях обоих больничных комплексов

газонных пространств, тогда как до начала реорганизации их практически не было (табл. 6).

Таблица 6.

Данные инвентаризации газонов в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Газон	больница "Гераци"				больница "Мурацан"			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид
	-	-	7800	обыкновенный	-	-	1022	обыкновенный

Так, по данным 2011 г. в больнице "Гераци" имеется 7800 м² газонных территорий, а в больничном комплексе "Мурацан" - 1022 м² (рис. 8 и 9). Из литературных данных известно, что для предотвращения распространения в воздушной среде аэрогенной

инфекции среди ильмовых пород рекомендуется использовать газонные посевы из трав *Festuca rubra rubra*, *Lolium perenne L.*, что было учтено нами при озеленении клиник ЕГМУ [8].



Рисунок 8. Газоны на территории больницы “Гераци” в 2011 г.



Рисунок 9. Газоны на территории больницы “Гераци” в 2011 г.

До реорганизации озеленения в больничном комплексе “Гераци” имелся цветник, представленный розами, общей площадью в 50 м² (табл. 7) посадке. В больничном комплексе “Мурацан” цветники отсутствовали. Необходимо отметить, что наличие цветников очень важно, поскольку они обеспечивают декоративно-эстетический эффект на

территории больничных учреждений. В результате реорганизации озеленения в больничном комплексе “Гераци”, отведенная под цветочное оформление площадь участка, увеличенная более чем в 5 раз, составляет 358 м². В больнице “Мурацан” цветники занимают площадь в 46 м². В обеих больницах цветники представлены как многолетними, так и однолетними цветами.

Таблица 7.

Данные инвентаризации цветников в больницах ЕГМУ в 2007 и 2011 гг.

Цветники	больница “Гераци”				больница “Мурацан”			
	2007 г.		2011 г.		2007 г.		2011 г.	
	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид	м ²	вид
	50	розы	358	<ul style="list-style-type: none"> · розы · тюльпаны · ирисы · водосбор · рудбегии · ромашки · петунии · бегонии · пеларгонии · хризантемы · аспарагусы 	-	-	46	<ul style="list-style-type: none"> · хризантемы · лаванды · тюльпаны · петунии · бегонии

С целью рационального планирования поверхности участков, отведенных под озеленение, и повышения его санитарно-гигиенической роли нами разработаны композиционные решения с использованием максимально возможных и наиболее оптимальных сочетаний различных приемов озеленения (групповая, линейная посадка, зеленая стенка, живая изгородь и т.д.).

На открытых участках больниц, местами, в силу неудобств и невозможности проведения обычных приемов по увеличению площади озеленения и эстетизации территорий, использованы компенсаторные виды озеленения, а именно - вертикальное, контейнерное и ампельное (рис. 10, 11), позволившие создать передвижные сады на открытых площадках.



Рисунок 10. Зеленая стенка из девичьего винограда триостренного (осень) в больнице “Мурацан” в 2011 г.

По периметру больничных участков проведено вертикальное озеленение с использованием высокодекоративных, цветущих лиан. (рис. 10). Как видно из приведенных данных (рис. 11) глициния

китайская своей декоративно-эстетической привлекательностью по праву относится к высокодекоративным лианам и прекрасно приспособлена к климатическим условиям г. Еревана [1, 3].



Рисунок 11. Пергола из глицинии китайской (лето)

В результате использования вертикальных поверхностей под озеленение площадь его увеличена на 390 м² в больничном комплексе “Гераци”, а в больнице “Мурацан” - на 803 м².

При проведении реорганизационных работ огромное внимание уделялось его психо-гигиенической значимости озеленения, которая обусловлена декоративно-эстетическим свойствами высаживаемой древесно-кустарниковой растительности, в частности, высоте, форме и фактуре крон; форме, величине, сезонной окраске и фактуре листьев, цветов и плодов. Учитывалась также сезонная смена цветочных решений, гармоничность цветовой гаммы и пейзажность. При озеленении больничных учреждений особое внимание уделялось вопросам зимнего оформления сада, в связи с чем, важное значение приобретает наличие в ассортименте хвойных видов и листопадных древесно-кустарниковых насаждений с различной цветовой гаммой стволов, ветвей, хвои и плодов.

Необходимо отметить, что при построении композиций из древесно-кустарниковой растительности в равной степени учитывались как санитарно-гигиеническая значимость, так и эстетическая привлекательность. Подбор растений производился с подчеркиванием для визуального восприятия особенностей ландшафта территории, архитектурных элементов и строений больничного участка, что в свою очередь благотворно отражается как на эмоциональном, так и на физическом состоянии человека.

Благодаря целенаправленному подбору цветов с различным периодом и длительностью цветения получен эффект сада непрерывного цветения, что особенно важно для стационарных ЛПУ в связи с пребыванием больных в различные временные отрезки года.

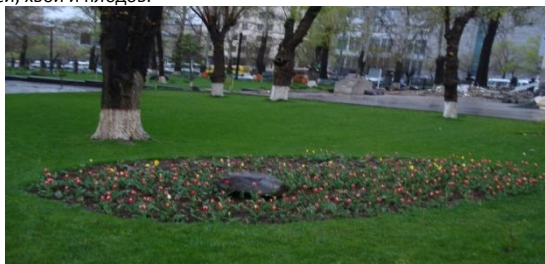


Рисунок 12. Цветочное оформление больницы “Гераци” ранней весной (2011 г.)



Рисунок 13. Цветочное оформление больницы “Гераци” в летне-осенний период (2011 г.)

Цветочное оформление начинается в апреле с тюльпанов, мускариев, нарциссов и продолжается ирисами и виолами. Затем зацветают отличающиеся особенно красочным цветением однолетники и двулетники - петунии, львиный зев, сальвия, гвоздика (рис. 12, 13). В больничных садах много многолетников, цветение последних, продолжается до октября месяца и заканчивается хризантемами с наступлением первых заморозков.

Результаты санитарного обследования внутреннего озеленения в исследуемых больницах свидетельствуют о несоответствии ассортиментного состава использованных комнатных растений требованиям, предъявляемым к лечебным учреждениям. Подбор ассортимента был спонтанным, без учета их особенностей. Часто встречались растения (алоказия, диффенбахия, олеандр, молочай, агав), млечный сок которых ядовит и представляет опасность для человека. Перечисленные растения способны вызывать аллергические реакции, раздражения кожи, а что очень важно, при случайном употреблении во внутрь, возможно возникновение серьезных отравлений, что необходимо учитывать при проведении медицинского фитодизайна в детских больницах. Более того, растения, в основном, были неухаженные, запыленные, преобладающее большинство их нуждалось в удалении, лечении, формировании крон или рассаживании.

Для создания здоровьесберегающих условий и эстетизации интерьеров клиник проведен медицинский фитодизайн вестибулей,

коридоров, рекреационных зон [6]. Нами спроектирована также “зеленая комната” в больнице “Мурацан” для прохождения больными детьми курса реабилитационной терапии с использованием комнатных растений. Работа по внутреннему озеленению больничных интерьеров проведена на основе разработки комплекса мероприятий по фитодизайну и различных фитомодулей. Медицинский фитодизайн в вышеуказанных больничных комплексах проводился с учетом сочетания комфортных условий для больных и благоприятных для роста и развития растений условий.

В больничном комплексе “Мурацан” при озеленении “зеленой” комнаты использованы: фикус Бенджамина, монстера, хлорофитум, плющ, бегония вечноцветущая, кентия, каланхоэ Блоссфельда, аспарегус Шпренгеля, спатифиллум. Цветы расставлены на полу в виде фитокомпозиций (от трех до пяти в группе), кроме того, имеются контейнеры на подоконниках, а ампельные растения - в висящих кашпо.

Больной человек изначально находится в стрессовом состоянии по поводу заболевания, поэтому, проектируя интерьер больницы необходимо наличие в нем фитомодулей, чтобы полнее имитировать микроэкологическое пространство, в свою очередь, оказывающее благотворное влияние на здоровье человека.

Литература

1. Агаджанян Г. В. Влияние древесных растений на некоторые факторы экологической среды г. Еревана //Ереван, 1983. - Дисс. ... канд. биол. наук 03.00.05: 54 с.
2. Азарян К.Г., Петросян М.Т. О применении бактериального меланина в сельском хозяйстве и дендрологии. Материалы международной конференции «Проблемы современной дендрологии», посвященной 100-летию со дня рождения члена-корреспондента АН СССР П.И. Лапина (30 июня-2 июля, г. Москва) /М., 2009. - 793 с.
3. Арутюнян Л.В., Арутюнян С.В. Дендрофлора Армении. - Ереван: Луйс, 1985. – 440 с.
4. Варданян Ж.А., Григорян А.А. Актуальные проблемы озеленения г. Еревана Материалы международной конференции «Проблемы современной дендрологии», посвященной 100-летию со дня рождения члена-корреспондента АН СССР П.И. Лапина (30 июня-2 июля, г. Москва) /М., 2009. - 793 с.
5. Варданян К.К., Айрапетян А.К. Принципы реорганизации озеленения больниц города Еревана (на примере ЕГМУ) //“МАНЭБ” СПб, 2010. - Том 15, Вып. 2. № 5. - С. 61-66
6. Варданян К.К., Айрапетян А.К. Значение медицинского фитодизайна в оздоровлении воздушной среды помещений лечебно-профилактических учреждений //МАНЭБ. СПб, 2009. - Том 14. - Вып. 1. - № 4. - С. 64-70.
7. Головань Е.В. Жизненные формы растений, используемых в озеленении г. Владивостока. Владивосток: БСИ ДВО РАН, 2006. - № 5. - С. 42-45. <http://botsad.ru/>

8. Кузнецова Т. В. Экологическое обоснование оздоровления ильмовых пород в озеленении г. Волгограда. Автореф. дис. канд. сельскохоз. наук: 03.00.16, 06.03.04: Волгоград. - 2009. - 158 с.

ӨӘЖ: 613.24(574)

СЕМІЗДІККЕ ШАЛДЫҒУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН КЕЙБІР ФАКТОРЛАРДЫ ЗЕРТТЕУ

Берденова Г.Т., Қатарбаев А.Қ.

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қ-сы*

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ФОРМИРОВАНИЕ ОЖИРЕНИЯ

Берденова Г.Т., Катарбаев А.К.

В рамках программы «Исследование по оценке статуса питания и здоровья населения Казахстана» - изучена роль неадекватного питания и уровня доходов как факторов риска возникновения ожирения. Результаты исследования показывают влияние уровня доходов как на величину ИМТ, так и на частоту распространенности избыточной массы тела и ожирения, которая оказывается выше среди высокодоходных респондентов.

ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING ON THE FORMATION OF OBESITY

Berdenova G.T., Katarbaev A.K.

The Program for Research on «Evaluation nutritional status and health of the population of Kazakhstan» - examined the role of inadequate nutrition and income levels as risk factors of obesity. The results show the influence of income as the value of BMI and the frequency of prevalence of overweight and obesity, which turned out to be higher among respondents with high-income.

Тұжырым: Зерттеу нәтижелері табысы жоғарғы респонденттер арасында семіздік пен артық салмақтың дамуына бейімділігінің жоғары екендігін көрсетті. Репрезентативті сұрыптау барысында 3526 адамға зерттеу жүргізілді (6 топқа бөлінген). Зерттеу қортындысы бойынша жоғарғы қамсыздандырылған респонденттер семіздікке 2 есе, ал артық салмаққа - 1,5 есе жиі шалдығатындығы анықталды. ДСИ 18,5 кем адамдармен салыстырғанда, семіздікке шалдыққан адамдардың рационы көбінесе жоғары құнды және қонымды өнімдерімен сипатталады.

Түйін сөздер: семіздік, артық салмақ, құнды тағам, дене салмағының индексі (ДСИ), репрезентативті сұрыптау.

Өзектілігі: Әлемдегі дамушы елдерде диабеттен азап шегушілердің саны 2,5 есе көбейеді, 1995 жылғы - 84 миллионнан, ол 2025 жылы 228 миллионға дейін жетеді. Ал артық салмақ пен семіздік туралы айтатын болсақ олардың масштабы теңдессіз деңгейге жетті. Қазіргі таңда семіздіктің жыл сайынғы өсу екіпіндері дамушы елдерде әлі де төмендейтін емес [1].

Бір жағынан әлемде кедейлік көрсеткіштерімен тамақтық статус және халық денсаулығының нашарлауы арасында өзара байланыс барлығы мойындалса [2, 3], екінші жағынан қан аздық, семіздік, диабет, күре тамырлық гипертензия, миокард инфарктісі және инсульт [4] сияқты аурулардың алиментарлық негізде дамидынығы сөзсіз.

Бұл мәселе Қазақстанды да айналып өтпеді. Соңғы уақытта біздің республикамызда да адамдардың дене салмағының артуы жиі тіркеледі, әсіресе еңбекке жарамды адамдар мен балалар арасында, сондықтан семіздік медицинаның өзекті проблемаларының біреуі деп айтуға болады.

Ғылыми зерттеудің мақсаты «Қазақстан халқының денсаулығын зерттеу және тамақтану статусын бағалау» бағдарламасы аясында семіздіктің дамуына әсер ететін кейбір факторлардың ролін анықтау.

Материалдар мен әдістер. Алынған мәліметтерге статистикалық талдау, зерттеу мақсаттарына бейімделген «Статистический пакет для общественных наук» (SPSS, версия 16) (Қоғамдық ғылымдарға арналған статистикалық пакет) бағдарламасы, сонымен қатар типтік синтаксисті және табуляциялау алгоритмдері бойынша өткізілді.

Нутриционалдық статусты бағалауға арналған ең анық объективті және қарапайым критериялардың бірі дене салмағының индексі (ДСИ) болып саналады, есептелетін формуласы: салмақ (кг) / адам бойы (м²). ДСИ Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымымен ұсынылған және бүкіл әлемде эпидемиологиялық зерттеулер өткізген кезде пайдаланады.

Қалыпты тамақтанатын сау адамдардың ДСИ 18,5-24,9 кг/м² тең. Осы интервалдан ДСИ аутқушылықтары зерттелетіндердің трофикалық статусының диагностикалық алгоритмінің анықтамалары деп санауға болады. ДСИ 18,5 кг/м² кем болса ол арықтықтың белгісі, ал ДСИ 25 тен 29,9 кг/м² болса – артық салмақтың көрсетеді, ДСИ 30 кг/м² жоғары болса - ол семіздіктің белгісі. Аналитикалық пакетке өнімдердің химиялық құрамы туралы мәліметтер «Химический состав Российских пищевых продуктов» [5] және «The Composition of Foods» [6, 7] атты екі негізгі қайнарлардан алынып енгізілген.

Нәтижелер және талқылау. Зерттеу жүргізілген 3526 адам репрезентативті сұрыптау барысында, әр түрлі табыс деңгейдегі 6 топқа бөлінді. Әрбір топтың табыс деңгейлері процентильді таратумен анықталды: 10-дық процентильдік мағынаға 30 АҚШ доллар эквиваленттік мағына, 30-дық процентильге - 50 доллар, 50-лік процентильге - 85 доллар, 70-тік процентильге - 135 доллар, 90-дық процентильге - 250 доллар сай болды. Сонымен, ең төмен қамсыздандырылған респонденттер тобы (I топ) 30 доллардан кем табыс деңгейімен 354 адам құрады (жалпы саннан 10%), табысы 30 дан 50 долларға дейінгі топқа (II топ) 698 адамды кірді, немесе 19,8%, табысы 50 ден 85 долларға дейінгі III топқа - 576 адам (16,3%), табысы 85 тен 135 долларға дейін - 829 адам (23,5%) (IV топ), V топқа табысы 135 дан 250 долларға

дейін - 652 (18,5%) және VI топқа ең жоғарырақ қамсыздандырылған респонденттер табысы 250 доллардан жоғары 417 адамды біріктірді, респонденттердің жалпы санынан 11,8% құрайды. Респонденттердің топтарында ДСИ орта мағыналарының салыстыруы табыстардың деңгейінің артуымен ДСИ мағынасының өсу шегі байқалатынын көрсетті: II топта 23,5 бастап, III топта – 24, IV топта – 24,6; V топта – 25 және VI – 25,7. Біздің зерттеулеріміздің нәтижелері бойынша Қазақстандағы семіздікке шалдыққан адамдардың рационы ДСИ 18,5 кем адамдармен салыстырғанда, көп мөлшерде қаймақ пен кілегейді, сүзбені, тәтті сүзбешелерді, еттің семіз сорттарын (шошқа еті, шұжықтар) мен балықтарды, жоғары сортты бидай ұнынан дайындалған нан және тоқаштарды, тәтті қамырдан дайындалған бұйымдарды тұтынумен сипатталады, сонымен қатар сыра көп мөлшерде тұтынылады. Біздің елде жоғары табысты адамдардың қымбат және жоғары калориялы тағам өнімдерін көбірек сатып алуға мүмкіншіліктері жоғары, ал бірақ дұрыс тамақтану принциптері әлі толық ұйымдасқан жоқ. Сонымен қатар республикада, сүт өнімдерінен басқа, сапалы және денсаулыққа пайдалы өнімдерінің сатылу жүйелері толық дамымағандығы өз ролін ойнайды. Ең қамсыздандырылған (VI топ) және ең аз қамсыздандырылған респонденттермен салыстырғанда, ДСИ мағыналары бірінші топта жоғарырақ деңгейді көрсетті (25,7±0,2 және 23,6±0,2, сәйкесті р <0,001). Сонымен қатар, нутриционалдық статусты зерттеу кезінде ДСИ көрсеткіштеріне тәуелді респонденттердің топтарға пайызды бөлінуіне талдауның үлкен мағынасы бар. Осы талдау нәтижелері салыстырмалы салмақ мөлшерінің мағынасы табыс деңгейі ықпалын респонденттердің семіздік және артық салмақтағы туралы куәландырады. Артық салмақты және семіздікке шалдыққан респонденттердің ара салмағы табыстарының өсу деңгейімен түзу пропорционалды өсетіні анықталған болатын (дене салмағы нормадан артық II топтағы 20,8% адамнан VI топтағы 33,8% адамға дейін және семіздігі бар I топтағы 7,9% адамнан VI топтағы 17,5% дейін). Және, керісінше, нормалы ДСИ көрсеткіші бар топтардағы адам үлесі, табыстардың өсуімен I топтағы 64,2% дан VI топқа 43,6% төмендейді.

Қортынды: Респонденттердің табыс деңгейі - ДСИ мөлшеріне, артық салмақтың және семіздіктің таралу жиілігіне әсер етеді және артық салмақ пен семіздік жоғары деңгейдегі табысты респонденттердің арасында жиі тіркелетіндігі анықталды. Ең аз қамсыздандырылған респонденттермен салыстырғанда ең жоғары қамсыздандырылған респонденттер арасында семіздікке шалдыққанлар 2 есе жиі кездеседі, артық салмақты респонденттер - 1,5 есе көп болды. ДСИ 18,5 кем адамдармен салыстырғанда, семіздікке шалдыққан адамдардың рационы көбінесе жоғары құнды және қонымды өнімдерімен сипатталды, яғни көп мөлшерде қаймақ пен кілегей, сүзбе, тәтті сүзбешелер, еттің семіз сорттары, балықтар, жоғары сортты бидай ұнынан дайындалған нан мен тоқаштардан тұрды.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Aboderin I. et al. Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes: key issues and implications for policy and research // Geneva, WHO. 2001 (document WHO/NMH/NPN/01.4).
2. Батулин А.К., Мартинчик А.Н., Сафронова А.М. и др. Питание в бедных семьях: взрослое трудоспособное население // Вопросы питания. 2002. № 2. С.3-7.
3. Потребление продуктов питания на одного человека в семьях с разным уровнем дохода (2008) //http:64.233.183.104/search?q=cache:d8s-QHs-RigcJ:www.economi-teoriya.ru.
4. Шокоманов Ю., Кривко Н., Осокина В., Айджанов М. и др. Уровень жизни населения и бедность в Республике Казахстан /Агентство РК по статистике/ UNIFEM/UNDP. 2005. 295с.
5. Химический состав Российских пищевых продуктов (под редакцией И.М.Скурихина и В.А.Тютельяна). М. 2002.
6. McCance & Widdowson. The Composition of Foods. London. 1994. 10. Standard Tables of Food Composition in Japan. Tokyo. 2000.
7. MUSAIGER A.O. Food Composition Tables for Arab Gulf Countries. Gulffoods. 2006.

ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА ӘДІСТЕМЕСІ

Оқытушы Жыланбаева Б.К

Аға оқытушы Рахымбаева Г.С.

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Қазақстан, Алматы қаласы*

Methodology for evidence-based medicine

Abstract Article described "methodology of evidence based medicine" and its concept and principles. It also set out a practical application in medicine.

Мақала тақырыбында «Дәлелді медицина әдістемесі» туралы негізгі ұғымдар мен қағидалар баяндалған. Сонымен қатар дәлелді медицина әдістемесінің тиімділігі айтылған.

Медициналық тұрғыда негізделген айғақтар – бұл клиникалық зерттеулердегі, сарапталатын және қорытындылайтын методологиялық тіл табысудың құралы болып табылады. Қазіргі кезде клиникалық зерттеулер жасауда сараптама қорытындысы үшін негізделген айғақтардың қажеттігі анық. Яғни, бұл «дәлелді медицина» ұғымына терең көзқарасты меңзейді. «Дәлелді медицинаның» негізгі мағынасы – бұл дәрігерлік тәжірибенің тек қана пайдалы, сапалы, ғылыми зерттеулерде дәлелдейтін кірісулерін жеке емделушінің емдеуіне қолдану айырмашылығы болатын медициналық практикадағы әдіс. Медицинадағы мәселенің бір түйіні - ол жай алынған жиыннан гөрі, өңдеу мен ақпараттық жинақтаудың терең айғақтарына негізделген деуге болады. Расында, дәрігердің дүниетанымдылығының өзгеруін, айғақтарда негізделген дәрігерлік кодекстің пайда болғанымен дәл айтуға болады. Қызметтік шарттарды және қауіпсіздік талаптарын сақтау арқылы үнемдеуге қол жеткізу үшін дәлелді медицинаны және клиникалық-экономикалық талдауды қолдану арқылы медициналық көмек түрлерін көрсету облысын ретке келтіру мақсатында ережелерді белгілеу және қолдану үдерісін үйлестіру негіз болады. Дегенмен, дәлелді медицина тек рандомизирленген клиникалық зерттеулердегі анализ нәтижелерімен ғана шектелмейді. Оны медициналық ғылым және денсаулық

сақтау ұйымында үйлесімділік жүйесінің жалпы мәселелерінде кез келген салада қолдануы шексіз. Дәлелді медицинаның методологиялық рандомизирлік клиникалық зерттеулерінің методологияда қолдануында, метаанализдің клиникалық практика үшін алатын орны ерекше, дегенмен, әрбір алынған нәтижеде зерттеуге қатысқан аурулардың сол немесе өзге топқа жататынын естен шығармау керектігін талап етеді. **Клиникалық зерттеу (сынақ)** - бұл зерттеліп жатқан препараттардың және диагностиканың басқада әдістерінің профилактикалық сипатталуының адамдарға жүргізілетін, клиникалық, фармакологиялық және фармакодинамикалық нәтижесіндегі анықтау мен нақтылау барысына жасалған және зерттеудегі препараттардың кері әсерін анықтауда, организмнің қабылдауы мен сіңіруі байқауларында, таратылуында, метаболизм мен ағзадан препараттардың шығарылуында, қауіпсіздігі мен тиімділігін анықтау мақсатында ұйымдастырылған байқау. Препараттарды тіркеуде және медициналық бағытта кең қолдануда, дұрыс бағыттарда тұтынуға байланысты клиникалық зерттеулер жасаудың кезеңдік сипатталуы бүкіл әлемде препараттар зерттемесінің құрамдас кезеңінен өту болып табылады. Жаңа препараттардың тиімділігі мен қауіпсіздігі жайлы толық нақты зерттелген мәлімет алу клиникалық зерттеу барысында жүргізіледі. Осы деректер бойынша денсаулық сақтау үкіл органы препаратты тіркеу немесе тіркеуден бас тарту жайлы шешім шығарады. Бұл дәлелді медицинаның әрбір науқасты тексеруден өткізу мен емдеу кезеңдерін заман талабына сай жаңарған әдістемелерді қолдана отырып, халықаралық және отандық стандарттар талаптарымен орындауының негізгі қағидасы. Қазіргі кезде автоматтандырылған ақпараттандыру құралдары мен заманауи технологияларының дамуы негізінде медициналық жаңару ағыны жүруде. Кез келген отандық медициналық

орталықтардың, медицина мамандарының тұрғындарға қызмет көрсету сапасын жақсартудың ең тиімді жолы медициналық тәжірибеге дәлелді медицинаны енгізуі болып табылады. Медициналық көмек көрсетудің сапасын арттырудың бұл бағыты бойынша клиникалық нұсқаулықтар мен клиникалық хаттамалардың қолданылуы негіз болары сөзсіз. Сондықтан, дәлелді медицинадағы клиникалық нұсқаулық ұғымын – білікті дәрігерге белгілі клиникалық жағдайларда медициналық көмек көрсетуде тез арада шешім қабылдауға үлкен мүмкіндік беретін жүйелі түрде даярланатын ереже. Нұсқаулықтарды даярлауда қойылатын талаптар – жинақталған деректер көздеріне сілтемелер жасалған қағидалардың дәлелді деңгейі болып табылады.

Клиникалық зерттеулердегі нұсқаулықтардың негізгі міндеттерінің қойылуы дәлелді медицинаның негізгі тұжырымдамаларының мына бағыттарымен байланысты болады:

- 1) *Нақтылы клиникалық ахуалдағы маман-медиктердің әрекетін сипаттайтын клиникалық ұсыныстардың өңделуі.* Мамандардың клиникалық шешімнің қабылдануына аурудың жеке ерекшеліктерін ескеріп арқа сүйеуі керектігі туралы ұсыныс қойылады. Үкімет ұйымдарыда ұсыныстарды құрастырушылар кәсіби дәрігерлік қауымдастықтар немесе сарапшылық топ жасаушылары бола алады. Клиникалық ұсыныстардың тәжірибеге енгізілуі мол экономикалық эффект ретінде ең алдымен қымбат бағалы аз ақпараттандырылған диагностикалық әдістер мен емдік дәрілердің клиникалық құндылыққа ие болмайтындығын айқындап береді.
- 2) *Мамандандырылған үйретуші программа, анықтама қағаз және электрондық журналдар, кітаптар және интернет-қорларын шығару.* Бұл бағытта көптеген еңбектер жазылып, негізге алынған.
- 3) *Клиникалық тексерілетін зерттеулердің жүйелі түрде шолуларына деректер қорын құрастыру.* Құрылатын деректер қорында ғалымдардың халықаралық бірлестіктерімен жарияланған рандомизирленген және тексерілетін зерттеулерін айқындайтын, жүйелейтін

жалпылама нәтижелері де кездеседі. Метаанализ көмегімен ғалымдар бұл жағдайда әр түрлі зерттеулерден мәліметтерді талдау арқылы жинақтайды. Зерттеулердегі айғақтықтың дәрежесі оның түріне тәуелді болады. Сенімді ғылыми негізделген нәтижелерді алу үшін зерттеудің құрылымының дұрыс жоспарлануы және бірдей статистикалық талдау жасалуы маңызды болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М: Медиасфера, 2001. – 392 с.
2. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2009. – 288 с.
3. Ключин Д. А., Петунин Ю. И. Доказательная медицина. Применение статистических методов. – М.: «Диалектика», 2007. – 320 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. – М: Медиасфера, 2006. – 312 с.

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСТЫҚ ІШКІ ІСТЕР ДЕПАРТАМЕНТІ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІ ЕМХАНАСЫНЫҢ ЖҰМЫСЫ ТУРАЛЫ

С.Ә.Ибраев

Қызылорда облыстық ішкі істер Департаментінің медицина қызметі

Мақалада, Қызылорда облыстық ішкі істер Департаменті медицина қызметі емханасының 2011 жылғы жұмыс қорытындысы келтірілген. Бекітілген контингент арасында жүргізілетін профилактикалық медициналық тексеру, диспансерлік есепке алу, алғашқы мүгедектікке шығу, алғашқы аурушандық көрсеткіштері динамикада көрсетілген. Сонымен қатар, жыл бойы санитарлық-ағарту жұмыстары жүргізілген.

О работе поликлиники медицинской службы Департамента внутренних дел Кызылординской области
С.А.Ибраев
Медицинская служба ДВД Кызылординской области

В статье приведены итоги работа за 2011 год поликлиники медицинской службы Департамента внутренних дел Кызылординской области.

Показана динамика показателей профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, выхода на первичную инвалидность, первичной заболеваемости среди прикрепленного контингента. Также проведена санитарно-просветительская работа.

The work of medical service clinics of the Department of the Internal Affairs Kyzylorda region
S.A. Ibraev

The paper presents the results of the work for the 2011 clinic of the Medical Service of the Department of Internal Affairs of the Kyzylorda region.

Shows the dynamics of a preventive medical examination, medical examination, enter the primary disability, the primary disease in the attached troops. Also carried out public education.

Қызылорда облыстық ішкі істер Департаменті медицина қызметінің емханасы 2010 жылы емдеу-профилактикалық

ұйымдарға бекітілген аккредитация стандарттарына 91% сәйкестігін дәлелдеп, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 14.10.2010 жылғы №554 бұйрығымен 4 жылдық мерзімге аккредиттелді (№Z000278 аккредиттеу туралы куәлік).

Облыс бойынша емханаға медициналық қызметке бекітілген контингент -ішкі істер органдарының, төтенше жағдайлар министрлігінің, қылмыстық атқару жүйесінің және қаржы полициясының қызметкерлері, олардың отбасы мүшелері және осы салаларда қызмет атқарған зейнеткерлер.

Профилактикалық медициналық тексеру - түрлі созылмалы аурулардың алдын алу, дер кезінде оларды анықтап сауықтыру барысындағы емдеу мекемесінің басты жұмыстарының бірі. Жыл бойы облыстық ішкі істер Департаментінің емханасы бойынша профилактикалық медициналық тексеруден облыстық ішкі істер Департаментінің, ішкі әскердің, төтенше жағдайлар министрлігінің, қылмыстық атқару жүйесінің және қаржы полициясының барлық қызметкерлері медициналық тексеруден өткізіледі. Тексеру барысында барлық тексерілген контингенттерден анықталған созылмалы аурулармен ауыратындар тереңдетіліп тексеріліп, қажет болған жағдайда диспансерлік есепке алынып, сауықтырылады.

2011 жылда диспансерлік есепке ішкі істер органдарының жеке құрамынан түрлі созылмалы аурулар анықталған адамдар алынса, оның ішінде 30% профилактикалық тексеру барысында анықталғандар.

Тексеру барысында емхана бойынша ҚР Ішкі істер министрлігінің 2009 жылғы №74 бұйрығына сәйкес ақпан-қараша айларында дәрігерлердің жұмысын бағалау мақсатында әр дәрігерден 20 картадан тексерілді. Оның қорытындысы бойынша облыстық ішкі істер Департаментінің жеке құрамына көрсетілетін медициналық көмек сапасының деңгейі орташадан жоғары деп бағаланды.

Жеке құраманың Қызылорда қаласы гарнизоны бойынша аурушандық көрсеткіштеріне тоқталатын болсақ, жыл бойы жеке құрам арасында 1616 аурушандық жағдайы тіркелген, оның 1177 алғашқы рет анықталған аурулар. Жалпы аурушандық көрсеткіші жеке құрам бойынша 729,9 болып, өсімі 3,6% құрады. Ал алғашқы аурушандық көрсеткіші 530,6 болып, өсімі 4,4% құрады (2010 жылы жалпы аурушандық көрсеткіші - 757,14, ал алғашқы аурушандық көрсеткіші - 555,08 құраған болатын).

Қызылорда гарнизоны бойынша еңбекке жарамсыздық көрсеткіштері жыл бойы жеке құрам арасында 1115 жағдай болса, жалпы еңбекке жарамсыздық күні 11038 құраған, әр жағдайдың орташа ұзақтығы 9,89 күн. Еңбекке жарамсыздықтың санын 100 қызметкерге шаққанда 50,36 (2010 жыл - 52,6) құрады (өсімі -4,2%). Еңбекке жарамсыздық күндерін 100 қызметкерге шаққанда 498,5 (2010 жыл - 532,25) құрады (өсімі - 5,4%). Еңбекке жарамсыздық пайызы 1,37% (2010 жыл - 1,45%) - өсімі 5,1%.

Облыста ведомстволық госпиталь болмағандықтан, жыл бойы біздің науқастар Денсаулық сақтау министрлігінің жергілікті емдеу ұйымдарында стационарлық ем қабылдайды, олардың 54% госпитализация бюросы арқылы жоспарлы түрде жолданғандар.

Қызылорда облысы ішкі істер Департаментінің ішкі істер органдарының арнайы атағы бар жеке құрам бойынша 5 қызметкер, оның ішінде 3 қызметкер жол-көлік апатынан алынған жарақаттардан, екеуі жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болды.

2011 жылда тікелей емханаға бекітілген арнайы атағы бар қызметкерлер арасында алғашқы мүгедектікке шыққандар тіркелген жоқ.

Рентгенофлюорографиялық тексеру - туберкулез және басқа созылмалы өкпе ауруларын анықтауда қажет болғандықтан, жыл бойы барлық арнайы атағы бар қызметкерлер рентгенологиялық тексеруден, ал 97% флюорографиялық тексеруден өткен.

2011 жылда облыстық ішкі істер Департаменті медициналық мекемелерінің қызметкерлеріне Денсаулық сақтау министрлігінің жергілікті арнайы мекемелері мамандарының қатысуымен маңызды тақырыптарға 4 бірлескен семинар-сабақтар өткізілді: Атап айтар болсақ:

1. «Аса қауіпті аурулардың алдын алу, ауру анықталғанда жүргізілетін шаралар» - облыстық обаға қарсы күресу станциясының және облыстық санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы аса қауіпті аурулар бөлімінің қызметкерлерінің қатысуымен.

2. «Туберкулез ауруының алдын алу мәселелері және ДОТС бағдарламасының қазіргі кездегі ерекшеліктері» - облыстық туберкулез диспансері қызметкерлерінің қатысуымен.

3. «Жедел ішек ауруларының алдын алу, анықтау және емдеу, ауру анықталғанда жүргізілетін шаралар» - облыстық жұқпалы аурулар ауруханасы қызметкерлерінің қатысуымен.

4. «ЖИТС/АИТВ (СПИД/ВИЧ) ауруының алдын алу» - ЖҚТБ – ның алдын алу және күресу облыстық орталығының қызметкерлерінің қатысуымен.

Сонымен, жыл бойы жеке құраманың арасында түрлі маңызды тақырыптарға лекциялар оқылды, оның ішінде 15% сапауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының қызметкерлерімен бірлесіп өткізілді. Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігінің жергілікті денсаулық сақтау органдарымен бірге бірнеше санитарлық-ағарту акцияларына жүргізілді.

УДК 308.085:178-078(574)

SOME QUESTIONS OF RESEARCH ACTIVITY IN KAZAKHSTAN

Aigulsum Izekenova

Kazakhstan, Almaty, Kazak National Medical University named after Asfendiyarov

Тұжырым: Қазіргі шарттарда ғылымның басқару стратегиясы мен ғылыми жұмыстардың тиімділігін бағалай алатын SCI Science Citation Index библиографиялық мәліметтердің сандық қоры бар.

Резюме: В современных условиях стратегические задачи управления наукой и оценка эффективности научной деятельности могут быть решены наукометрическими методами путем количественного анализа библиографической информации, имеющихся в таких базах данных, как Science Citation Index (SCI).

Abstract In the present conditions the strategic objectives of science management and evaluation of effectiveness of scientific activity can be solved by scientometric methods by quantitative analysis of bibliographic information available in databases such as Science Citation Index (SCI). The scientometric analysis can be applied to assess the level of scientific development, the productivity of individual researchers and the index of value of home periodical publications [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Unfortunately, Kazakhstan scientific publications still don't have magazines with impact factor, which is negative factor for science development in general.

Today, Kazakhstan is relevant to the issues of expanding access to international scientific medical research through the

known database. Creation of the system of scientific medical research, according to the international principles and standards will allow Kazakhstan to achieve the goals of improving the competitiveness of the country in general and medical science in particular.

Keywords: scientific research, peer-reviewed journals, medical science

Methodology

Theoretical and methodological bases of research were from results of known databases such as Scimago.com, Scopus, Embase.com and data of the Statistics Agency RK.

The system of scientific researches in the field of health and health care represented by a number of research institutes and research centers, the main activities of which is the profile and priority areas. Table 3 reflects the number of scientific organizations in Kazakhstan from 2007 - 2009 [11].

Table 1. Scientific organizations in Kazakhstan

Type of organization	year		
	2007	2008	2009
Research institutes	170	148	118
engineering, design organizations	26	30	46
institutions of higher education	133	126	114
Industry	11	11	13
Others	98	106	123
Total:	438	421	414

Note: Calculated on the basis of data of the Statistics Agency

From the analysis of table 1 can be seen on the declining trend in the number of research institutes from 170 to 118 in 2009. This was because a research has not leaded in many directions at once (as before) and there is a need for concentration of efforts and resources exclusively on priority areas, including medicine. Human resource capacity can be roughly considered as a derivative of the organizational structure of science. Indeed, the number of scientists must comply with and meet the need for personnel of all available

scientific organizations. Also. Table 1 shows that in Kazakhstan the number of scientific institutions has decreased in 2009 to 414, which is the level of reduction of 24 organizations, or 5.5%. If you look at the level of reduction in the number of scientific organizations in the context of research institutes and universities, there reductions of rates are above. Thus, the number of research institutes has decreased by 52 organizations, or 30.6%, while reducing number of universities were 19 institutions, or 14.3%.

Table 2 reflects the number of scientific articles published between 1996 - 2010. in the various medical fields.

Table 2. Number of Kazakhstan articles published in peer-reviewed journals for 1996 – 2010 years in the various medical fields according Scimago 2010

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anatomy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Department of Anesthesiology and Pain Medicine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Cardiology and Cardiovascular Medicine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Complementary and Alternative Medicine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Dermatology	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Endocrinology, Diabetes and Metabolism	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Epidemiology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Gastroenterology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Genetics (clinical)	1	1	-	-	1	-	1	-	-	2	-	-	1	-	-
Geriatrics and Gerontology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Medical Informatics	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Health Policy	-	1	1	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1
Hematology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1
Histology	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	2

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Immunology and Allergy	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	1	1
Infectious Diseases	-	-	-	-	1	1	-	2	2	1	-	2	2	2	-
Therapy	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medicine (Miscellaneous)	3	2	5	2	2	4	4	14	14	2	3	3	3	3	8
Microbiology (medical)	1	-	1	-	1	1	-	1	-	1	2	1	1	1	2
Neurology (clinical)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Obstetrics and Gynecology	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oncology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-
Ophthalmology	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Otorhinolaryngology	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pathology and Forensic Medicine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Pediatrics, Perinatology and Child Health	-	1	1	-	1	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-
Pharmacology (medical)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	1	-
Physiology (medical)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-
Psychiatry and Mental Health	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Health care, environment and occupational health	1	2	1	1	1	-	1	5	1	2	1	3	7	6	4
Lung and Respiratory Medicine	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	1
Radiology, Nuclear Medicine and Imaging	-	1	2	1	2	1	4	-	2	3	15	1	3	2	2
Rheumatology	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Surgery	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Transplantology	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Urology	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Scimago Lab, Copyright2010. Data Source: Scopus®

Analysis of the table shows which areas are covered by most research. Thus, the most number of publications meets in the field of medicine (various), environmental health, radiology, nuclear medicine and imaging, microbiology. Less, there are covered such areas as anatomy, anesthesiology, cardiology, urology, alternative medicine, transplantation, rheumatology, psychiatry, medical informatics, geriatrics, epidemiology, endocrinology, dermatology. At the level of peer-reviewed journals in the field of therapy was not carried out any investigation.

3. Conclusion

Analysis of the development of medical science of the sovereign Kazakhstan shows a sufficiently high scientific, human resources, technical expertise, ensuring the needs of the home market, but nevertheless do not solve major national problems and not create conditions for wide implementation of research results on a market basis. Discouraging factor is the fact that Kazakhstan has no peer-reviewed journals with impact - a factor, and without it the entrance to the world space is closed.

The submitted article does not exhaust all problems of reforming the scientific medical practice, a number of issues can cause debates, but the fact remains the same, in Kazakhstan, there must be a well-functioning national health system of scientific studies of health and health care, adequate to the advanced international developments.

Acknowledgments

I thank B. Turdalieva and Kazakh National Medical University for their assistance in writing the article.

Human Participant Protection

No protocol approval was required because no human participants were involved

Bibliography

1. Y. Kislyakov approaches to the construction of an automated system of information flow analysis of dissertations // In.: Theory and practice of technical information. M, 2003, pp. 102-111. S. Haytun Scientometrics. Moscow: Nauka, 1993, 344 p.
1. T. Kaigorodova. The relevance of the complex scientometric study of publications to identify trends in the development of scientific disciplines // In book.: Ways of increasing the efficiency of research and information capacity of medical science and practical public health. Kiev, 1998. p 56-57.
2. V. Popov, V. Strashko. Application of the relative citation index to evaluate scientific publications and contributions of individual scientists and research teams. // Short thesis reports I All scientific conference. " Informatics and scientology." Tambov, 1998, p.234-234.
3. E. Dubinin, B. Sadovskaya. Scientometric analysis of publications in scientometrics in medicine // In collection of scientific works: Methodological problems in medical informatics and scientology. M, 2009, p.292-298..
4. B. Kardashev, B. Nahapetov., Maslovskaya GY, LI Tarasov Some new approaches to complex scientometric analysis naukovedcheskomu (Index of scientific surveys (U.S.) in order to identify the current status and trends of global science. // Sb.nauch.trudov sots.gigieny Research Institute, the economy and health care management Semashko. M, 2009, pp. 124 - 137.
5. Michael E. Porter, Debra van Opstal. U.S. Competitiveness 2001: Strength, Vulnerabilities and Long-Term Priorities. Council ob Competitiveness. 2001, p
6. A. Budko, I. Klimova The whole world in the tables. - M., 2010, 24 p.
7. J. K. Greyson, K.O 'Dell. American management on the verge of the XXI century, Moscow: Economics, 1991
8. The first Technology Forecast Review Future Technology in Japan. Wister Report. 25. Tikio, 1996, № 58, page 6-7.
9. E. Terenteva. Scientific basis to improve the planning application for Medical Research (for example, problems of public health and health care). Diss. Candidate of medical science. Moscow, 2001, 175
10. E Suleimenov, J. Karabayev, A. Zhumabaev. Analysis of the main tendencies of modern sciences development in Kazakhstan, Anal. review. Almaty: NTSNTI, 2011
11. www.scopus.com
12. www.embase.com

УДК: 616.61-002.3

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Кулмаганбетова Л.Д.
Городская поликлиника №6 г. Тараз

В статье представлена методика комплексного социально-гигиенического исследования, которая способствовала изучению основных показателей общественного здоровья населения, определению групп риска возникновения заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения с последующей разработкой и реализацией эффективных технологий диспансеризации. В качестве маркеров инновационных технологий диспансеризации целесообразно рассматривать пациентов с установленным риском и диагнозами: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, так как эти заболевания возникают на фоне достаточно управляемых факторов риска, они чаще всего приводят к временной и стойкой утрате трудоспособности, преждевременной смертности пациентов от осложнений.

Ключевые слова: диспансеризация, поликлиника, инновационные технологии, профилактика

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF MEDICAL EXAMINATION IN THE CONDITIONS OF CITY POLICLINIC

Kulmaganbetova L.D.

In article the technique of complex social and hygienic research which promoted studying of the main indicators of public health of the population, definition of groups of risk of emergence of the diseases influencing duration and quality of life of the population with the subsequent development and realization of effective technologies of medical examination is presented. As markers of innovative technologies of medical examination it is expedient to consider patients with the established risk and diagnoses: the arterial hypertension, coronary heart disease, a chronic obstructive illness of lungs, diabetes as these diseases arise against enough operated risk factors, they lead to temporary and permanent disability, premature mortality of patients from complications more often.

Key words: medical examination, polyclinic, innovative technologies, prevention

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯНЫҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ ҚАЛАЛЫҒЫ ЕМХАНА ШАРТТАРЫНДАҒЫ

Л.Д. Кулмаганбетова

Бапта тұрғынның қоғамдық денсаулығының негізгі көрсеткіштерінің зерттеуіне мүмкіндік туғызатын кешенді әлеуметтік - гигиеналық зерттеудің әдістемесі келесі өңдеуі бар тұрғынның ұзақтық және тұрмыс сапасына және диспансеризацияның тиімді технологияларының іске асыруына ететін ауруларды пайда болудың қатер топтарының анықтауына елестеткен. Таңбалағыштар ретінде инновациялық технологиялардың диспансеризациялары қойылған тәуекелі бар емделушілер және диагноздармен орынды қарау: жеңіл, сусамыр тамыр гипертензиясы, жүректің ишемия ауруы, созылмалы обструктивті ауру, бұл аурулар өйткені фондарда пайда болады белгінің факторлардың басқарылулары, олар жеткілікті кедергілерден уақытша және еңбек ету қабілетінен айырылуға, емделушілердің мезгілсіз өлім-жітімінің бағандарымен жиірек алып келеді.

Негізгі сөздер: диспансеризация, емхана, инновациялық технологиялар, профилактика

Здоровье населения играет важнейшую роль в экономическом, социальном и культурном развитии общества. Сохранение здоровья – важнейшая государственная задача. Утрата здоровья и трудоспособности создает множество медицинских, социальных, экономических и демографических проблем, требующих решения [1]. Ухудшение показателей здоровья населения, особенно ярко проявившееся в начале 90-х годов прошлого столетия, связано как с трудностями решения социально-экономических реформ, так и с накопившимися проблемами в самом здравоохранении. Такими проблемами для здравоохранения являлись и остаются недостаточное финансирование, низкий уровень качества медицинской помощи, недостаточная квалификация медицинских работников, устаревшая материально-техническая база, низкая заработная плата, недоверие населения качеству оказываемой помощи [2].

В последнее время состояние здоровья населения вызывает озабоченность государственных институтов, широкой общественности и органов управления здравоохранением [3]. Поэтому общественное здоровье рассматривается как ведущий системообразующий фактор национальной безопасности [4]. Свертывание профилактической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях повлекло за собой значительную потерю людских и материальных ресурсов.

Отсутствие программ всеобщей диспансеризации сказалось, прежде всего, на снижении контроля за состоянием здоровья трудоспособного населения и особенно работающего контингента [5]. В сложившихся социально-экономических условиях, как никогда, возникает острая потребность разработки и внедрения инновационных технологий охраны и укрепления здоровья населения [6]. Важную роль в решении рассматриваемой проблемы призвана сыграть диспансеризация населения, основанная на инновационных технологиях профилактики, диагностики, лечения и реабилитации [7]. Концепция развития системы здравоохранения в Республике Казахстан в числе основных функций амбулаторно-поликлинического уровня провозглашает диспансеризацию населения с выделением групп риска по развитию социально-значимых неинфекционных заболеваний и разработку индивидуальных программ профилактики (коррекция образа жизни, превентивное лечение), а также диспансерное наблюдение (и углубленные осмотры) за лицами, относящимися к группам риска и хроническими больными.

Цель исследования – улучшение общественного здоровья путем разработки и внедрения инновационных технологий диспансеризации населения с последующей оценкой эффективности.

Материалы и методы исследования. В целях изучения влияния инновационных технологий диспансеризации на эффективность здравоохранения в качестве маркеров рассматривались пациенты амбулаторно-поликлинического учреждения с установленными диагнозами заболеваний: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет.

Важное место при оценке эффективности диспансеризации отводилось динамике заболеваемости, первичному выходу на инвалидность, смертности в трудоспособном возрасте.

В основу разработки инновационной модели диспансеризации населения легли данные о состоянии здоровья населения. Формирование рассматриваемой модели предусматривало разработку концепции медицинской профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения, включая стандарты профилактики, определение реальной потребности населения в диспансеризации, в том числе профилактических и реабилитационных технологиях.

В целях разработки, апробации и внедрения конкретных технологий диспансеризации важное место отводилось изучению распространенности факторов риска возникновения у пациентов таких заболеваний, при которых возможна коррекция риска их развития.

При этом оценивалась существующая система диспансеризации. Особое внимание уделялось вопросам организации, финансирования и эффективности использования ресурсов. Для определения реальной потребности в инновационных технологиях диспансеризации применительно к рассматриваемым видам заболеваний и оценке эффективности использовались стандарты профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Оценка эффективности инновационных технологий диспансеризации проводилась в двух аспектах путем определения медицинской, социальной эффективности.

Изучение общественного здоровья и организации медицинской помощи, в том числе диспансеризации, разработка инновационных моделей ее организации с последующей оценкой эффективности осуществлялась на основе системного подхода.

Системный анализ использован при разработке комплекса мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению на принципы врача общей практики. Он включал в себя такие методы, как: информационно-аналитический, статистический, социологический. Весь статистический материал обработан по общепринятым в статистике методам.

При обработке базового материала использован современный статистический пакет прикладных программ «Statistica» V.6.0 for Windows. Форматирование и обработка банка данных осуществлялась на персональных компьютерах IBM PC с использованием прикладных программ MS Office.

Результаты исследования и их обсуждение. В структуре причин смертности в течение пятилетнего периода наблюдения (2005-2010 гг.) преобладали болезни системы кровообращения (9,30%±3,05%), несчастные случаи, отравления и травмы (3,28%±0,80%), новообразования (2,10%±0,51%), болезни органов дыхания 0,92%±0,31%), болезни органов пищеварения (0,68%±0,04%).

Изучение общей заболеваемости населения позволило установить, что ее уровень увеличился с 1340% в 2005 г. до 1549% – в 2010 г. Анализ структуры общей заболеваемости

показал, что наибольшее число обращений было обусловлено болезнями органов дыхания (317,4‰ ±8,0 ‰), системы кровообращения (153,3‰ ±5,5 ‰), костно-мышечной системы (129,7‰ ±5,1 ‰), несчастными случаями, отравлениями и травмами (127,0‰ ±5,0 ‰), болезнями глаза и его придаточного аппарата (105,3‰ ±4,6 ‰).

Заболеемость с временной утратой трудоспособности имела тенденцию к снижению с 61,7 случаев в 2005 г. до 42,7 случаев в 2010 г. на 100 работающих. Изучение структуры распространенности заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в расчете на 100 работающих) свидетельствовало, что наиболее часто утрата трудоспособности наступала в результате заболеваний органов дыхания (27,8 ±2,4), травм и отравлений (15,3±1,7), болезней костно-мышечной системы (15,3±1,9), системы кровообращения (6,7±1,4), органов пищеварения (5,7±1,1).

Показатель первичного выхода на инвалидность на 10 тыс. взрослого населения имеет тенденцию к повышению с 91,6 в 2005 г. до 181,0 – в 2010 г. В структуре первичного выхода на инвалидность преобладают болезни системы кровообращения (52,0±10,1), новообразования (15,2 ±1,8), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (12,8 ±2,7), травмы и отравления (9,0±0,7).

Анализ основных показателей здоровья населения и их структуры позволил оценить сложившуюся потребность изучаемого контингента в медицинской помощи, в том числе диспансеризации населения.

Объем посещений в поликлинике и на дому увеличился с 9877,2 в 2005 г. до 9941,0 – в 2010 г. в расчете на 1000 населения. Число посещений на жителя в рассматриваемый период соответствовало 9,8-10,8.

Произошло увеличение удельного веса посещений поликлиники с профилактической целью с 28,5 % в 2005 г. до 36,8% - в 2010 г.

На основании данных профосмотров разрабатывалась программа проведения оздоровительных мероприятий. В соответствии с потребностями лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, в условиях стационара было пролечено 95,4% - 96,6%. То есть, потребность в стационарной помощи была удовлетворена практически полностью. Санаторно-курортное лечение получили 7,0% - 12,4% диспансеризуемых.

Определенный интерес представляет изучение динамики количества лиц с хроническими заболеваниями, находящихся под диспансерным наблюдением. Рассматриваемый показатель увеличился с 221,0 в 2005 г. до 286,0 – в 2010 г.

Научной основой профилактики заболеваний является концепция факторов риска. Доказано, что распространенность отдельных форм неинфекционной патологии (ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет и др.) значительно выше, чем это определяется на основе клинических наблюдений и данных обращаемости за медицинской помощью, что напрямую связано с факторами риска, воздействие которых на организм достоверно повышает вероятность возникновения и развития этих болезней.

Теория факторов риска позволяет выдвинуть и приступить к реализации концепции конструирования, создания здоровья (promotion of health), состоящее из двух фаз: фазы преодоления, уменьшения действия факторов риска и фазы создания здоровья, его формирования (собственно promotion). В целях апробации инновационных технологий диспансеризации с использованием стандартов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации с последующей оценкой эффективности разрабатывались стандарты медицинских технологий профилактики заболеваний, влияющих на уровень смертности, продолжительности и качества жизни.

В процессе практической реализации технологий профилактики заболеваний в поликлинике большое внимание отводилось центрам медицинской профилактики или отделению медицинской профилактики. Работа по медицинской профилактике проводилась на массовом, групповом и индивидуальных уровнях.

Особое внимание при организации школ здоровья уделялось пациентам с факторами риска и больным, у которых выявлялись заболевания. В поликлинике функционирует школы здоровья по артериальной гипертензии, по сахарному диабету, по бронхиальной астме и по хроническим obstructивным болезням легких. Установлено, что из числа лиц с впервые выявленной артериальной гипертензией прошли обучение в школе – 85,8%; сахарным диабетом – 91,5%; бронхиальной астмой – 86,7%.

На этапе вторичной профилактики неинфекционных заболеваний с целью раннего их выявления предусмотрены дополнительные углубленные обследования пациентов с выявленными факторами риска. Дополнительные исследования проводились лицам, имеющим факторы риска по артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хроническим obstructивным болезням легких и сахарному диабету.

Выделение лиц, имеющих факторы риска по указанным заболеваниям, проводилось преимущественно при дополнительной диспансеризации работающих.

На 1000 прошедших диспансеризацию к группе риска возникновения артериальной гипертензии отнесено 385,4 обследованных; ишемической болезни сердца – 261,4; сахарным диабетом – 616,8; хроническими obstructивными болезнями легких – 117,9 обследованных.

Среди обследованных к группе риска на каждую 1000 обследованных выявлено 327,9 случаев артериальной гипертензии, из них у 251,4 обследованных заболевание выявлено в ранней стадии.

Распространенность ишемической болезни сердца составила 169,8 на 1000 обследованных. У 134,4 прошедших диспансеризацию из группы риска заболевание выявлено в ранней стадии.

Частота возникновения сахарного диабета в группе риска составила 138,6. При этом все случаи выявлены в ранней стадии. Определенный интерес представляют данные о распространенности хронических obstructивных болезней легких. На 1000 обследованных группы риска выявлено 102,5 случая рассматриваемых заболеваний, в том числе 62,5 случая – в ранней стадии.

Все лица с впервые выявленными заболеваниями прошли амбулаторно-поликлиническое или стационарное лечение. Направление на лечение осуществлялось в соответствии со стандартами медицинских технологий. Лечение проводилось на этапах, адекватных состоянию здоровья лиц с выявленными заболеваниями.

В процессе работы проводилась оценка эффективности дополнительной диспансеризации. Для определения эффективности диспансеризации в качестве индикаторов внедрения стандартов медицинской профилактики использовались стандарты профилактики по следующим нозологиям: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, хронические obstructивные болезни легких и сахарный диабет.

Реализованный комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий способствовал тому, что среди лиц группы риска с впервые в жизни установленным диагнозом артериальная гипертензия 11,5% отказались от вредных привычек (курение, употребление спиртных напитков); с диагнозом ишемическая болезнь сердца – 20,4%; с сахарным диабетом – 32,5 %; с диагнозом хронических obstructивных болезней легких – 23,4%. Из числа диспансеризуемых показатели конечных результатов деятельности при реализации стандартов профилактики артериальной гипертензии были достигнуты в 98%; ишемической болезни сердца – 64,7%; сахарного диабета – в 72%; хронических obstructивных болезней легких – в 75,2%.

Разработанная концепция профилактики заболеваний, влияющая на продолжительность и качество жизни населения, позволила обеспечить доступность мероприятий по экспресс-оценке состояния здоровья и оздоровлению населения вне зависимости от социального статуса, уровня доходов и места жительства; сочетание общих мероприятий по профилактике заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, и коррекции факторов риска среди населения; непрерывность оздоровительных мероприятий в течение всей жизни человека; ответственность человека за свое здоровье и здоровье своих близких; направленность на количественную оценку резервных возможностей организма и их коррекцию для реализации человеком потенциалом здоровья; междисциплинарного подхода к организации оздоровительных и профилактических мероприятий с учетом потребности населения, отдельных социальных, профессиональных и возрастных групп; единства всей системы охраны здоровья населения независимо от территориальных разграничений; использования опыта межсекторального сотрудничества с целью разработки оптимальных подходов к решению проблем сохранения и укрепления здоровья, повышения качества жизни; использование результатов научных исследований при разработке и реализации программ медицинской профилактики заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни, с учетом необходимости выявления и устранения основных факторов риска, оказывающих негативное влияние на здоровье населения и отдельных его групп; единства медико-профилактической и экономической эффективности системы медицинской профилактики.

Изучение динамики показателей общественного здоровья населения свидетельствует о том, что уровень первичной заболеваемости увеличился с 771,3±0,5 до 819,3±0,6 (p=0,031), общей заболеваемости с 1435,6±0,7 до 1542,3±0,6 (p=0,042).

Показатели, характеризующие госпитализированную заболеваемость имели противоположную тенденцию и были соответственно равны 227,5±1,8 и 225,4±1,7 на 1 000 населения (p=0,045).

Показатели с временной утратой трудоспособности, также как и показатели госпитализированной заболеваемости имели тенденцию к снижению. Количество случаев утраты составило

51,2±0,06 и 50,5±0,06 (p=0,038); дней утраты трудоспособности 744,1±0,2 и 726,0±0,2 (p=0,041) на 100 работающих при средней продолжительности одного дня соответственно 14,6±0,01 и 14,6±0,01 (p=0,021).

Первичный выход на инвалидность трудоспособного населения характеризовался уменьшением соответствующих показателей, с 78,3±0,7 до 75,7±0,7 в расчете на 10 000 изучаемого контингента (p=0,039).

Смертность в трудоспособном возрасте составила 10,3±0,08 (2005-2010 гг.), тогда как в 2011 г. - 9,0±0,07 (p=0,042) на 1000 населения трудоспособного возраста

Таким образом, сформированная методика комплексного социально-гигиенического исследования способствовала изучению основных показателей общественного здоровья населения, определению групп риска возникновения заболеваний, влияющих на продолжительность и качество жизни населения с последующей разработкой и реализацией эффективных технологий диспансеризации. При изучении влияния перспективных технологий диспансеризации на эффективность здравоохранения в качестве маркеров целесообразно рассматривать пациентов с установленным риском и диагнозами: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, сахарный диабет, так как эти заболевания возникают на фоне достаточно управляемых факторов риска, они чаще всего приводят к временной и стойкой утрате трудоспособности, преждевременной смертности пациентов от осложнений.

Группа риска возникновения артериальной гипертонии составила 38,54%±1,5 % обследованных, в том числе в возрасте до 30 лет - 4,86%±0,7%; ишемической болезни сердца - 26,14%±1,4%, в том числе в возрасте до 50 лет - 5,79±0,7%; сахарного диабета - 6,68±1,5%; хронических обструктивных болезней легких - 11,79±1,02%. Полученные данные позволили определить реальную потребность населения в реализации перспективных технологий диспансеризации.

Показатели конечных результатов реализации перспективных технологий диспансеризации больных артериальной гипертонией были достигнуты в 98% случаях, в том числе в

возрасте до 30 лет - в 82,5%, ишемической болезни сердца - в 64,7%, в том числе в возрасте до 50 лет - в 57%, сахарного диабета - в 72%, в том числе в возрасте до 30 лет - в 18 %, хронической обструктивной болезни легких - в 75,2%.

Список использованной литературы:

- 1 Аксенов В.А. Доказательная профилактика или диспансеризация: что же нам нужно? // Профилактическая медицина. 2007. Т. 10. № 2. С. 40-47.
- 2 Гасанова А.З. Качество диспансеризации работающего населения в городских поликлиниках // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 4. С. 38-40.
- 3 Алексеева С.В., Кореннова О.Ю. Дополнительная диспансеризация работающего населения как способ выявления факторов риска развития и ранних стадий сердечнососудистых заболеваний // Российские медицинские вести. 2009. Т. 14. № 3. С. 56-61.
- 4 Юбрина И.В., Немышева О.А. Дополнительная диспансеризация: вопросов больше, чем ответов // Российский семейный врач. 2008. Т. 12. № 1. С. 35-38.
- 5 Шильникова Н.Ф., Сенижук А.И., Томских Э.С. Дополнительная диспансеризация работающего населения в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» в регионах России // Забайкальский медицинский вестник. 2010. № 2. С. 51-55.
- 6 Квасов С.Е., Исаева Л.И., Тарадайко В.С., Кадникова Е.А., Вавилычев А.С. Инновационная модель системы диспансеризации работающих // Медицинский альманах. 2010. № 1. С. 20-23.
- 7 Беганова Т.В. Эффективность диспансеризации населения в новых экономических условиях // Вестник Медицинского стоматологического института. 2009. № 3-4. С. 18-22.

МЕМЛЕКЕТТІК ТІЛДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕРМИНДЕР

Оқытушы Жыланбаева Б.К.

Аға оқытушы Рахымбаева Г.С.

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Қазақстан, Алматы қаласы

Medical terminology on the official language

Abstract Paper set out on "medical terms in the state language" on the topic was about the medical terms set out in the official language in the training.

Мақала тақырыбында «Мемлекеттік тілдегі медициналық терминдер» туралы баяндалған. Сонымен қатар мақалада мемлекеттік тілде мамандарды даярлауда кәсіби терминдердің маңыздылығы да баяндалған.

Бүгінде еліміздің егемендігінің тұрақтылығына дәлел болатын іс шаралар көптеп жүргізілуде. Қандай қоғамда болмасын тәуелсіздіктің биігін көрсететін дәстүрлі рухани байлығымыздың тұғыры мемлекеттік тілдің мәртебесі деп айта аламыз. Президентіміз Н.Ә. Назарбаевтың халыққа жолдаған Жолдауларында тіл мәселесі әрқашан алға қойылған. «Қазақстанның болашағы – қазақ тілінде», «Ана тілі – бәріміздің анамыз, өйткені ол – ұлтымыздың айнасы» деген ұлы сөздері келешек ұрпақ пен өскелең жастар үшін көкейінде рухы, діні, мәдениеті, мемлекеттік тілі тоғысқан әрбір азаматтың санасын оятары сөзсіз.

«Қазақстан Республикасындағы тіл туралы» Қазақстан Республикасының Заңнамасында көрсетілген 2001 жылғы 7 ақпандағы № 550 қаулысымен бекітілген Тілдерді қолдану мен дамытудың 2001-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы әр мекемеде қазіргі таңда алға қойылған шартты талаптардың бірі болып отыр. Мемлекеттік тілді дамыту жолында «Тілдердің үш тұғырлығы» мәдени жобасын кезеңдеп іске асыруды қолға алуды ұсынамын. Қазақстан халқы бүкіл әлемде үш тілді пайдаланатын жоғары білімді ел ретінде танылуға тиіс. Бұлар: қазақ тілі – мемлекеттік тіл, орыс тілі – ұлтаралық қатынас тілі және ағылшын тілі – жаһандық экономикаға ойдағыдай кірігу тілі.» (Жолдау 2007) деген ел

басымыздың халыққа жолдауына ден қояр болсақ, болашағымыздың ошағы болар азаматтарды өз ана тілін құрметтеу, қадірлеу, басқа тілдермен қоса үйренуге бейімделуін қалыптастыруда маңызды ұстаным болары анық.

Мемлекеттік тілдің барлық жерде қолданылуы кез – келген маман үшін бірінші орында тұратын саналы еңбек айналысына айналуы керек. Осы негізде ғұламаларымыздың үлкен еңбегінен алынған мана жолдарға үңілер болсақ; "Барлығы да балалық шақтан басталады, жас еспірімдердің моральдық бет-бейнесі адамның балалық шақта қалай тәрбиеленуіне байланысты" –деп айтқандай келешек ұрпақтың дұрыс тәрбиеленуі үшін оның тәрбиесіне үлкен үлес қосушы педагог екені белгілі. Ал қазіргі заман талабына сай білім ордаларында педагогикалық талаптар әсіресе мамандандырылған салаларда кәсіби бағыттаудың дағдылы құзіреттіліктерінің шарттарына сай болуы керектігінен шығармауымыз керек.

Қоғамның қай саласы болмасын өз мемлекетінің болашағын дамытуға, мәртебесін көтеруге даяр мамандардың қатарын көбейтудің ең басты міндеті ретінде мемлекеттік тілдің маңыздылығы зор екені белгілі. Кәсіби мамандандырылған салаларда болашақ кәсіп иелеріне арнайы ұғымдар мен терминдерді пайдаланып сөйлеуге үйрету олардың алған білімдерін тұрақтандырады. Жас мамандардың өз кәсібіне деген жауапкершілігі мен патриоттық сезім ұстанымдарын нығайтатын да осы мемлекеттік тілдің жетік меңгерілуі мен сабақтас болады.

Ана тілге деген құрмет – ол өз елін мақтан тұтатын, өз жерін қадірлейтін, өз халқын сүйетін әр тұлғаның бойынан табылатын қасиет. Бұл әр адам үшін ана сүтімен даритын табиғи қасиет. Бала туылғаннан бастап қалай тәрбиеленсе, келешек өміріне алар сабағы да осы

тәрбиенің жолы болмақ. Сондықтан әрбір өскелең жасұрпақ үшін тәрбиенің сатылық сипаты маңызды болары сөзсіз. Себебі мектеп жасына келген бала үшін білім алудың қаншалықты маңызды екендігін ұғындыру, оның ойлау санасын жаңаша қалыптастыру тәрбиеден бөлек жүргізілетін салалы істің арқасында болады. Бұдан әрі бала бойында білімге деген құштарлығын арттыру табиғи тіл ана тілінде берілуі өз тілімен өз еліне деген сүйіспеншілігін қалыптастырады. Оқу үрдісіндегі тәрбиенің алатын орны зор екені белгілі. Бұдан біздің түйе айтарымыз кез келген білім ордасы үшін болашақ ұрпақты патриотты, моральді мәдениетті, парасаттылыққа тәрбиелеудің кілті осы мемлекеттік тілді жетік меңгерту. Ал бұл істің негізгі құралы мемлекеттік тілде жазылған оқу құралдары екенін біз білеміз. Сондықтан келешек үшін үйренері де, білері де, сабақ етіп алары да көп мемлекеттік тілдегі құралдардың сапалы түрлері ауадай қажет дей аламыз. Әр сала үшін арнайы терминологиялық орталықтардың ұйымдастырылуы ол кез келген сөз тіркестері мен аудармалы сөздердің мағынасына қарай берілуін қамтамасыз етеді. Бұл мақалада қарастырылған негізгі ой мемлекеттік тілдегі медициналық терминдердің жай күйі десек, ол қазіргі таңда медицина саласы бойынша 25 мыңға жуық терминдердің мемлекеттік тілде тіркелуі үлкен жетістік. Оқу орынымызда болашақ мамандар үшін даярланған оқу әдістемелік құралдары, оқулықтардың түрлері көптеп шығарылуда. Бірақ әліде болса кәсіби мамандықтарға қатысты телемедициналық, виртуалды, электронды білім көздерін мемлекеттік тілде дайындауды одар әрі дамыту керек. Қазіргі таңда Медицина саласындағы жетістіктер болашақ мамандардың тәжірибелік дағдылану шыңында мемлекеттік дәрежеде, өз елін басқа мемлекетте таныта алатын, мақтан тұтатын деңгейде екенін айта аламыз.

1. «Тілдерді қолдану мен дамытудың 2001-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын іске асыру жөніндегі 2009-2010 жылдарға арналған іс-шаралар жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2008 жылғы 24 желтоқсандағы № 1246 қаулысы
2. Қазақстан Республикасының «Білім туралы» Заңы
3. Қазақстан Республикасының білім беру ұйымдарында 2006-2011 жылдарға арналған кешенді тәрбие бағдарламасы
4. Қазақстан Республикасының азаматтарына патриоттық тәрбие берудің 2006-2008 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы
5. «Тәрбие құралы» журналы. №5, 2010 ж.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ

*Мамбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыхова А.Ж.,
Курманбекова Г.С., Алтынбекова З.А., Аккулова Г.А.
(КазНМУ, ГДП №8 г. Алматы)*

Проведен анализ результатов иммунопрофилактики по школьно-дошкольному отделению ГДП №8 г.Алматы за 2011 год. Показатель своевременности охвата прививками детей в возрасте 2 лет составил 99,6% (нормативными показателями до трех лет считается показатель 95%), у детей старших возрастных групп - 98,5% (нормативные значения составляют 97-98%). Для анализа были взяты данные о детях с законченным курсом вакцинации, ревакцинации, а также находящихся в стадии вакцинации.

Балалардағы иммунопрофилактика нәтижесінің мониторингі

*Мамбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыхова А.Ж.,
Курманбекова Г.С., Алтынбекова З.А., Аккулова Г.А.
КазҰМУ, №8 ҚБЕ Алматы*

Балаларды дер кезінде «№8 ҚБЕ» мектеп-мектепке дейінгі бөлімшесіндегі егулермен қамту көрсеткіштері, қарсы көрсеткіштердің себептері және негіздемесі, инфекциялық аурулар көрсеткіші қарастырылды. 2 жастағы балаларда вакцинация мезгілінің көрсеткіші 99,6% болды (3 жасқа дейін нормативті көрсеткіші 95% болып саналады). Жоғары жас топтарыдағы балаларда - 98,5% (нормативті көрсеткіштері 97-98%). Талдауға балалардың біткен вакцинация, ревакцинация және өткізіліп жатқан кезіндегі вакцинация туралы мәліметтері алынды.

Monitoring of the results of children's vaccination

*Mambetova I.Z., Smagulova A.B., Zhadykova A.Zh.,
Kurmanbekova G. S., Altynbekova Z.A., Akkulova G. A.
KazNMU, CCP№ 8, Almaty*

Results of the 2011 immune system prophylaxis of the school-kindergarten department CCP№ 8, Almaty were analyzed. Indicator of timely vaccination for 2-year old children reached 99.6% (average indicator is 95%); for teenagers – 98.5% (average indicator is 97-98%). The study covered children who had completed vaccination and re-vaccination, and those being vaccinated.

здравоохранения и имеет высокую социальную значимость. В результате целенаправленной работы достигнут значительный прогресс в иммунопрофилактике инфекционных болезней, в первую очередь детей, прививаемых в рамках национального календаря профилактических прививок. Существенное же снижение заболеваемости детскими инфекционными заболеваниями, согласно литературным данным, возможно только при иммунизации 80–95% детской популяции [1]. Признание необходимости вакцинопрофилактики требует от органов здравоохранения усиления эффективности противозидемических и профилактических мероприятий, своевременности и полноты охвата иммунизацией детей в декретированные сроки, обоснованности медицинских отводов от профилактических прививок, повышения квалификационного уровня подготовки медицинских работников лечебно-профилактических учреждений и активизации санитарно-просветительной работы с населением по вопросам вакцинации.

Анализ результатов проведения иммунопрофилактики по школьно-дошкольному отделению ГДП №8 г.Алматы за 2011 годы показал, что показатель своевременности охвата прививками детей в возрасте 2 лет составил 99,6% (нормативными показателями до трех лет следует считать 95%), детей старших возрастных групп - 98,5% (нормативные значения составляют 97-98%) что является очень хорошим показателем [2,3]. Для анализа были взяты данные о детях с законченным курсом вакцинации, ревакцинации, а также находящихся в стадии вакцинации.

По данным таблицы №1, в 2011 году процентные показатели вакцинации детей в сравнении с 2010 годом остались на прежнем уровне, за исключением снижения выполнения ревакцинаций АДС-М в возрасте 16 лет - 74,3% (в 2010г. - 86,1%) в связи с тем, что в основном запланированные на вакцинацию во втором полугодии дети поступают после 9 класса в средние учебные заведения.

В Казахстане вакцинопрофилактика является составной и неотъемлемой частью государственной политики в области

Таблица 1- Данные охвата иммунопрофилактикой детей в детских садах и школах ГДП №8 за 2011г.

Вакцинация	Запланировано		Выполнено		%	
	2011г.	2010г.	2011г.	2010г.	2011г.	2010г.
АДС в ДДУ	942	939	845	841	99,7	99,5
АДС в школах	-	-	88	-	97,8	-
КПК в ДДУ	940	816	936	811	99,6	99,4
КПК в школах	-	-	134	-	98,5	-
АДМ 12 лет	1091	971	1087	967	99,6	99,6
АДСМ 16 лет	1103	1254	820	1080	74,3	86,1
ВГА в ДДУ 2 года	2100	2063	2092	2051	99,6	99,4
Р.Манту в ДДУ	1442	1432	1510	1510	104,7	105,4
Р.Манту в школах	4537	3040	5293	3047	116,7	100,2
Р.Манту в 1 классах	1276	1163	2111	1260	165,4	108,3

В 2011 году Р-Манту в школах было проведено больше, чем запланировано, в связи с увеличением числа контактных детей с больными туберкулезом и вновь прибывших детей.

По данным 385 карт профилактических прививок (ф.063-у), 14 медицинских карт ребенка (ф.026-у) были установлены причины непривитости детей и их обоснованность.

Таблица 2- Причины непривитости детей в детских садах и школах ГДП №8 за 2011г.

Возраст	Число детей		Причины непривитости												
	2011г.	2010г.	медотвод				отказ				нет сведений				
			2011г.		2010г.		2010г.		2010г.		2011г.		2010г.		
			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
2 г.	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3-6 л.	90	97	2	2,3	6	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7-14	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-16	283	174	12	4,3	8	4,6	1	0,4	1	0,6	-	-	1	0,6	0,6
Всего	385	283	14	3,7	14	5,0	1	0,3	1	0,4	-	-	1	0,6	0,6

По данным таблицы №2, в структуре причин непривитости за 2011 год, как и в предыдущем году, преобладают медицинские отводы от вакцинации в результате острой заболеваемости или обострения хронической патологии детей в 3,7% случаев, отказы от прививок родителей минимальны -0,3%, непривитых детей без уважительной причины выявлено не было. Обоснования

медотводов занесены в учетно-отчетную документацию своевременно, сроки вакцинации подбирались для каждого ребенка врачами-педиатрами индивидуально с учетом его заболевания.

Таблица 3- Инфекционная заболеваемость в в детских садах и школах ГДП №8 за 2011г.

Вакцинация	ДДУ		школы		%	
	2011г.	2010г.	2011г.	2010г.	2011г.	2010г.
Вирусный гепатит А	-	3	4	13	0,2	0,7
Краснуха	-	-	1	-	0,1	-
Эпид. паротит	-	-	-	1	-	0,1

Из таблицы 3 видно, что заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями по школам и детским садам, прикрепленным к ГДП №8 за 2011 г. в сравнении с предыдущим годом по вирусному гепатиту А снизилась с 0.7% до 0.2%. что связано с вакцинацией детей в возрасте 2 лет впервые в 2008 году и образованием у них иммунитета после повторной вакцинации в 2 года 6 месяцев.

Особо следует отметить, что безопасность вакцины имеет не меньшее значение, чем ее эффективность. В Казахстане для иммунопрофилактики детей закупаются вакцины высокого качества. прошедшие тщательный лабораторный и клинический контроль [4].

Накопленный нами опыт свидетельствует, что риск развития неблагоприятных реакций и осложнений на введение современных вакцин значительно ниже, чем последствия в случае возникновения заболевания.

Таким образом, планомерный мониторинг и контроль за реализацией иммунопрофилактических мероприятий по школьно-дошкольному отделению ГДП №8 в 2011г. позволил стабилизировать на оптимальном уровне (не менее 97-99%) показатели привитости против вирусного гепатита А детей в возрасте 2 лет, против кори, краснухи и эпидемического паротита детей в возрасте 6 лет, против дифтерии и столбняка в возрасте 12 и 16 лет, снизить показатели заболеваемости по вирусному гепатиту А до 0,2%.

Список литературы:

1. Н.А.Коровина и др. Оптимизация вакцинации часто болеющих детей Вопросы современной педиатрии- 2005, Т. 4, №2, С. 92–96
2. Н.И. Брико. Вакцинопрофилактика кори, краснухи и паротита и оценка ее эффективности. Concilium medicum, том 3, № 8, 2001, приложение к Ж «Педиатрия».
3. В. К. Таточенко, Н. А. Озерешковский. «Иммунопрофилактика-2009» - Справочник. 9-е издание, М.-2009, 176с.
4. Справочник Видаль "Лекарственные препараты в Казахстане", 2011 год.

ПОДХОДЫ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ Г.АЛМАТЫ)

Абдыкерова М.Т.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы

Качество жизни людей, живущих с ВИЧ, в значительной степени определено отношениями, действиями и поведением социальной среды по отношению к факту наличия у них инфекции. Когда факт существования болезни сохраняется в секрете от семьи и друзей или когда человек подвергается гонениям, как только болезнь выявлена, возникает изоляция. Растет число детей, переживших психологическую травму в связи с болезнью и смертью родителей, близких людей.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, СПИД, ВИЧ-инфицированные дети

АИВ-инфекцияланған балаларға жүргізілетін алдын-алу шараларына мен еміне экономикалық бағаның жолдары

Абдыкерова М.Т.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы
Адамның өмірінің мен АИТВ-инфекцияланған сапасы арада маңызды дәрежеде қатынаспен, әрекеттермен және әлеуметтік сәрсенбінің тәртібімен қатынасқа дерекке барым бас олардың инфекция тағайынды. Аурудың тіршілігінің дерегі арада тілде отбасынан және достарынан сақталады немесе адам қуалаушылықтарға душар болады. Бала-шағаның саны психологиялық жарақатты байланысты мен ауру және еке-шешенің, жақын адамның ажалымен алабұрт-өсетін.

Негізгі сөздер: АИТВ-инфекциясы, ЖИТС, АИВ-инфекцияланған балалар

Approaches to economic evaluation of prevention and treatment of HIV-infected children (on an example Almaty)

M.Abdykerova

The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city Almaty

Quality of life of people, above-ground with HIV, is largely certain relations, actions and conduct of social environment in relation to the fact of presence for them infections. When the fact of existence of illness is saved in secret from a monogynopaedium and friends or when a man is exposed to persecutions, as soon as illness is exposed, there is an isolation. The number of children, outliving a psychological trauma in connection with illness and death of parents, near people grows.

Key words: HIV, AIDS, HIV-positive children

Основным путем инфицирования детей вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) является передача возбудителя от матери ребенку. Эпидемия ВИЧ унесла жизни около 3 миллионов детей, и еще 1 миллион детей живет с ВИЧ-инфекцией. Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку варьирует в зависимости от региона мира, и при отсутствии превентивных мероприятий составляет в

Европе и США от 15% до 25%, в Азии и Африке – от 25% до 40% [1,11].

В последние годы число женщин и процент беременных среди зараженных ВИЧ-инфекцией неуклонно возрастает. Ввиду этого, проблеме ВИЧ-инфекции у женщин и детей уделяется большое внимание.

Известно, что передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку может происходить в период беременности, во время родов и после родоразрешения. Вероятность заражения ребенка зависит от стадии ВИЧ-инфекции у матери, воздействия инфицированных жидкостных субстанций тела матери на плод во время беременности, родов и от кормления ребенка грудным молоком [2,3,4].

Риск передачи вируса от матери ребенку в значительной мере определяется уровнем вирусной нагрузки у матери [5,6,7].

В мировой экономике дискутируется вопрос об экономической целесообразности дополнительных затрат на обследование иммуноферментным анализом (ИФА) на ВИЧ беременных женщин [8,9]. Каждое государство самостоятельно оценивает необходимую кратность обследований ИФА на ВИЧ беременным [10].

Исходя из этого, с учетом актуальности темы, степени ее разработанности в научной литературе и востребованности для прикладного использования научных результатов, **целью настоящего исследования** является проведение анализа экономической целесообразности профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Задачи:

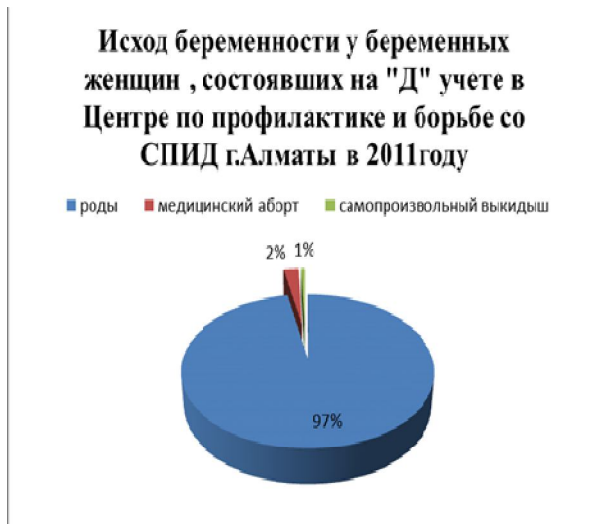
1. Дать обоснование на 2-кратное обследование ИФА на ВИЧ всех беременных женщин, состоящих в женской консультации
2. Дать обоснование клинической и экономической эффективности профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) у ВИЧ-инфицированных беременных.
3. Рассчитать экономические затраты на проведение динамического наблюдения и лечения ВИЧ-инфицированного ребенка.

Материалы и методы исследования:

1. Амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных беременных женщин
2. Амбулаторные карты детей с перинатальным контактом
3. Амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных детей

Результаты и обсуждения:

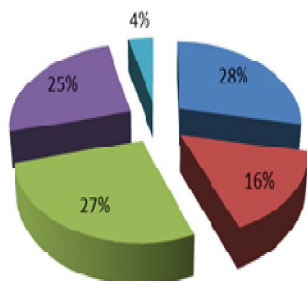
В 2011 году на учете в Центре по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы состояло 171 беременных женщин, из них 4 беременных женщин произвели медицинский аборт на 14-15 неделе беременности, у одной беременной женщины произошел самопроизвольный выкидыш.



Согласно приказу №1280 от 03.11.2011г. всем беременным женщинам с положительным результатом ИФА на ВИЧ назначается антиретровирусная профилактика во время беременности, в родах и послеродовом периоде ребенку.

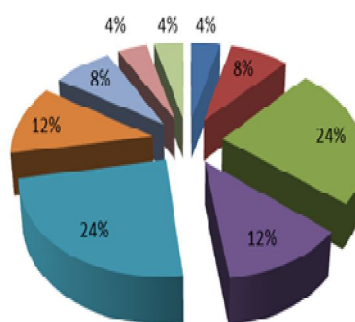
Распределение детей с перинатальным контактом по возрасту

■ 1 месяц ■ 6 месяцев ■ 1 год ■ 1 год 6 месяцев ■ 2 года



Распределение детей с ВИЧ инфекцией по возрасту

■ 1 год ■ 2 года ■ 3 года ■ 4 года ■ 5 лет ■ 6 лет ■ 7 лет ■ 9 лет ■ 10 лет



Расходы на консультирование, обследование и проведение антиретровирусной профилактики беременной женщины, состоящей на учете в ГЦ СПИД

№	Наименование	Расходы (в тенге)
1.	Первичный прием в 14-15 недель беременности	7635 тенге
2.	Повторный прием в 20-22 недели беременности	6170 тенге
3.	Повторный прием в 36-37 недель беременности	6170 тенге
3.	Первичное обследование в 14-15 недель беременности	61690 тенге
4.	Повторное обследование в 20-22 недели беременности	23670 тенге
5.	Повторное обследование в 36-37 недель беременности	56450 тенге
5.	Антиретровирусная профилактика	361020 тенге
Итого		522805 тенге

Расходы на консультирование, обследование и проведение профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку у детей с перинатальным контактом

№	Наименование	Расходы (в тенге)
1.	Первичный прием	6269 тенге
2.	Повторный прием через 1 месяц	3445 тенге
3.	Повторный прием в 1 год	3445 тенге
4.	Повторный прием в 1 год 6 месяцев	3445 тенге
5.	Повторный прием в 2 года	3445 тенге
6.	Первичное обследование в 1 месяц	5225 тенге
7.	Повторное обследование в 6 месяцев	5225 тенге
8.	Повторное обследование в 1 год	5225 тенге
9.	Повторное обследование в 1 год 6 месяцев	5225 тенге
10.	Повторное обследование в 2 года	5225 тенге
5.	Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	6202 тенге
Итого		51824 тенге

Расходы на консультирование, обследование ребенка с ВИЧ-инфекцией

№	Наименование	Расходы (в тенге)
1.	Первичный прием	6269 тенге
2.	Повторный прием через 1 месяц	4828 тенге
3.	Повторный прием через 3 месяца	4828 тенге
4.	Повторный прием через 3 месяца	4828 тенге
5.	Повторный прием через 3 месяца	4828 тенге
6.	Первичное обследование	51270 тенге
7.	Повторное обследование через 1 месяц	18400 тенге
8.	Повторное обследование через 3 месяца	44875 тенге
9.	Повторное обследование через 3 месяца	18400 тенге
10.	Повторное обследование через 3 месяца	44875 тенге
Итого		203401 тенге

Количество расходов на детей с перинатальным контактом и детей с ВИЧ-инфекцией

Дети с перинатальным контактом	Дети с ВИЧ-инфекцией
7 307 184 тенге	1 год - 5 085 025 тенге
	2 года - 1 685 444 тенге
	3-4 года - 1 124 952 тенге
	5 лет - 1 163 640 тенге
	6-10 лет - 2 792 736 тенге

7 307 184 тенге	10 344 897 тенге
-----------------	------------------

Выводы:

1. 2-кратное обследование позволяет на ранних сроках начать профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку
2. Экономические расходы методом ИФА на ВИЧ детям с группы перинатального контакта ниже, чем на лечение ВИЧ-инфицированных
3. Проведение профилактических мероприятий позволяют снизить риск инфицирования ребенка

Используемая литература:

1. UNAIDS report on the global aids and epidemic, 2010 - Global report
2. Dunn D.T., Newell M.L., et al., 1992; Mofenson L.M., 1997; Goldenberg R.L., et al., 1998 - A guide to the Clinical Care of Women with HIV. US Department of Health and Human Services
3. Fowler M.G., Bertolli J., et al., 1999; Discover R.E., Garratty E. et al., 2000 - Medical Management of HIV infection
4. Рахманова А.Г., Фомин Ю.А., 2003; Малюта Р.Н., 2006 - ВИЧ-инфекция в перинатологии
5. Newell M.L., 2004 - The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type-1 infection: antepartum and postpartum changes in human immunodeficiency virus type-1 viral load
6. Mofenson L.M., Wolinsky S.M., 1994 - Maternal viral load and vertical transmission of HIV-1: an important factor but not only one// AIDS.
7. Discover R.E., et.al, 1996, Jackson J.B., 1997 - Cost-effectiveness of cesarean section delivery to prevent mother-to-child transmission of HIV-1// AIDS.
8. Bartlett J. C. 2003. Medical Management of HIV infection. - Baltimore. MD: Johns Hopkins University Press, 2003.

9. Руководство по планированию семьи. Под редакцией Вовк И.Б., Ниязовой Н.Н., Киев 1998г.
10. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Под редакцией Джин Р.Андерсон. Пер.с англ. Версия 2001г. 464с. [A guide to the Clinical Care of Women with HIV. US Department of Health and Human Services, HRSA, 2001r].
11. De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. JAMA, 2000, 283(9):1175—1182.

Абдыкырова Меруерт Турдакыновна
 Врач-педиатр ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИД г. Алматы»
 Адрес: г. Алматы, ул. Басенова 2, корпус 4, факс (7272) 2465280
 E-mail: abdykerova_m@mail.ru
 тел. моб.: +77751991527

УДК: 614.2:614.39

ОЦЕНКА ВРАЧАМИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
 САГЕЕВ С.С., КРАВЧЕНКО Н.П.

ГККП "Сельская больница" с.Каргалы, Жамбылский район,
 ГКП на ПХВ «Районная поликлиника» с.Узынагаш, Жамбылский район, Алматинская область

В работе представлены мнения врачей-специалистов о качестве оказания медицинской помощи населению. Полученные результаты позволяют утверждать, что среди причин, стимулирующих повышение качества работы врачей различных специальностей, преобладают структурные факторы. В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействия медицинских работников и пациентов. Усилия организаторов здравоохранения должны быть сосредоточены не столько на контроле индивидуального выполнения работы каждым врачом, сколько на совершенствовании самих технологических процессов и их ресурсного обеспечения. Совершенствование процессов предполагает переход от поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения и предотвращение их в дальнейшем.

Ключевые слова: врачи-специалисты, качество оказания медицинской помощи, качество структуры, качество процесса, качество результата

ASSESSMENT DOCTORS OF QUALITY OF RENDERING OF MEDICAL CARE TO THE POPULATION
 SAGEEV S. S.

Abstract In work opinions of specialists doctors on quality of rendering of medical care are presented to the population. The received results allow arguing that among the reasons stimulating improvement of quality of work of doctors of various specialties, structural factors prevail. In the course of rendering of medical care quality reflects all range of interactions of medical workers and patients. Efforts of organizers of health care should be concentrated not so much to control of individual performance of work by each doctor, how many on improvements of technological processes and their resource providing. Improvement of processes assumes transition from search guilty and their punishments to identification of deviations and the reasons of their emergence and their prevention further.

Keywords: specialists doctors, quality of rendering of medical care, quality of structure, quality of process, quality of result

ТҰРҒЫНҒА ДӘРІГЕРЛІК ЖӨРДЕМДІ КӨРСЕТУДІ САПАНЫҢ ДӘРІГЕРЛЕРІМЕН БАҒА
 САГЕЕВ С.С.

Жұмыста тұрғынға дәрігерлік жәрдемді көрсетуді сапасы туралы дәрігер-мамандардың пікірі елестеткен. Алған

нәтижелерді әр түрлі мамандықтардың дәрігерлерінің жұмыстың сапасының жоғарылату жағдай жасайтын себептерді ара-арасындалар құрылымдық факторлар басым болатынын бекітуге мүмкіндік береді. Сапаның дәрігерлік жәрдемнің көрсетулері процессте дәрігерлік қызметкерлер және емделушілердің өзара әрекеттесулерін барлық спектрді қамтып көрсетеді. Денсаулық сақтаудың ұйымдастырушыларының күштері өздерінің технологиялық үдерістерін өбден жетілдіруде және олардың қамтамасыз ету қор әрбір дәрігермен жеке жұмыс жасауды бақылауда ғана емес жұмылдыруы керек. Процесстердің өбден жетілдіруі іздестіруден өткел жазалы және ауытқулар және олардың пайда болуының себептерінің анықталуына олардың жазасы және сақтап қалу оларды ендігері ойлайды.

Негізгі сөздер: дәрігер-мамандар, дәрігерлік жәрдемді көрсетуді сапа, құрылымның сапасы дәрігер, сапа процесс, нәтиженің сапасы

Вопросы качества оказания медицинской помощи населению являются приоритетными для системы здравоохранения Республики Казахстан [1]. По данным современных исследований в области качества медицинской помощи, уровень распространенности ненадлежащего качества оказания медицинских услуг, имеющих неблагоприятные последствия для здоровья пациентов, колеблется в разных странах от 3% (в Германии) до 20,5% (в России) от общего числа случаев оказания медицинских услуг [2, 3, 4]. В исследованиях, проводившихся в Великобритании, было показано, что в условиях стационара частота причинения вреда пациентам колеблется от 4% до 10% всех случаев госпитализации [5]. Анализ качества оказания медицинской помощи в Австралии свидетельствует, что частота причинения вреда пациентам в австралийских больницах находится на уровне 16,6% [6]. Согласно исследованиям, проведенным в Канаде, уровень распространенности ненадлежащего оказания медицинских услуг составил 9,1%, в США - 15,0% [7].

В настоящее время имеется несколько концептуальных подходов к обеспечению качества медицинской помощи. Одним из наиболее распространенных является подход А. Donabedian, предложившего три аспекта, характеризующих качество в системе здравоохранения [8]:

- качество структуры (организационно-техническое качество ресурсов: здания, сооружения, оборудование, материалы, кадры);

- качество процесса (технологии, профилактика, диагностика, лечение, соблюдение принципа стандартов);

- качество результата (достижение принятых клинических показателей и соотнесение их с экономическими показателями). Качество структуры обеспечивается грамотной организацией процесса управления качеством медицинской помощи. Наука управления процессом обеспечения качества медицинской помощи является прикладной дисциплиной общей теории управления здравоохранением. Для организаторов здравоохранения качество – это результат деятельности, направленной на создание таких условий оказания медицинской помощи населению, которые позволяют выполнить заявленные государством гарантии в соответствии с установленными критериями и показателями качества с учетом удовлетворенности населения полученной помощью [9].

С учетом специфики здравоохранения существуют три модели управления качеством: профессиональная, бюрократическая и индустриальная [10].

Профессиональная модель исторически сложилась как форма управления качеством в стационаре, где критерием качества являлся индивидуальный профессиональный уровень. Основанная только на интуитивном мышлении врача, данная модель управления качеством оказалась малоэффективной в условиях оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, требующих скоординированного участия большого числа специалистов и повышения интеллектуальности врачебной работы. В данной модели не учитывается экономическая составляющая качества, а оценка результатов проводится самим лечащим врачом.

Бюрократическая модель управления основана на стандартизации объемов и результатов медицинской помощи. Данная модель управления используется в настоящее время в организациях здравоохранения республики. Внедрение бюрократической модели является прогрессивным шагом в работе по улучшению качества оказания медицинской помощи. Однако в ее использовании не участвуют рядовые медицинские работники. Управлением качеством медицинской помощи при данной модели занимаются администрация и руководители лечебно-диагностических подразделений.

Основой современной, индустриальной модели управления качеством, является модель У.Э. Деминга, которая основана на трех основных принципах: процессном подходе, непрерывном повышении качества, участии в управлении качеством всего персонала и самоконтроле ключевых этапов процесса [11].

В научной литературе, посвященной вопросам управления качеством медицинской помощи, значительное место занимают работы, касающиеся контроля качества со стороны администрации. Одним из ключевых методических подходов решения данной задачи является организация и проведение опросов среди врачей-специалистов и населения, позволяющих дать оценку качества оказания медицинской помощи.

Большинство опубликованных исследований свидетельствуют о том, что предпочтение и в нашей стране, и за рубежом отдается организации и проведению социологических опросов среди населения. Вместе с тем, очевидно, что оценка данной проблемы населением носит исключительно субъективный характер и основана на восприятии пациентами этических и деонтологических аспектов работы врача.

Опросы врачей-специалистов по проблемам качества оказания медицинской помощи организуются реже, во всяком случае, их результаты реже публикуются на страницах современной научной литературы [12].

Поэтому **целью исследования** явилось изучение мнения врачей-специалистов о качестве оказания медицинской помощи населению.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие все врачи-специалисты сельской больницы с. Каргалы Алматинской области. Среди врачей, включенных в исследование, было 67,6% женщин и 32,4% мужчин (32,4%). Средний возраст респондентов составил 43,04±1,00 года. Стаж работы врачей, принявших участие в исследовании, составил в среднем 19,79±1,00 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди причин, оказывающих наиболее существенное влияние на качество медицинской помощи, респонденты чаще всего указывали большую нагрузку врачей – 77,2% человек, недостаточную обеспеченность лечебно-диагностической аппаратурой – 67,7% человек и неправильную постановку диагноза – 63,48% человек. Наименее значимыми причинами недоленного оказания медицинской помощи опрошенные врачи считали нарушение исполнительской дисциплины и дефекты ведения медицинской документации. Эти причины указали 5,9% и 6,9% респондентов. В исследовании были рассмотрены два основных аспекта, характеризующих качество медицинской помощи: качество структуры (структурные факторы) и качество процесса (процессуальные факторы).

Для оценки влияния качества структуры на оказание медицинской помощи в анкету были включены следующие вопросы: «Оцените уровень организации контроля качества медицинской помощи», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи квалификации врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи социальной защищенности врача», «Оцените влияние на качество оказания медицинской помощи обеспеченности лечебно-диагностической аппаратурой». По результатам анализа полученных ответов средняя оценка влияния качества структуры на качество оказания медицинской помощи населению составила 3,81±0,04 балла.

Наиболее значимым структурным фактором, влияющим на качество оказания медицинской помощи, респонденты назвали обеспеченность лечебно-диагностическим оборудованием. Высокую и очень высокую оценку влиянию данного фактора дали 74,27% опрошенных врачей-специалистов, при этом средняя оценка значимости данного фактора составила 4,05±0,10. Среди значимых «структурных» факторов, определяющих качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили также квалификацию врача, рабочую нагрузку врача и организацию работы учреждения здравоохранения. Средние оценки значимости этих факторов составили 3,95±0,08, 3,93±0,08 и 3,91±0,08 балла соответственно. Организация контроля качества в учреждениях здравоохранения и социальная защищенность медицинских работников представлялись опрошенным врачам относительно несущественными из факторов, влияющих на качество медицинской помощи. Более половины опрошенных дали очень низкую, низкую и среднюю оценки значимости данных факторов, при этом средние оценки составили 3,50±0,08 и 3,52±0,12 балла соответственно.

В анкету были включены следующие вопросы, характеризующие влияние качества процесса на качество оказания медицинской помощи: «Оцените качество профилактики», «Оцените качество диагностики», «Оцените качество лечения», «Оцените качество медицинской реабилитации». Средняя оценка влияния качества процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, составила 3,34±0,04 балла.

Среди процессуальных факторов, существенно влияющих на качество оказания медицинской помощи, респонденты отметили качество лечения и качество диагностики. Оценивая степень влияния данных факторов, врачи-специалисты, принимавшие участие в исследовании, поставили средние и высокие оценки в 88,48 и 83,82% соответственно. Средние оценки степени влияния лечения и диагностики на качество оказания медицинской помощи составили 3,60±0,06 и 3,59±0,08 балла соответственно.

В меньшей степени, по мнению врачей, на качество оказания медицинской помощи оказывают влияние профилактические мероприятия и медицинская реабилитация. Более четверти всех опрошенных дали низкую и очень низкую оценку влияния качества профилактических мероприятий на качество оказания медицинской помощи (26,96%). При этом средняя оценка степени влияния данного фактора составила 3,01±0,10 балла.

Сравнительный анализ влияния структурных и процессуальных факторов на качество оказания медицинской помощи населению, основанный на результатах анкетного опроса врачей-специалистов, свидетельствует о более значимом влиянии структурных факторов, определяющих организационно-техническое качество ресурсов, в том числе кадровых. Полученные данные позволяют утверждать, что средняя оценка влияния структурных факторов на качество оказания медицинской помощи населению достоверно выше средней оценки влияния процессуальных факторов: 3,81±0,02 и 3,34±0,02 балла соответственно ($t=15,97$, $p<0,001$).

Также проанализировано мнение врачей о причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам. Полученные результаты свидетельствуют, что наиболее значимой побудительной причиной оказания медицинской помощи на более качественном уровне является стремление врачей получить максимальное материальное поощрение за свой труд – 66,42% респондент. Вторым по значимости фактором в ответах врачей было стремление к успешной профессиональной карьере – 62,75% врачей-специалистов. Почти половина врачей-специалистов, принимавших участие в исследовании, указали, что для них важно чувство вины перед пациентом и его родственниками в случае ненадлежащего качества оказания медицинской помощи – 49,26% человек. 45,59% респондентов указали на то, что они повышают качество оказания медицинской помощи из стремления утвердить авторитет среди коллег. Менее всего врачей-специалистов побуждает повышать качество своей работы опасение административной ответственности и возбуждения судебных исков за ненадлежащее качество оказания медицинской помощи. Эти побудительные причины указали 10,78% и 15,44% врачей.

Исследование позволило выявить некоторые особенности оценки побудительных мотивов повышения качества оказания медицинской помощи пациентам врачами разных специальностей. Так, стремление к успешной профессиональной карьере как причину более качественной работы указали 79,31% хирургов, 69,12% заведующих отделениями, 66,67% акушеров-гинекологов. Минимальную заинтересованность в профессиональном карьерном росте продемонстрировали врачи-терапевты – 45,57% человек.

Стремление утвердить авторитет среди коллег более всего способствует повышению качеству работы врачей-организаторов здравоохранения – 56,47% человек указали этот мотив. Самую низкую оценку авторитету среди коллег дали врачи-терапевты. Лишь 29,1% человека отметили данную причину как побудительный мотив улучшения качества работы.

Стремление хорошо работать для получения максимального материального поощрения чаще всех отмечали врачи-акушеры-гинекологи и врачи-хирурги. Эту позицию в анкете указали 88,89% и 86,21%, соответственно. Менее всех материальную заинтересованность проявили опять-таки врачи-терапевты. Мнение о влиянии материального поощрения на повышение качества оказания медицинской помощи высказали 59,49% врачей-терапевтов.

Наиболее значимой причиной повышения качества своей работы врачи-терапевты указали чувство вины перед пациентом и его родственниками. Данные специалисты отметили эту причину как наиболее существенную в 65,82% случаев. Меньше всего нравственные проблемы, связанные с чувством вины за свою некачественную работу, испытывают врачи-хирурги: в 37,93%.

Врачи-акушеры-гинекологи, согласно полученным результатам, не испытывают опасений по поводу возможной административной ответственности, а также по поводу возбуждения в отношении них судебных исков в случае ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам. Не опасаются административной ответственности также врачи-хирурги. Лишь один респондент из числа врачей-хирургов указал, что причиной повышения качества оказания медицинской помощи для него является опасение возбуждения судебных исков. Более всех специалистов административной ответственности опасаются врачи-терапевты и врачи-анестезиологи-реаниматологи: 18,99% и 16,67%, соответственно. Врачи-анестезиологи чаще других специалистов также отмечали опасение судебных исков как одну из существенных причин повышения качества своей работы – в 33,33% случаев.

Сравнительный анализ результатов опроса не позволил установить статистически значимые различия в мнение врачей-специалистов по вопросу об основных причинах, стимулирующих повышение качества оказания медицинской помощи пациентам, в зависимости от стажа их работы. Не выявлена также достоверная разница в ответах врачей, работающих в стационарах и в амбулаторно-поликлинических организациях.

Полученные результаты позволяют утверждать, что среди причин, стимулирующих повышение качества работы врачей различных специальностей, преобладают структурные факторы. В процессе оказания медицинской помощи качество отражает весь спектр взаимодействий медицинских работников и пациентов. Усилия организаторов здравоохранения должны быть сосредоточены не столько на контроле индивидуального выполнения работы каждым врачом, сколько на совершенствовании самих технологических процессов и их ресурсного обеспечения. Совершенствование процессов предполагает переход от поиска виновных и их наказания к выявлению отклонений и причин их возникновения и предотвращению их в дальнейшем.

Список литературы:

1. Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2010. - №3 (15).
2. Тимофеев, И.В. Современное состояние проблемы обеспечения населения медицинской помощью надлежащего качества /И.В.Тимофеев [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2009. - №11.
3. Ерофеев, С.В. Медико-правовые оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики /С.В.Ерофеев// Медицинское право. – 2006. - № 1. – С.33-44.
4. Фоменко, А.Г. Безопасность пациентов как важнейшее условие обеспечения качества медицинской помощи в Республике Беларусь / А.Г.Фоменко// Вопросы организации и информатизации здравоохранения.- 2007. - №2.-С.23-30.
5. Wilson, R.M.The Quality in Australian Health Care Study / R.M.Wilson, W.B.Runciman, R.W. Gibberd et al. // Medical Journal of Australia. - 1995. -Vol. 163. -P.458-471.
6. Standing Committee of the Hospitals of the EU. The quality of health care/hospital activities: Report by the Working Party on quality care in hospitals of the subcommittee on coordination. - EU, September 2000.
7. Вялков, А.И. Управление качеством медицинской помощи /А.И. Вялков // Главный врач. – 2007.- №10. – С.3-10.
8. Деминг, У.Э. Выход из кризиса/У.Э.Деминг.— Тверь: Альба, 1994. — 498 с.
9. Антипова, С.И. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси /С.И.Антипова, С.В. Горячева //Медицинские новости. – 2005. – №2. – С. 54-56.
10. Заборовская, И.Г. Удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием как важный критерий повышения качества медицинской помощи // Вопросы организации и информатизации здравоохранения / И.Г.Заборовская — 2003. — № 4. — С. 39—43.
11. Максименко, Л.Л., Курьянов А.К. Изучение мнения населения о проблемах здоровья и здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации.— 2003. — № 1. — С. 20—22.
12. Петрова, Н.Г., Железняк Б.С., Блохина С.А. Мнения пациентов, обратившихся в государственные и негосударственные лечебно-профилактические учреждения, о платных услугах в здравоохранении Здравоохранение Российской Федерации. — 2003. — № 3. — С. 20—23.

ОРГАНИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Сейдуманов М.Т.

Больница скорой неотложной помощи г. Алматы

В статье приводится последовательная политика реализации стратегических направлений развития в организации многопрофильной больницы и объемы оказываемой специализированной и квалификационной медицинской помощи.

Ключевые слова: многопрофильная больница, стратегия развития здравоохранения, высокоспециализированная помощь.

АУРУХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАСТЫРУ ІСІН ЖЕДЕЛ ШҰҒЫЛ КӨМЕК КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫ МЫСАЛЫНДА КӨРСЕТУ

Сейдуманов М.Т.

Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы

Мақалада көпсалалы аурухананың стратегиялық сатылы даму саясатының бағыты және тұрғындарға мамандандырылған жоғары білікті көмек көрсетудің көлемі көрсетілген.

Түйінді сөздер: көпсалалы аурухана, денсаулық сақтаудың стратегиялық бағыты, жоғарымамандандырылған көмек.

ORGANIZING HOSPITAL BUSINESS THROUGH THE EXAMPLE OF THE EMERGENCY AID HOSPITAL.

M.T.Seidumanov.

Emergency aid hospital, Almaty.

The article is consisting from policy of realization of the strategic directions of development in the organizations of versatile hospital and volumes of the providing specialized and qualified medical care to the city population.

Keywords: versatile hospital, strategy of development of health care, highly specialized help.

Городская больница скорой неотложной помощи г. Алматы, открытая 14 февраля 2011 года Президентом Республики Казахстан Н.А.Назарбаевым, является многопрофильным специализированным лечебным учреждением, оказывающим высококвалифицированную медицинскую помощь жителям Алматы и всей республики.

Клиника является единственным медицинским учреждением в стране, которая на следующий день после открытия, благодаря предварительной большой работе стала осуществлять прием экстренных больных по всем профилям, представленным в нашей больнице. При этом ГБСНП выполняет функцию научно-образовательной базы семи кафедр, следующих учебных заведений: КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, АГИУВ, Казахстанско-

Российского медицинского университета, Республиканского медицинского колледжа.

Многопрофильность больницы определена в соответствии с потребностью в оказании травматологической, гинекологической, хирургической, нейрохирургической, токсикологической, урологической, неврологической, терапевтической, нефрологической и ранней реабилитационной помощи для неврологических и травматологических больных, а так же экстренной помощи в рамках инсульта центра. Токсикологическое отделение является единственной специализированной службой в г. Алматы.

В больнице развернуто 370 многофункциональных комфортабельных коек в одно- и двухместных палатах, из которых 50 являются хозрасчетными. Реанимационное отделение, оснащенное самым современным оборудованием, рассчитано на одновременное пребывание 21 пациента с различными видами патологии.

Лечебно-диагностическое оборудование отделений включает в себя новейшие разработки последних лет и инновационных технологий, что позволяет сократить сроки диагностики и пребывания пациентов в стационаре и отвечает современным мировым стандартам.

Медицинский персонал больницы отобран на конкурсной основе составляют высококвалифицированные сотрудники, имеющие большой опыт практической работы.

Все медицинские работники клиники имеют сертификаты специалистов:

- с высшей категорией 39 врачей и 77 средних медицинских работников;
- с первой категорией 20 врачей и 16 средних медицинских работников;
- со второй категорией 2 врача и 12 средних медицинских работников.

В больнице помимо базируемых сотрудников кафедр, работают 1 доктор медицинских наук и 11 кандидатов медицинских наук, 7 Отличников здравоохранения.

В больнице проводится работа по контролю за качеством оказания медицинской помощи больным, которые включают в себя: самоконтроль, взаимоконтроль и административный контроль. Для этого созданы ряд внутрибольничных лечебно-контрольных комиссий: комиссия изучения летальных исходов, комиссия по инфекционному контролю и т.д.

Таблица 1 – Основные медико-экономические показатели за 2011 год

Выбыло больных	Пролеч		Из числа выбывших больных							Проведено выписками больными к/д	Изобща числа выбыло в течение суток			
	бюджет	платно	направлены				плано вые	экстрен	выписано			умерло		
всего			ПСМП	поикл иник	КДП	Скорая пом				самост	прочие			
13505	1807	0	108	1	0	1511	144	43	99	1708	1730	77	5980	7

Стратегия повышения финансово-экономической самостоятельности предприятия заключается в том, что с 8 августа 2011 года изменена организационно-правовая форма, в связи с переходом в статус государственного предприятия с правом хозяйственного ведения (ПХВ).

ГКП на ПХВ «Городская больница скорой неотложной помощи» г.Алматы оказывает медицинские услуги в рамках ГОБМП на 2012 год по стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, на общую сумму 843 111 000 тенге.

Таблица 2 – Анализ по выполнению плана оказания услуг и финансирования за 2012 год (тыс.тенге)

Госзаказ на СМП за 4 месяца						Госзаказ на ВСМП за 4 месяца					
План		Выполнение		%		План		Выполнение		%	
Услуги	финансы	Услуги	финансы	Услуги	финансы	Услуги	финансы	Услуги	финансы	Услуги	финансы
4774	251727	6845	329667	143	131	87	14072	100	32312	115	230

С целью оптимизации коечного фонда, с учетом того, что токсикологическая служба является единственной в городе и 30 коек заложенных в проекте не отвечали востребованности населения, было принято решение увеличить коечный фонд токсикологии до 40 коек, за счет десяти травматологических коек. Наряду с этим, нейрохирургическое отделение было передано в состав травматологического отделения. А также на базе неврологического отделения с 1 февраля 2011 года согласно приказа Управления здравоохранения г. Алматы был открыт инсультный центр.

А также с целью управления структурой госпитализированных пациентов и развития стационарозамещающих технологий, в

нашей клинике с 14 марта 2012 года начал функционировать дневной стационар, в условиях которого пациенты получают комплекс медицинских услуг по ряду нозологических форм. Наряду с этим, в нашей клинике начато внедрение консультативно-диагностического отделения, которое должно стать большим подпорком в вопросах управления структурой госпитализированных больных.

Для анализа структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ с учетом весовых коэффициентов в разрезе каждого отделения и по организации в целом представляем следующие таблицы 3 и 4.

Таблица 3 – Структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ

Наименование отделения	Кол-во случаев ВК 0-1				Кол-во случаев ВК 1-2				Кол-во случаев ВК 2-10			
	январь	февраль	март	апрель	январь	февраль	март	апрель	январь	февраль	март	апрель
Гинекология	156	190	222	147	9	18	9	57	3	1	1	3
Неврология,НСО	141	153	202	161	2	26	20	77		3	2	
Токсикология	413	398	493	497								
Терапия	86	94	109	78	46	31	40	46	2	5	2	2
Травматология	147	161	171	162	66	58	65	65	12	15	28	20
Урология	93	99	87	82	9	9	17	14			1	12
Хирургия	128	132	145	132	81	83	84	69	3	6	3	2
Итого	1164	1227	1429	1259	213	225	235	328	20	30	37	39

Исходя из статистических данных, отображенных в таблице 3, в результате ранжирования госпитализированных пациентов по весовым коэффициентам, количество случаев с весовым коэффициентом от 2-х и выше возросло с 20-и до 39-и случаев. Количество случаев с весовым коэффициентом от 1.0 и выше возросло от 213-и до 328-и случаев. Наряду с тем, что

количество случаев с весовым коэффициентом до 1.0 занимает большой процент от общего числа госпитализированных больных, по ряду профилей (гинекология, терапия, урология) прослеживается тенденция к снижению количества данной категории пациентов.

Таблица 4 – Структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ

Наименования отделения	Январь			Февраль			Март			Апрель		
	Кол-во б-х	Коэф.КЗГ	Сумма,тг	Кол-во б-х	Коэф.КЗГ	Сумма,тг	Кол-во б-х	Коэф.КЗГ	Сумма,тг	Кол-во б-х	Коэф.КЗГ	Сумма,тг
Гинекология	168	100,818	7 438 702,89	209	125,084	9 229 132,81	232	135,5897	10 004 279,92	207	169,1844	12 483 013,79
Неврология,НСО	143	102,9365	7 595 013,19	182	151,2996	11 163 411,01	224	186,6498	13 771 671,79	238	222,6125	16 425 124,94
Токсикология	413	177,9055	13 126 486,90	398	180,4347	13 313 100,08	493	235,3365	17 363 945,94	497	231,1172	17 052 631,30
Терапия	134	117,9215	8 700 658,64	130	116,5798	8 601 663,34	151	129,5501	9 558 657,21	126	113,597	8 381 581,98
Травматология	225	239,6714	17 683 789,95	234	278,9909	20 584 919,49	264	364,5501	26 837 775,01	247	332,4572	24 529 849,16
Урология	102	73,1019	5 393 712,58	108	78,5886	5 798 540,40	105	85,9951	6 345 017,74	108	105,2438	7 765 253,81
Хирургия	212	189,8824	14 010 184,26	221	201,1206	14 839 377,76	232	203,1793	14 991 275,82	203	173,053	12 768 452,56

А также по статистическим данным таблицы 4 можно судить, что с увеличением количества пролеченных случаев с весовым коэффициентом от 2-х и выше, увеличивается доля суммы

дохода от данных групп пациентов. Мы связываем данное обстоятельство внедрением ВСМП по урологическому профилю

и увеличением количества ВСМП по травматологическому и гинекологическому профилям.

БСНП с целью снижения средней длительности пребывания больного осуществляется внедрение малоинвазивных, современных и высокотехнологичных методов лечения и диагностики.

Вместе с тем, с целью снижения средней длительности пребывания больного в нашей клинике активно осуществляются следующие мероприятия:

- проведение оперативных вмешательств в 1-й или 2-й день при плановой госпитализации;
- начало лечебных процедур в 1-й день госпитализации;
- своевременность выписки пациентов из стационара.

Высокоспециализированная медицинская помощь оказывается пациентам при выполнении таких лечебно-диагностических

процедур: РХПГ с папиллотомией и литэкстракцией, колоноскопия, фибробронхоскопия, эндоскопический гемостаз при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, лигирование варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии, позволяют нам снизить средний койко-день.

Средняя длительность пребывания пациента за 4 месяца текущего года, по сравнению с прошлым годом, сократилась с 7.8 к/д до 7.3 к/д.

Оценка эффективности использования ресурсов осуществляется по результатам анализа расходов стационара. Структура расходов может оцениваться на основе матрицы «Значение порогового уровня затрат». Данная матрица отражает предельные объемы затрат медицинской организации в зависимости от уровня оказываемой помощи.

Таблица 5 – Матрица «Пороговый уровень затрат»

Наименование расходов	Заработная плата	Приобретение продуктов питания	Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения	Приобретение прочих товаров	Оплата коммунальных услуг	Прочие услуги и работы	Другие текущие затраты	Приобретение основных средств
Пороговый уровень затрат в структуре расходов для областных стационаров	min 50% max 65%	min 5% max 15%	min 15% max 30%	min 1% max 5%	min 2% max 5%	min 1% max 10%	min 0% max 5%	min 0% max 0%
За 4 месяца 2012 г	61%	11%	34%	4,8%	3,6%	2,8%	0,0%	0,0%
Всего 2011 г	за 59,6%	8,1%	42,3%	2,6%	5,3%	2,9%	0,0%	0,0%

Примечание:

-красным цветом выделены поля, по которым имеется превышение пороговых показателей;

-желтым цветом отмечены поля с нормальной структурой затрат, соответствующей пороговым показателям.

Таблица 6 - Сравнительный анализ отдельных показателей по оказанию стационарной помощи

Характеристики больниц	РК	Западная модель	БСНП
Среднее пребывание	10-12 дней	4-6 дней	7,3
Оборот койки	25-30	55-60	40-43
Обследование, диагностика и лечение в течении 3-х дней	30-35%	90-95%	70-75%
Медперсонал на 1 койку	2-3 человека	6-15 человек	2 человека
Соотношение врач: медсестра/др.персонал	1: 2-3 человек	1: 5-10 человек	1:1,5-3 человек
Оказание услуг	Профильная	Интегрированная	Профильная
Отношение к пациентам	На втором плане	На первом плане	На втором плане
Связь с наукой и образованием	Практический нет	Как правило	Не достаточно
Администраторы	Врачи-организаторы здравоохранения	Врачи-организаторы здравоохранения, ППС и менеджеры	Врачи-организаторы здравоохранения, ППС и менеджеры

Таким образом, за небольшую историю больницы, нами достигнуто многое: выбран верный рыночный вектор западной модели больницы (таблица 6), сформирован высокопрофессиональный стабильный коллектив, разработаны алгоритмы приема и лечения больных, приведена в порядок документация, введен мониторинг качества оказания медицинской помощи, что позволило увеличить объемы оказываемой специализированной и квалифицированной медицинской помощи и улучшить качество. Налажены

партнерские взаимосвязи не только с местными, но и зарубежными организациями. Однако многое предстоит еще сделать для того, чтобы соответствовать международным стандартам и требованиям больничного дела.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА

Сиражева К.Г.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы

Алматы қаласындағы 2010-2011 жылдар бойы коммерциялық секстің қызметкер әйелдердің арасында АИТВ-инфекция тексерудің салыстырмалы талдауы

Сиражева К.Г.

Алматы қ. ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы
Тужырым: Қазақстан өткізілетін эпидемиологиялық барлаудың көп адам көрсетеді инъекция есірткілерінің тұтынушыларымен сонымен бірге кәсіби негізде көрсететін нәпсі қызметтер болып табылады немесе әріптес-тұтынушыларды алады. Олардың өздері індетті басқа тұрғын қабаттауға аударатын көпір бола алады. Инъекция мінез-құлығы да, нәпсі де коммерциялық секстің қызметкер әйелдері қауіпті тәжірибелер хабарларды білімдердің биік деңгейінде жалғастырады.

Негізгі сөздер: АИТВ-инфекция, коммерциялық секстің қызметкерлері, індеттің қадағалауды бақылау, жыныс жолдармен таралатын инфекциялар

Сравнительный анализ обследования на ВИЧ работниц коммерческого секса

в городе Алматы за период с 2010 по 2011 года

Сиражева К.Г.

Центр по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы
Эпидемиологический мониторинг, проводимый в Казахстане, показывает, что многие люди, предоставляющие сексуальные услуги на профессиональной основе, являются также потребителями инъекционных наркотиков или имеют партнеров – потребителей. Именно они могут стать «мостиком», переводящим эпидемию в другие слои населения. Работницы коммерческого секса (РКС) при высоком уровне знаний продолжают вести опасные практики как сексуального, так и инъекционного поведения.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, работницы коммерческого секса, дозорный эпидемиологический надзор, инфекции передающиеся половым путем.

The comparative analysis of inspection on HIV workers of commercial sex in the city of Almaty for 2010-2011 years

K.Sirazheva

The center of prophylaxis and counteraction against AIDS of the city Almaty

AbstractThe epidemiological monitoring which is carried out in Kazakhstan, shows that many people, rendering sexual services on a professional basis, are also consumers of injecting drugs or have partners – consumers. They can become the "bridge" translating epidemic in other segments of the population. Workers of commercial sex (WCS) at a high standard of knowledge continue messages dangerous practitioners both sexual, and injektionny behavior.

Keywords: HIV, workers of commercial sex, sentinel surveillance, infections sexually transmitted

Сегодня профилактика ВИЧ-инфекции среди людей, вовлеченных в коммерческий секс, становится для нас особенно актуальной, так как, достигнув максимального распространения среди потребителей инъекционных

наркотиков, она начинает передаваться сексуальным путем. Исходя из опыта других стран мира видно, что предотвратить и контролировать «сексуальную» эпидемию гораздо сложнее, чем работать в группе наркопотребителей, и это требует вложения гораздо больших ресурсов [1,2,3,6].

В реальной жизни женщины подвержены различным факторам риска и уязвимости. Многие из этих факторов обусловлены социальными отношениями и экономическими реалиями общества, в котором они живут. Для того чтобы профилактические мероприятия имели в конечном итоге успех, они должны быть направлены на взаимосвязь между гендерным и социально-экономическим неравенством и уязвимостью к ВИЧ-инфекции [4,5].

Результаты дозорного эпиднадзора среди РКС показали, что группа РКС несет двойную угрозу для эпидемии ВИЧ (два пути передачи ВИЧ – инъекционный и половой), и здесь нельзя исключить и третий путь – вертикальный, так как РКС находятся в фертильном возрасте. Половой путь передачи играет все большую роль в развитии эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане.

Цель: представить эпидемическую ситуацию по ВИЧ-инфекции и профилактические вмешательства среди РКС за период с 2010 по 2011 года

Материалы и методы исследования:

1. Отчет о распространенности ВИЧ – инфекции в группе РКС по данным скрининга;

2. Отчет результатов быстрой оценки ситуации среди РКС;

3. Отчет данных дозорно-эпидемиологического надзора (ДЭН)
Результаты и обсуждение. Нарастающим итогом на 01.01.12г. в г. Алматы зарегистрировано 3568 случаев ВИЧ-инфекции (показатель на 100 тыс. населения составляет 216,6), из них жителей города – 2529 человек (показатель на 100 тыс. населения - 145,7); прибывших из дальнего, ближнего зарубежья и других городов Казахстана – 1046 человек (29,1 %) от всех зарегистрированных случаев.

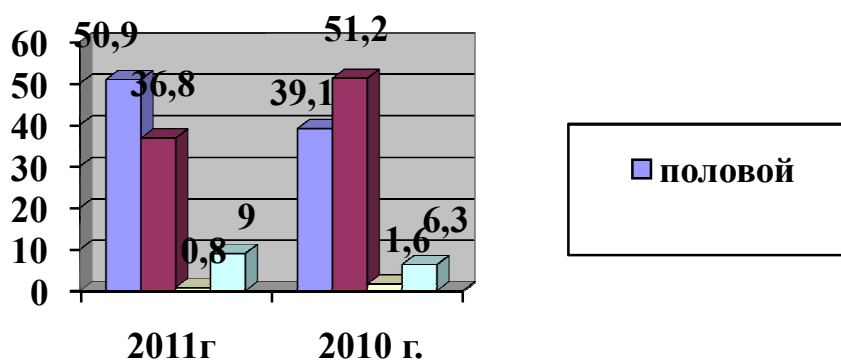
Из кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, 70,3% приходится на потребителей инъекционных наркотиков, доля полового пути передачи постепенно увеличивается и на конец отчетного периода составила 23,2%. Среди ВИЧ – инфицированных в г. Алматы преобладают лица в возрасте 20-29 лет – 41,2%, на возрастную группу 30-39 лет приходится 37,8%.

За 2011г. в Алматы зарегистрировано 364 случая ВИЧ - инфекции (показатель на 100 тыс. населения составляет 17,5), из которых 277 человек являются жителями города (показатель на 100 тыс. населения – 11,9) [1,4].

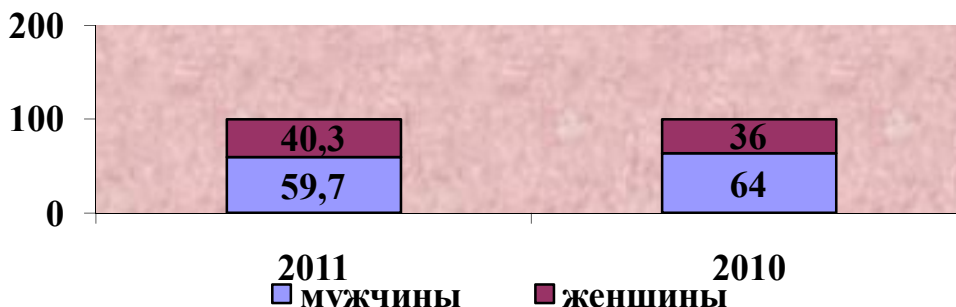
По путям и факторам передачи за 2011год наблюдается увеличение полового пути передачи на 11,8% и составляет 50,9% от всех зарегистрированных случаев (в 2010г. – 39,1%) и соответственно снижение парентерального пути передачи на 14,4%, что составило 36,8% (в 2010г. – 51,2%) [4].

По итогам года наблюдается тенденция к увеличению регистрации ВИЧ среди женского населения с 36,0% до 40,3% (на 4,3%).

Пути передачи ВИЧ - инфекции за 2011 г. в сравнении с 2010 г.



Характеристика ВИЧ – инфекции в г.Алматы по гендерному составу за 2011г. в сравнении с аналогичным периодом 2010г.



Учитывая, что основная масса выявленных ВИЧ-инфицированных приходится на молодой возраст от 20 до 39 лет (70,8%), профилактическая работа среди этой категории населения имеет большое значение и является одним из приоритетных направлений.

Основными задачами по вопросам профилактики ВИЧ инфекции и СПИД является привлечение в профилактические программы потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) и работников коммерческого секса (РКС) до 50% их оцениваемого количества, с целью оказания существенного влияния на эпидемиологическую ситуацию.

По быстрой оценке ситуации, проведенной в 2011г. в г.Алматы насчитывается около 5100 РКС. С нарастающим итогом среди РКС кумулятивно зарегистрировано 103 ВИЧ-инфицированных среди РКС группы, в том числе на выезде 28 ВИЧ (27,1%), за аналогичный период 2010г. 97случаев, в том числе на выезде 26 (26,8,%).

На основании приказа ГДЗ №432 от 28.07.2003г. «Об обслуживании работников секса» в целях организации

профилактической работы среди уязвимых групп населения в городе функционирует 7 «дружественных» кабинетов - при ГЦ СПИД, ГКВД, ж/к №8, ГП №9, 10,13, ГСП. Проведен 1 региональный тренинг на тему: «Предоставление медицинской помощи (лечение инфекций, передающиеся половым путем) и проведение психосоциального консультирования среди уязвимых групп населения в условиях «Дружественного кабинета» (ДК) обучено 23 человека.

В 2011г. аутрич – работниками и специалистами ГЦ СПИД при выезде в места скопления РКС в «Дружественные кабинеты» были направлены – 4778 РКС (в 2010г. – 4073 РКС), из них посетило 1071 человек (в 2010г. – 1036 РКС). По сравнению с 2012 годом количество РКС, направленных в ДК увеличилось в 1,2 раза, количество посетивших осталось на уровне прошлого года.

В соответствии с приказом ДЗ Алматы № 287 от 12.05.2004г . «Об организации и проведения ДЭН за ВИЧ инфекцией в г.Алматы» был проведен ДЭН среди РКС.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ, ГЕПАТИТА С И СИФИЛИСА СРЕДИ РС

Таблица 1 - Распространенность ВИЧ среди РКС

годы	Количество респондентов (N)	Количество ВИЧ инфицированных	Распространенность ВИЧ	95% доверительный интервал
2010	290	2	0,7%	0,1%-2,5%
2011	290	1	0,3%	0% -1,9%

Распространенность ВИЧ среди РКС в 2011 году в сравнении с 2010 годом остается на прежнем уровне.

Таблица 2- Распространенность гепатита С среди РС

годы	Количество респондентов (N)	Количество гепатит С положительных	Распространенность гепатита С	95% доверительный интервал
2010 год	290	9	3,1%	1,4%-5,8%
2011 год	290	10	3,4%	1,7%-6,2%

Распространенность гепатита «С» в 2011г. по сравнению с 2010г. осталась на уровне прошлого года.

Таблица 3- Распространенность сифилиса среди РС

годы	Количество респондентов (N)	Количество положительных на сифилис	Распространенность сифилиса	95% доверительный интервал
2010год	290	66	22,8%	18,1%-28%
2011год	290	76	26,2%	21,2%-31,7%

Распространенность сифилиса в 2011г. по сравнению с 2010г. возросла в 1,1 раза.

В результате проведенного ДЭН распространенность ВИЧ среди РКС составило - 0,3% (1чел.), ВГС-3,4% (10 чел.), сифилис-26,2% (76 чел.). Процент РКС охваченных профилактическими программами составил 100%.

Выводы:

1. Для улучшения профилактической работы среди работниц коммерческого секса необходимо активизировать работу волонтеров по привлечению РКС в «дружественные кабинеты»
2. Привлечение уязвимых групп населения для консультирования, диагностики и лечения ИППП снизит риск заражения ВИЧ-инфекцией
3. Необходимо организовывать семинары с ответственными работниками «Дружественных кабинетов» по профилактике ВИЧ-инфекции

Использованная литература:

1. Мировая статистика здравоохранения, 2010
2. Bartlett J. C. 2003. Medical Management of HIV infection. – Baltimore. MD: Johns Hopkins University Press, 2003
3. Джин Андерсон (ред). Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам. Управление ресурсов и служб здравоохранения (УСРЗ) Министерства здравоохранения и социальных служб США. – Maryland, USA, 2001
4. UNAIDS report on the global aids and epidemic, 2010 - Global report
5. Dunn D.T., Newell M.L., et al., 1992; Mofenson L.M., 1997; Goldenberg R.L., et al., 1998 - A guide to the Clinical Care of Women with HIV. US Department of Health and Human Services
6. Fowler M.G., Bertolli J., et al., 1999; Discov R.E., Garratty E. et al., 2000 - Medical Management of HIV infection

ХАЛЫҚТЫҢ САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011-2015» МЕМЛЕКЕТТІК БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ РӨЛІ

Бужикеева А.Б., Қожахметова А.Н., Хасенова Г.Х., Ли М.В., Чуенбекова А.Б., Ушанская Е.Ю., Суkenova Д.А., Нұржанова Қ.С., Рыстыгулова Ж., Аллиярова С. С.Ж.Асфендияров ҚазҰМУ нутрициология кафедрасы

Түйін. Мақалада нутрициология кафедрасы ұжымымен «Саламатты Қазақстан 2011-2015» мемлекеттік бағдарламасында көзделіп отырған міндеттерді жүзеге асырудағы атқарылған іс-шаралар мен қол жеткізген жетістіктері берілген.

Кілттік сөздер: салауатты тамақтану, дұрыс тамақтану дағдылары, мемлекеттік бағдарлама.

Резюме. В статье даны выполненные мероприятия и достижения сотрудниками кафедры нутрициологии по реализации государственной программы «Саламатты Қазақстан 2011-2015».

Ключевые слова: здоровое питание, Саламатты Қазақстан, государственная программа.

Buzhikeeva A.B., Kozhakhmetova A.N., Khasenova G.Kh., Chuenbekova A.B., Rystygulova Zh., Alliyarova S.T.

Abstract An article provides carried out activities and achievements of the staff of the subdepartment nutriciology for implementation of the state program: “Salamatty Kazakhstan 2011-2015”.

Keywords Heal food, implementation of the state program, Salamatty Kazakhstan.

Еліміз қазіргі таңдағы озық мемлекеттердің бәсекеге қабілетті 50 елдің қатарына ену бағытын ұстану стратегиясы көптеген міндеттер жүктеп отыр. Қоғамды қалыптастырушы халықтың әлеуметтік жағдайы мен денсаулық көрсеткіштері кез-келген мемлекеттің экономикалық жағдайын сипаттайды.

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, өлім-жітімнің 60%-ы дұрыс тамақтанбаумен, ал дерттердің 40% тамақтану факторына тікелей байланысты. Көптеген созылмалы инфекциялық емес аурулардың (жүрек-қан тамыры жүйелерінің аурулары, қант диабеті және басқалар) дамуы да адамның өмір сүру салтына тәуелді. Соған байланысты қазақстандықтардың саламатты өмір салтын қалыптастыру және дене шынықтыруды дамыту маңызды болып отыр. Осы мәселелерді жүзеге асыруда «Саламатты Қазақстан 2011-2015 жыл» мемлекеттік бағдарламасында Елбасы, қазіргі уақытта қоғамдық денсаулық сақтау мәселелерінде сектораралық және ведомстволарлық серіктестік тетігі жолға қойылмағандығы, денсаулық сақтау саласындағы өз міндеттерін жете түсінбеуіне, денсаулық сақтау проблемаларын шешуде ақпараттық қолдаудың нашарлығына байланыстылығын орынды атап көрсеткен. Сондай-ақ халық денсаулығы деңгейінің төмен болуының себептері тамақтану мәселелерінде халықтың жеткіліксіз ақпараттандырылуы, сауаттылығының төмендігі анықталып отыр. Сонымен қатар, халықтың дұрыс тамақтануын қамтамасыз ету және тамақтануға байланысты аурулардың профилактикасын басты мақсат етудің өзі осы мәселенің өзектілігін айқындай түседі.

«Саламатты Қазақстан» бағдарламасы аясында Елбасының көрсеткен аталмыш мәселелерін шешуде С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ нутрициология кафедрасы профессор-оқытушылар құрамымен өткен жылы біршама жұмыстар атқарылды.

Бағдарлама бойынша Елбасының басты міндеттің бірі- дұрыс тамақтану туралы халықты хабардар ету бойынша халықтың әртүрлі топтарының –кәсіпорын жұмысшылары, емдік-профилактикалық мекеме қызметкерлері, ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер, мектеп жасына дейінгі және кейінгі жастағы балалар мен жасөспірімдер, студенттер, қарттар тамақтану ерекшеліктеріне байланысты дұрыс тамақтану дағдыларын қалыптастыру мен осы мақсатты топтардың тамақтану ерекшеліктеріне арналған дәрістер, семинарлар қаламыздың бірнеше мекемелерінде өткізілді. Осы шараларды өткізе отырып, жүкті және емізуге аналардың дұрыс тамақтанбауынан туындайтын бала мен ана аурушылдық көрсеткіштерін, мектеп жасындағы оқушыларда жиі кездесіп жүрген тірек-қимыл аппаратының, тыныс және жүйке жүйесінің, көз ауруларының деңгейін азайту, әртүрлі кәсіптік жұмысшылар арасында жұмысқа қабілеттілікті сақтай отырып, кәсіптік аурулардың дамуын азайту көзделіп, тиімді тамақтану қағидалары кеңінен насихатталды.

Бағдарламаның – «халықты дұрыс тамақтану туралы хабардар ету» міндетін жүзеге асыруда Алматы қаласындағы жоғарғы оқу орындарындағы студенттер арасында дұрыс тамақтану дағдыларын қалыптастыруда 500-ге жуық студенттер; қала мектептерінің мектеп жасындағы 350-ге жуық оқушылар, ұрпақ өрбіту жасындағы 270 әйелдер арасында дәрістер, кеңес беру өткізілді. Осы топтар арасында тиімді тамақтану, дұрыс тамақтану дағдылары, дұрыс тамақтанбаумен туындайтын ауруларға байланысты сұрақтарымен арнайы сауалнамалар өңделіп, сауалнама жүргізгенде аталмыш топтарда ақпараттану деңгейінің төмендігі анықталды. Әсіресе, жүкті әйелдердің, мектеп оқушыларының арасында темір тапшылық анемия мен йод жетіспеушілік ауруларының көріністері және алдын алу жолдары жөнінде бейхабар екендігі мәлім болды. Ақпараттану деңгейін жоғарылату мақсатында анемия мен йод жетіспеушілік жағдайды түзетуде Үкіметіміздің тарапынан азықтардың құнарлығын арттыруда, фортификацияланып жатқан ұн мен тұз өнімдерінің ролі мен «Сапалы азық» туралы мағлұматтары мол берілген буклеттер, күнтізбе, плакаттар таратылып, ролдік ойындар, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығының 4 курс студенттері арасында сайыстар өткізілді. Осы тұста өткен жылдың қыркүйек айында Балуан Шолақ атындағы Спорт сарайында өткен «Балбөбек-2011» атты IV Халықаралық мамандандырылған көрмесіне қатысып, аналар мен емізуге аналарға, мектепке дейінгі балалар мен мектеп жасындағы балаларға, болашақ аналарға дұрыс тамақтану жөнінде балалар арасындағы тағамдық аллергия, ерте жастағы балаларды

тамақтандыру, кейбір артық салмақты аналардың денсаулыққа зиянсыз арықтауға байланысты жүзге жуық аналарға ақысыз тегін, пайдалы кеңестер берілді. "ALEXPO" көрмелік компаниясы «Балбөбек-2011» атты IV Халықаралық мамандандырылған көрмесіне нутрициология кафедрасы белсенді қатысқаны үшін ДИПЛОМ-мен марапаттады.

Бағдарламаның «халыққа және осал топтарға арналған тамақ өнімдерін тұтыну жөніндегі ұсынымдар әзірлеу» міндетіне орай кафедраның профессорлар-оқытушылар құрамы Қазақ тағамтану академиясының Ұйытқы болуымен Қазақстан халқының қалалық және өңірлік түрлі жас топтарының тамақтануындағы халықаралық стандарттарға сәйкес азық-түлік тұтыну нормаларын өңдеуге бағытталған мектеп жасына дейінгі бала-бақшалар, мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдер, өнеркәсіп жұмысшыларының нақты тамақтануы мен энергия шығындарын зерттеудегі ғылыми жұмыстарға қатысып, алиментарлық аурулардың туындауындағы тағам факторлардың ролін анықтаудағы Ғылыми жобаларына белсенді қатысып, үлестерін қосуда. Соның бірі «ҚР халқының қартаюға қарсы мемлекеттік бағдарламасы аясында Остеопороздың алдын алудың кешенді моделін жасау» ғылыми-техникалық жобаның негізінде солтүстік және орталық Қазақстан өңірлерінің, яғни Қарағанды, Павлодар, Петропавл, Көкшетау, Қостанай, Талдықорған облыстарынан 40 жастан жоғары 1200-ге жуық ер мен әйел азаматтарының нақты тамақтануына зерттеу жүргізілді. Зерттеу барысында адам қартаюымен байланысты туындайтын аурулардың тікелей тағам факторлармен өзара байланысы айқындалды. Сонымен қатар, заманауи ультратрадыстық остеопорозды анықтайтын қондырғымен сүйектің минералдық тығыздығы, қандағы холестерин, қант деңгейі, гемоглобин жедел әдіспен зерттеліп, осы тұрғындардағы басқа да қартаюмен байланысты ілеспелі аурулар диагностикасын жүргізді. Ұжым қызметкерлері болған өңірлердің тұрғындары арасында қартаюға байланысты туындайтын ауруларды тағаммен емдеу жөнінде көптеген үгіт-насихат жұмыстары жүргізіліп, ұнпарақтар таратылды. Осы жұмыстың нәтижелері «Баспасөз мәжілісінде» республикамыздың ақпараттық құралдары арасында таратылды.

Бағдарламаның халықтың өртүрлі топтарының дұрыс тамақтану, тамақ өнімдерінің қауіпсіздігі және қолжетімді БАҚ-ты тарта отырып, тұтынушылардың құқықтары саласында білім деңгейін және хабардар болуын арттыруға бағытталған көпдеңгейлі қоғамдық және коммуникациялық науқандар өткізу тапсырмасы бойынша Қазақ тағамтану академиясының президенті және нутрициология кафедрасының меңгерушісі академик Т.Ш.Шармановтың өзімен бір жыл көлемінде республикалық көлемде таралатын 20-ға жуық, ал кафедра қызметкерлерімен 50-ге тарта түрлі жас топтарының тамақтану ерекшеліктері, сырқаттар кезіндегі диетологиялық кеңестер т.б тақырыптарда сұхбаттар телеарналарда көрсетілді.

Тұтынушылардың өнімнің сипаттарын жақсы түсінуі, сапалы тамақ өнімдерін таңдауды қолдау мен тағам өнімдерін қауіпсіз сақтау тапсырмасы бойынша «Қазақстан» Ұлттық арнасынан аптасына 5 рет берілетін «Халық таңдауы» бағдарламасына жыл бойы тұтынушыларға азықтардың пайдалы қасиеттері туралы пайдалы кеңестер берілді. Осы бағдарлама түсіріліміне белсенді атсалысқаны үшін доцент Чуенбекова А.Б., доцент Хасенова Г.Х.

аға оқытушы Қожахметова А.Н., оқытушы Тарақова Г.А. «Қазақстан» Ұлттық арнасының президенті А.Сандықбаев мырзаның «Алғыс хатымен» марапатталды. Кафедра профессоры осы саладағы ерен еңбектері үшін ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің төс белгісімен марапатталды.

«Саламатты Қазақстан 2011-2015» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыру мақсатында Профилатикалық медицина академиясының жанынан құрылған «Салауатты тамақтану Орталығының» 15 тамыз 2011ж. №5-ші бұйрығына сәйкес оқытушылар құрамы осы орталық қарамағында да жұмыс атқарды. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Еліміздің тәуелсіздігінің 20 жылдығына орай «Денсаулыққа 20 қадам» атты шара өткізу туралы тапсырмасымен, осы орталықтың ұйытқы болуымен өткен жылдың 30 қарашасында қаламыздың СОК «Мега-орталық -Алматыда» денсаулық акциясы өткізілді. Акция барысында «Денсаулық алаңы» жұмыс істеп, онда кафедра ұжымы 300-ге тарта акцияға келген қарттардың, емизулі аналардың, сәбилердің денсаулықтарына және дұрыс тамақтануға байланысты толғандырылған сұрақтарына ақысыз тегін жауап берді. Темір тапшылық анемиясын анықтауда тегін «жедел анықтау» әдісімен 250 адам қамтылып, қандағы гемоглобин, холестерин, қант деңгейін анықтауға, сонымен қатар темір тапшылық анемиясы, семіздік, қант диабеті кезінде қалай тамақтану жайлы мәлімет алуға мүмкіндік болды.

«Саламатты Қазақстан 2011-2015» мемлекеттік бағдарламасында көзделіп халықтың күтіліп отырған өмір сүру ұзақтығының 2013 жылға қарай 69,5-ке дейін, 2015 жылға қарай 70 жасқа дейін ұлғаюы; ана өлім-жітімінің 100 мың тірі туылғандарға шаққанда 2013 жылға қарай 28,1-ге дейін, 2015 жылға қарай 24,5-ке дейін төмендеуі; нәресте өлім-жітімінің 1000 тірі туылғандарға шаққанда 2013 жылға қарай 14,1-ге дейін, 2015 жылға қарай 12,3-ке дейін төмендеуі; жалпы өлім-жітімінің 1000 адамға шаққанда 2013 жылға қарай 8, 14-ке дейін, 2015 жылға қарай 6,2-ге дейін төмендеуі үшін әлемге аты белгілі Т.Ш.Шарманов басқарып отырған бір ұжымның атқарған жұмыстарының ауқымы осындай. Бұл бағдарламаны орындаудағы міндеттің бір тамшысы ғана. Осы мемлекеттік бағдарлама негізінде Елбасымыздың тапсырмасын, денсаулық сақтау проблемаларын шешуде барлық осы сала мамандары серіктесіп, жұмыла жұмыс атқарса және тек медицина саласындағы қызметкерлер ғана атсалысып қоймай, әрбір қазақстандық азамат өзінің және отбасының денсаулығы алдындағы жауаркершілікті жоғары қойып, салауатты тамақтану арқылы қаншалықты аурулардың алдын алып, дүниеге дені сау ұрпақ әкеліп, аурушандық және аурушандық салдарынан туындайтын өлім-жітім көрсеткішін төмендетіп, еңбек қабілеттігін сақтап еліміздің экономикалық ахуалына еңбек етуімен өз үлесін қосады. Сондықтан халқымыздың сапалы, әрі ұзақ ғұмыр кешуіне әрбір қазақстандық борышты.

УДК 616.97 : 616.5 - 313.13 - (-32/-35) – "45"

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП И КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011 ГОД

Е.Е. Земцов

Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент

ANALYSIS OF STI AND SKIN DISEASES FOR SOUTH KAZAKHSTAN REGION for 2011

E.E. Zemtsov

Dermatovenerologic Regional Hospital, Shymkent

This paper presents a comparative analysis of the last 2 years the incidence of venereal and skin diseases, held a regional dermatology dispensary of South Kazakhstan region.

Keywords: Analysis of incidence, dermatovenerological Service, South-Kazakhstan region, skin pathology, infections, sexually transmitted diseases.

Облыстық дерматовенерология диспансері, Шымкент қаласы
Түйін Мақалада Оңтүстік Қазақстан облыстық дерматовенерологиялық диспансерінде ЖЖЖИ және тері ауруларын ауру-сырқаулықтың соңғы 2 жылында өткізілген салыстырмалы талдау жасалған.

Түйінді сөздер: Ауру анализі, дерматовенерологиялық көмеке, Оңтүстік-Қазақстан облысы, тері патологиясы, жыныстық жолмен жұғатын инфекциялар.

В статье представлен сравнительный анализ за последние 2 года заболеваемости венерическими и кожными заболеваниями, проведенный областным дерматовенерологическим диспансером Южно-Казakhstanской области.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДАҒЫ 2011 ЖЫЛҒЫ ЖЖЖИ ЖӘНЕ ТЕРІ АУРУЛАРЫНА ТАЛДАУ ЖАСАУ

Е.Е. Земцов

Ключевые слова: Анализ заболеваемости, дерматовенерологическая служба, Южно-Казахстанская область, кожная патология, инфекции, передаваемые половым путем.

При проведении комплекса противоэпидемических, организационных и лечебных мероприятий приоритет сохраняется в отношении сифилиса, гонореи как заболеваний, представляющих непосредственную опасность для организма больного, его детей и окружения, имеющих неблагоприятные последствия для репродуктивного здоровья населения [1]. В структуре заболеваемости ИППП в 2011 году по Южно-Казахстанской области (всего ИППП -15660 случаев) на первом месте идет трихомониаз -25,2%, затем урогенитальный кандидоз - 20,5%, уреа-микоплазменные инфекции - 20,2%, гарднереллез - 18,5%, гонорея - 6,5%, урогенитальная хламидийная инфекция - 3,9%, сифилис - 3,4%, остроконечные кандиломы - 1,1%, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция - 0,5%, ангенитальная вирусная бородавка - 0,2%. Заболеваемость сифилисом (маркер заболеваемости ИППП первого поколения) за 2011 год в Южно-Казахстанской области составила 526 случаев, интенсивный показатель составил 20,7 на 100 000 населения. Как видно из таблицы 1, по сравнению с аналогичным периодом 2010 года заболеваемость снизилась на (-17,7%), составив 20,7 на 100 000 населения. В структуре заболеваемости сифилисом вызывает озабоченность рост скрытых и поздних форм. Заболеваемость гонококковой инфекциями составила 1012 случаев или 39,8 на 100 000 населения, причем идет преваляирование хронической формы гонореи над острой формой. По сравнению с 2010 годом показатель заболеваемости гонореей снижен на (-35,5%).

Заболеваемость урогенитальной хламидийной инфекцией (маркер заболеваемости ИППП второго поколения) выросла по сравнению с 2010 годом на (+49,5%), составив в 2011 году 619 случаев или 24,4 на 100 000 населения. Основной удельный вес заболевания составляют лица средней и старшей возрастной категории, т.е. от 18 лет и старше.

По сравнению с 2010 годом заболеваемость трихомониазом снизилась на (-5,8%), составив 155,4 на 100 000 населения. В целом, идет рост заболеваемости всех ИППП, кроме сифилиса, гонореи, трихомониаза, урогенитального кандидоза (табл.1). Значительно повысился уровень диагностики ИППП, появились новые виды диагностики ИППП-ПЦР, ИФА, ПИФ, обновилась питательные среды. Зарегистрировано повышение показателя высеваемости по бактериологическим посевам, это обусловлено использованием новой питательной среды для культивирования гонококков, а также модификацией данных сред путем добавления ростовых добавок (сыворотки нативной лошадиной, витаминов В1, В6) и увеличением времени экспозиции бактериологических посевов. Острота проблем в последние годы, прежде всего, связана с серьезными изменениями в репродуктивном поведении молодежи, стойкой тенденцией более раннего, чем 10-15 лет назад, начала половой жизни юношей и девушек. Средний возраст вступления в сексуальные отношения составляет 14 лет. Ранние половые связи отрицательно сказываются на психическом и физическом развитии подростков, увеличивается риск абортов, осложненных родов, а также запущенных хронических заболеваний репродуктивной системы, болезней, передаваемых половым путем, ВИЧ/СПИДа.

Таблица 1- Сравнительные показатели заболеваемости ИППП за 2010-2011 гг.

Наименование нозологий ИППП	2010		2011		Темп роста (+,-), в %
	Южно-Казахстанская область				
	Абс. число	на 100тыс. нас.	Абс.число	на 100тыс.нас	
Трихомониаз	4187	164,9	3946	155,4	-5,8
Урогенитальный кандидоз	3577	140,8	3210	126,4	-10,3
Уреамикоплазм.инфекции	3106	122,3	3164	124,6	1,9
Гарднереллез	2816	110,9	2898	114,1	2,9
Гонорея	1570	61,8	1012	39,8	-35,5
Хламидии	414	16,3	619	24,4	49,5
Сифилис	639	25,2	526	20,7	-17,7
Остроконечные кандиломы	55	2,2	168	6,6	в3,1раза
Аногенитальные герпетические вирусные инфекции	33	1,3	80	3,1	142,4
Аногенитальная венерическаябородавка	4	0,2	37	1,5	в 9,3раза

Мероприятия, принимаемые для снижения роста ИППП: проведение строгого контроля Вассерманизации в лечебно-профилактических учреждениях, проведение профилактических медицинских осмотров среди водителей автотранспорта, учащихся колледжей и высших учебных заведений, усиление санитарно-прсветительной работы среди молодежи. Проводить совместно с акушер-гинекологами разбор каждого случая сифилиса у беременных [2]. Заболеваемость кожными болезнями является актуальной проблемой медицины. Маркером заболеваемости дерматозами является псориаз. Удельный вес этого заболевания по Южно-Казахстанской области в 2011 году составил 27,9% от всех зарегистрированных в официальной статистике кожных заболеваний. В последние 10-15 лет дерматозы появляются в более молодом возрасте, увеличивается число больных тяжелыми инвалидизирующими формами болезни (псориазная эритродермия, эксфолиативный псориаз,

псориазная артритопатия, пустулезный псориаз), резистентными к различным методам терапии[3]. В структуре заболеваемости кожными болезнями в 2011 году по Южно-Казахстанской области (всего впервые зарегистрированных дерматозов -5454 случаев) на первом месте стоит псориаз - 27,9%, далее трихофития - 25,4%, экзема - 19,2%, микозы стоп, онихомикозы - 12,8%, чесотка - 9,0%, микроспория -2,1%, иктиозы - 1,7%, КПЛ - 1,3%, пузырчатка - 0,4%, аллергический васкулит -0,2%. Как видно из таблицы 2, по области в 2011 году идет снижение заболеваемости кожными болезнями, по сравнению с 2010 годом кроме микозов стоп и онихомикозов на 58,6%, микроспории на 45,6%, трихофитии на 8,8%, иктиозов на 6,9%. Таким образом, приоритетными направлениями дерматовенерологической службы Южно-Казахстанской области являются: профилактика, ранняя диагностика и лечение ИППП, острозаразных заболеваний кожи и тяжелых дерматозов.

Таблица 2- Сравнительные показатели заболеваемости дерматозами за 2010-2011 гг.

Наименование нозологий кожной патологии	2010		2011		Темп роста (+,-), в %
	Южно-Казахстанская область				
	Абс.число	на 100тыс. нас.	Абс.число	на 100тыс.нас	
Псориаз	1768	69,6	1522	59,9	-13,9
Трихофития	1273	50,1	1385	54,5	8,8
Экзема	1468	57,8	1049	41,3	-28,5
Микозы стоп, онихомикозы	440	17,3	698	27,5	58,6
Чесотка	674	26,5	490	19,3	-27,3
Микроспория	215	8,5	117	4,6	45,6
Ихтиозы	87	3,4	93	3,7	6,9
Красный плоский лишай	80	3,1	70	2,8	-12,5
Пузырчатка	32	1,3	20	0,8	-37,5
Аллергический васкулит	12	0,5	10	0,4	-16,7

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О. Л. Иванова.- М.: Шико, 2006. - 172 с.
 2. Алиева А.Т., Ботпаева М.А. Анализ заболеваемости инфекций, передающихся половым путем за 9 месяцев 2009 года // Вопросы дерматологии и венерологии - 2009. - №3-4. - С.10

3. Емельянов В.В., Оспанова С.А. Опыт применения препарата латикорт в топической терапии псориаза // Вопросы дерматологии и венерологии - 2009. - №3-4. - С.71-72.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Тузақбаев Н.Б.

Акционерное общество Интерфарма-К

Проведенный авторами анализ литературных данных показал, что в современных условиях эффективным механизмом инновационного развития отрасли здравоохранения определен проектный менеджмент, включающий структурный компонент (ресурсное обеспечение отрасли), процессный компонент (технологическое обеспечение отрасли) и результативный компонент, характеризующийся качеством здоровья населения и качеством оказываемых медицинских услуг населению. Перспективными направлениями совершенствования процедуры ресурсного обеспечения МО определены: совершенствование механизмов защиты бюджетных средств и развитие системы электронных торгов.

Государственное регулирование деятельности системы здравоохранения многих стран в новых условиях развивается по двум основным направлениям: создаются системы государственных заказов медицинским организациям на предоставление медицинских услуг, и широко используются механизмы, обеспечивающие заинтересованность государственных органов и бюджетных учреждений в повышении качества предоставляемых услуг и разумной экономии средств, в т.ч. более широкое использование методов экономического и финансового анализа.

Ключевые слова: Интерфарма-К, госрегулирование, лекарственные средства, стратегия, государственные закупки

Тұрғынға дәрігерлік жәрдемді көрсетуді процесстің қамтамасыз ету қорының қазіргі даму беталылары
Тузақбаев Н.Б.

Интерфарма-К акционерлерлік қоғамы

Әдеби мәліметтердің талдауды өткізілген авторларымен денсаулық сақтауды саланың инновациялық дамытуын тиімді тетіктің қазіргі шарттарында тұрғынның сапа сипаттайтын денсаулықтары және тұрғынға болатын дәрігерлік қызметтерінің сапасымен (саланың қамтамасыз ету қоры) құрылымдық компонент, (саланың технологиялық қамтамасыз етуі) процесс компоненті және нәтижелі компонент қосатын жобалық менеджмент анықталғанын көрсетті.

М ұны қамтамасыз ету қорының процедурасының әбден жетілдірулері перспективалы бағыттармен анықталған: бюджеттік құралдардың қорғауының тетіктерінің әбден жетілдіруі және электрондық саудалардың жүйесінің дамытуы. Жаңа шарттардағы көп елдердің денсаулық сақтау жүйесінің қызметінің мемлекеттік реттеуі негізгі бағыттарға екі-екідендерді дамиды: дәрігерлік қызметтердің беруіне дәрігерлік ұйымдарға мемлекеттік тапсырыстардың жүйелері жасалады, және экономикалық және қаржылық талдаудың кеңірек қолдану әдістерінде мемлекеттік құрылымдар және бюджеттік мекемелердің берілетін қызметтердің сапасының жоғарылатуындағы мүдделілік және ақылды қаражат үнемдеу қамтамасыз ететін тетіктерді кең қолданылады.

Негізгі сөздер: Интерфарма-К, мемлекеттік реттеу, дәрілік зат, стратегия, мемлекеттік сатып алу

Modern trends in resource support of the delivery of medical care

Tuzakbayev N.B.

Joint stock company Interfarma-K

Abstract Authors conducted an analysis of published data has shown that under present conditions an effective mechanism for development of innovative health care industry is defined project management, including the structural component (resource support industries), process components (technological support for the industry) and effective component, characterized by the quality of health and quality of medical services population. Promising directions to improve procedures to ensure DoD resources are defined: improving protection mechanisms for the budget and development of electronic trading. State regulation of the health systems of many countries in the new environment is developing in two main areas: creating a system of state orders healthcare organizations in the provision of medical services, and are widely used mechanisms to ensure that the interest of public authorities and public institutions to improve the quality of services and sensible savings in including greater use of economic and financial analysis.

Keywords: Interfarma-K, government adjustment, drugs, government purchasing

Здравоохранение должно быть общедоступным, качественным, экономически целесообразным – т.е. удовлетворять потребности общества в медицинской помощи наиболее дешевым способом. Вектор развития здравоохранения во всех развитых странах направлен на социализацию, на повышение роли государства в процессах обеспечения доступности и качества медицинской помощи, на реализацию принципа справедливости в доступности медицинской помощи [1].

В процессе модернизации национальных систем здравоохранения, страны с развитой экономикой пошли по одному пути – сокращения расходов. Политика сдерживания расходов предполагает регулирование спроса на медицинские услуги и лекарства, регулирование предложения медицинских услуг и лекарственных средств. Помимо воздействия на ценовую политику в области предоставления медуслуг политики и организаторы здравоохранения рекомендуют развить рыночные отношения субъектов системы здравоохранения, что предполагает внедрение ресурсосберегающих технологий для получения большей прибыли [2].

Методами математического моделирования доказано, что повышение уровня ресурсного, особенно финансового, обеспечения регионального здравоохранения снизит уровень смертности на 16% и инвалидности населения на 9%. Наиболее эффективным является управленческий сценарий, предусматривающий повышение обеспеченности врачебным персоналом (до 25,0 на 10 тыс. населения), амбулаторно-поликлиническими учреждениями (до 350 на 10 тыс.) и коечным фондом (до 100 на 10 тыс.) [3].

В современных условиях эффективным механизмом инновационного развития отрасли здравоохранения определен проектный менеджмент, включающий структурный компонент (ресурсное обеспечение отрасли), процессный компонент (технологическое обеспечение отрасли) и результативный компонент, характеризующийся качеством здоровья населения и качеством оказываемых медицинских услуг населению.

Для комплексной оценки ресурсного потенциала здравоохранения предлагается применять систему показателей использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов.

Проблемы качества медицинской помощи обусловлены низким ресурсным обеспечением МО и низким уровнем материально-технической базы здравоохранения (это износ основных фондов и в т.ч. медицинского оборудования). При этом мировое здравоохранение в последние два-три десятилетия переживает глубокие технологические сдвиги, существенно повышающие клинические результаты медицинской деятельности. Основной причиной отставания медицинских технологий в странах СНГ выделен недостаток финансирования. По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения страны СНГ существенно отстают не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы [4-5].

Стратегия совершенствования системы качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения должны предусматривать укрепление сильных сторон и внедрение инноваций. Это, прежде всего, государственный надзор и управление качеством лекарственных средствами и изделиями медицинского назначения для защиты прав и интересов потребителей. Инструменты госрегулирования (госрегуляторы) качества медицинской продукции могут включать широкий комплекс воздействий прямого и косвенного характера [6].

В компетенции государства остаются стратегические задачи развития этих отраслей промышленности, в т.ч., по созданию условий для реализации основных целей, контроля деятельности отрасли по уровню обеспеченности населения и здравоохранения соответствующими видами продукции, ее доступности и качества.

Перспективными направлениями совершенствования процедуры ресурсного обеспечения МО определены: совершенствование механизмов защиты бюджетных средств и развитие системы электронных торгов [7].

В последнее время система планирования деятельности МО в странах СНГ постепенно отходит от нормативов обеспеченности населения врачами, койками и т. д. к определению потребности населения в тех или иных видах медицинских услуг и ресурсов, необходимых для их оказания. Опыт функционирования многих государственных систем здравоохранения показал, что финансовое планирование должно базироваться на определении затрат, требуемых не для содержания медицинских учреждений, а для обеспечения выполнения необходимых объемов медицинской помощи. А основой

планирования развития материально-технической базы МО должны стать показатели заболеваемости и медико-экономические стандарты, определяющие перечень медуслуг и виды используемого оборудования и технологий [8].

В последнее время в понятие ресурсного потенциала включены и управленческие ресурсы, которые характеризуются качеством менеджмента, инструментами управленческого воздействия и состоянием информационного обеспечения. Доказано, что несистемный характер осуществляемых преобразований даже при значительном увеличении ресурсов, направляемых на развитие сферы здравоохранения, не обеспечивает эффективного использования ресурсного потенциала здравоохранения, что отражается на качестве и доступности медицинских услуг [9].

Отдельными исследованиями доказано, что государственное регулирование деятельности системы здравоохранения по принципу бесплатности медицинской помощи не позволяет обеспечить интересы ни населения, ни медицинских учреждений, ни общества в целом [10]. Цель управления здравоохранением в новых условиях должна состоять в обеспечении населения доступной, квалифицированной и качественной помощью в условиях эффективного функционирования отрасли. Это возможно при выполнении двух обязательных условий:

- 1) создание системы государственных заказов медицинским организациям на предоставление медицинских услуг;
- 2) использование механизмов, обеспечивающих заинтересованность государственных органов и бюджетных учреждений в повышении качества предоставляемых услуг и разумной экономии средств, в т.ч. более широкое использование методов экономического и финансового анализа.

Литература

1. Злобин В.Н. Планирование и регулирование ресурсов здравоохранения в субъекте Российской Федерации: Автореф. дис. . Д-ра мед.наук. М., 2003. - 30 с.
2. Saltman, R.B. and Bankauskaite, V. Conceptualizing decentralization in European health systems: a functional perspective. *Health Economics, Policy and Law*. - 2006. - 1(2): 127-47.
3. Горбунова В.Л. Опыт работы по организации ресурсного обеспечения крупного многопрофильного медицинского учреждения. // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья РАМН. Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» 13-14 апреля 2010 г. Выпуск 2. М. 2010. С.62-65.
4. Кораблев В.Н. Оценка состояния и эффективности использования основных производственных фондов в учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2004. - № 10. - С. 22-26.
5. Бадаев Ф.И., Васильцова Л.И., Колетова М.В. Проблемы использования основных фондов в крупных многопрофильных больницах // Экономика здравоохранения. 2002. - № 1. - С. 22-25.
6. Герасименко Н.Ф., Кадыров Ф.Н. Актуальные вопросы правового регулирования экономических аспектов деятельности учреждений здравоохранения // Здравоохранение РФ. 2004. - № 1. - С.24-28.
7. Мануйлова Л.М, Максимов Г.М, Соловьева Ю.А. Фармацевтический рынок лекарственных средств: состояние и перспективы развития. СПб, 2005. - 39с.
8. Геллер Л.Н., Будревич А.А. Реализация государственных гарантий лекарственного обеспечения. // Фармация. 2006. - №5. — С. 18-21.
9. Дурумбетов Е.Е. Развитие процесса планирования ресурсного обеспечения организаций здравоохранения // Экономика здравоохранения.- 2003.-№5-6.- С. 12-20.
10. Сквирская Г.П., Горбунова В.Л. Осуществление государственных закупок в медицинской организации: проблемы и пути решения. // Заместитель главного врача. М. 2010 № 6. С. 78-84

УДК 613.1 / 614.2:616-056.32 – 057.872:502

О РОЛИ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

С.Н. Третьякова, М.К. Кошимбеков, Г.Ю. Денисова, С.А. Маленкова, А.Т. Джуланова
 Школа общественного здравоохранения имени Х.Досмухамедова
 Кафедра полтики и управления здравоохранением
 Кафедра общей хирургии

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

В статье рассматриваются вопросы воспитания потребностей в сохранении здоровья студенческой молодежи на современном этапе, на основе социологического опроса изучено мнение студентов университета о некоторых факторах, формирующих их состояние здоровья.

Ключевые слова: условия жилья и учебы, уровень дохода, питание, стрессы, медицинская помощь, формирование здорового образа жизни, состояние здоровья студентов.

Студент жастардың денсаулығын қалыптастырудағы қоршаған орта факторларының әсері туралы

С.Н. Третьякова, М.К. Кошимбеков, Г.Ю. Денисова, А.Т. Джуланова
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Түйін Мақалада қазіргі заманға сай студент жастардың денсаулығын сақтауға қажетті әрбиелік сұрақтар қарастырылады, социологиялық сұрастырудың негізінде өз денсаулықтарын қалыптастыратын кейбір факторлар туралы студенттердің көз-қарастары анықталды.

Кілттік сөздер: үй және оқу жағдайлары, кіріс деңгейі, тамақтану, стресстер, медициналық көмек, салауатты өмір сүру салтының қалыптасуы, студенттердің денсаулық жағдайы

The role of environmental factors in shaping the students health

S.N. Tretyakova, M.K. Koshimbekov, G.Yu. Denisova, A.T. Dzhulanova
Kazakh National University named after S.D. Asfendiyarov

Abstract The article deals with the education requirements for maintaining the health of students at this stage, based on an opinion poll of university students learned about some of the factors influencing their health status.

Key words: housing conditions and study, the level of income, nutrition, stress, health care, promoting a healthy lifestyle, health status of students.

Актуальность.

Приоритетным направлением Казахстанского образования является повышение качества подготовки специалистов различного профиля, в том числе врачей разных специальностей. В связи с этим назрела необходимость перехода на оптимизированный и систематизированный компетентностный подход в обучении студентов с учетом специфики медицинского вуза, на создание условий для овладения комплексом компетентностей, означающих потенциал, способность выпускника к выживанию и устойчивой жизнедеятельности в условиях современного многофакторного социально-политического, рыночно-экономического, информационного и коммуникационного насыщенного пространства [1].

При этом необходимо понимание здоровья как социального свойства личности, обеспечивающего конкурентоспособность, профессиональное долголетие, поддержание оптимальной работоспособности, благополучие семьи, повышение уровня состояния здоровья, а также качества жизни. Многие проблемы здоровья имеют глубокие социально-экономические корни, включая аспекты условий и образа жизни. Ничто не в состоянии способствовать укреплению здоровья молодежи больше, чем осознание ими основных факторов, вызывающих болезни или способствующих их возникновению, и принятие мер по ослаблению их негативного воздействия на здоровье. Лучший способ предотвратить заболевание – здоровый образ жизни и поддержание условий среды обитания, уменьшающих вероятность возникновения болезней. Каждый молодой человек должен осознать, что здоровый образ жизни – это успех, его личный успех. Тем более это актуально для будущих медицинских работников, здоровье которых важно не только для них лично и их семей, но и для пациентов.

Появился даже специальный термин – медицинская активность, означающий отношение к собственному здоровью и здоровью окружающих. Ю.П. Лисицын дает следующее определение: «Под медицинской активностью, являющейся одним из элементов здорового образа жизни, понимается отношение к своему здоровью и здоровью других людей, выполнение медицинских предписаний и назначений, посещение лечебно-профилактических учреждений и др.» [2]. При оценке воздействия на здоровье 30 различных факторов было установлено, что среди них доминируют субъективные: отношение человека к медицинской помощи, к своему здоровью и здоровью окружающих людей.

Для того, чтобы отвечать современным требованиям, осмыслить внутреннюю жизнь больного и в соответствии с этим лечить, врачу нужно стремиться слушать больному не только знаниями, но и всем своим образом жизни.

Известно, что в вузы, в том числе в КазНМУ, поступает молодежь с определенным уровнем физической подготовленности, с сформировавшимися в какой-то степени взглядами, убеждениями, привычками, интересами и отношением к культуре. В процессе академических занятий снижение физической и повышение нервно-

психической нагрузки, информационный бум и множество других факторов существенно и быстро меняют окружающую студента среду.

С целью создания в образовательном пространстве университета системы формирования здорового образа жизни, обеспечивающей становление профессионально компетентной, социально активной, нравственно устойчивой, психически и физически здоровой личности нами изучалось мнение студентов университета о некоторых факторах, формирующих состояние их здоровья.

Методы и материалы исследования: анализ и обобщение литературных данных, педагогическое наблюдение, социологический опрос студентов.

Сбор информации осуществлялся с помощью анкеты, содержащей 67 вопросов, на которые предлагались несколько вариантов ответов по выбору. Анонимный анкетный опрос проведен среди 200 студентов, которые проживали в пяти общежитиях университета [3]. Данные, полученные в результате опроса студентов, были сгруппированы по таким направлениям как самооценка здоровья, личное отношение к системе создания условий проживания в общежитии и построению формы обхождения, принятые в общежитии и в студенческой поликлинике (медицинском обслуживании студентов). Известно, что самооценка здоровья до известной степени является прогностическим признаком.

Ответы респондентов дают возможность в общем виде охарактеризовать факторы, оказывающие влияние на здоровье и образ жизни студентов. Более 71,7% студентов оценивают состояние своего здоровья как хорошее (46,0%) и отличное (25,7%), удовлетворительную оценку дали 20,3% респондентов. Имели хронические заболевания и оценили свое здоровье как плохое 7,0% респондентов.

Сравнительные данные самооценки изменения здоровья среди респондентов за время обучения показывают на незначительное ухудшение (29,2%) и значительное ухудшение (10,9%) здоровья. При этом у 43,6% студентов изменений не произошло и даже улучшилось здоровье у 15,8% случаев.

По мнению студентов, негативно влияют на их здоровье нарушения суточного режима сна, питания, физической активности – 39,0%, загрязнение среды обитания – 43,7%, недостаток физической активности – 11,0%, плохое качество питания – 15,1%, недостатки в медобслуживании – 2,8%. Кроме того, отрицательно влияют на здоровье психологические конфликты – 10,3%, нехватка средств к существованию – 14,4% и жилищные условия – 20,5%, совмещение учебы с работой – 0,6%.

Анализ данных анкетирования показывает, что здоровый образ жизни далек от утверждения его в студенческой среде. Самооздоровление активно занимается 8,6% опрошенных. Наиболее распространенными способами и средствами укрепления здоровья были занятия физкультурой и спортом, прием витаминов, забота об экологии жилища, использование экологически чистой воды, одежды и обогащенных продуктов питания.

Препятствовали вести правильный здоровый образ жизни и активное самооздоровление, по мнению респондентов, такие причины, как нехватка времени, лень, недостаток средств, отсутствие спортивного инвентаря и одежды, неудовлетворительные бытовые условия.

Более половины опрошенных привлекаемыми для себя сферами вузовской жизни назвали общение внутри учебной группы (70,0%) и учебу (67,5%). В занятия художественной самодеятельностью были вовлечены 20,5%, серьезно занимаются спортом 18,0%, научно-исследовательской работой – 9,0%.

Представляется важным отметить ранжирование информации о формирующих здоровый образ жизни факторах, которую представили респонденты. Предварительные результаты анкетирования показали, что 20,5% ответов приоритетными факторами считают условия жилья и 19,9% – условия учебы, далее следуют некачественное питание (15,1%), частые стрессы (10,3%), психологический климат в университете (8,8%), отсутствие средств (6,8%), плохая медицинская помощь (2,8%), совмещение работы с учебой (0,6%). Стараются вести здоровый образ жизни только 8,6% наших студентов.

Ответы респондентов значительно различались по характеристике причин стрессов в студенческой жизни: преобладало мнение среди студентов о трудностях в учебе (43,5%) и в отношениях с преподавателями (21,3%), но 16,3% ответов студентов показали, что причин для стрессов нет. Вместе с тем, 2,5% ответов указывают на грубое отношение между студентами и 3,8% – на грубость со стороны коменданта.

Более половины студентов (65,1%) не сталкивались с негативными явлениями в работе коменданта, студенческого совета и сокурсников, другая часть студенчества противоположного мнения. Условия жилья имеют большое значение среди факторов, формирующих здоровье молодежи. По мнению 40,6% анкетированных, уровень благоустройства комнат можно оценить как отличное и хорошее, 39,1% – как удовлетворительное и 20,3% как плохое.

Большая часть студентов (74,8%) купила посуду и бытовую технику, только 17,8% имели все необходимое. Студентам была предоставлена возможность высказать свое мнение о мерах, которые привели бы к улучшению санитарно-гигиенического состояния общежитий. Третья часть респондентов предлагает повысить санитарную культуру со стороны самих студентов, примерно столько же студентов (28,7%) считает, что это задача относится к функции работников СЭС. По мнению других

студентов помощь в этом вопросе должна исходить со стороны администрации университета (9,3%) и Студенческого правительства (5,0%). Катастрофическое положение у студентов в материальной сфере выявилось среди 14,4% студентов, большая часть студентов (49,0%) желала бы лучшего финансового положения, хватает средств в полном объеме среди 17,3% и в основном 18,8% (таблица).

Таблица – Структура ответов респондентов на вопросы раздела «Хватает ли вам средств, чтобы проводить свободное время так, как вы хотите?»

№ п/п	Ответы на вопросы анкеты	Доля ответивших (%)
1	да, вполне	17,3
2	да, в основном	18,8
3	не очень хватает	49,0
4	совсем не хватает	14,4
5	затруднились ответить	0,5

Питание относится к одному из ведущих факторов, влияющих на состояние здоровья человека. Роль питания особенно велика в ситуации экологического неблагополучия. Здоровое питание может как выступать одним из средств защиты против воздействия вредных веществ, так и служить условием, на фоне которого усиливается влияние токсикантов. Такие его элементы, как рациональное, своевременное, сбалансированное и достаточное в количественном отношении являются важнейшими условиями здоровья человека. Большая часть студентов (46,5%) организует питание в общежитии, другая часть (38,6%) совмещает приготовление пищи в общежитии с едой в столовой и только 4,5% ответивших питаются в столовых. Необходимо отметить, что управление питанием – это достаточно сложный процесс, в результате которого питание становится в той или иной степени рациональным, т.е.: оптимальным в количественном отношении; полноценным в качественном отношении; разнообразным; регулярным; отвечающим элементарным санитарным правилам, касающимся хранения, обработки и приготовления продуктов. Несбалансированный характер питания в комплексе с другими социально-гигиеническими факторами дают риск заболеваемости, что следует учитывать при разработке мероприятий по первичной профилактике и проведении мероприятий. **Заключение:** полученная в результате опроса информация, содержит данные, раскрывающие ряд проблем, которые студенческая молодежь отметила в виде своих пожеланий в анкетах (студентам хотелось бы иметь благоприятные условия проживания и достаточно развитую систему быта, улучшение организации медицинской помощи в студенческой поликлинике, часть студентов высказывается за снижение оплаты за проживание, за обследование УДК 614.2:65.9(5Каз)21

и лечение на льготной основе, за организацию бесплатного лечения, студентам хотелось бы также иметь лучшие возможности для повышения своего культурного уровня). В ходе нашего исследования были выявлены некоторые условия студенческой жизни, которые требуют дополнительного анализа и углубленного изучения среди студентов не только проживающих в общежитии, но и в других условиях. Проведенный нами анализ позволяет констатировать и предложить следующее: 1 Становление эффективно функционирующей мобильной системы формирования здорового образа жизни (реализации Проектов по формированию здорового образа жизни). 2 Внедрение современной системы диспансеризации и мониторинга физического состояния студентов, преподавателей и сотрудников университета.

Литература:

1 Аканов А.А., Хамзина Н.К., Ахметов В.И. и др. Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова: на пути инновационных преобразований. – Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2010. – С. 9 - 56.
 2 Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. – М.: Медицина, 1982. – 328 с.
 3 Третьякова С.Н., Каракушикова А.С., Бекбатырова Г.Т., Кожамжарова К.У., Дуабаев А.Ж., Сулейменова Г.Х., Жилкибаева Ж.С., Рахат С.Б. Медико-социальные предпосылки формирования здоровья студентов // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2010. - №1. - С. 28 - 32.

PROBLEMS OF SCIENTIFIC RESEARCHES MANAGEMENT IN HEALTH SERVICES IN THE PRESENT CONDITIONS

Botagoz Turdalieva¹, Aigulsum Izenkova²

Kazakhstan, Almaty, Kazak National Medical University named after Asfendiyarov

Abstract In the present period of global crisis, the reforms being carried out in Kazakhstan in the field of management system of scientific research in health care called to improve the quality of home researches and development, their introduction in the world intellectual market. One of the main statement of medical science is approval that main function of medical science is creation of reasonable scientific basis for practical health care's activity [1, 2, 3]. As world practice shows, efficiency and purposeful use of scientific success in medicine is the most important condition for development of efficiency health care system. Able to improve health status of population, to increase quality and life time of people and to influence to economic development of country, that in its turn will be important factor of country's competitiveness in the world market. As experts from CIS countries note, the reform of medical scientific activity in the field of health research and health care is a necessary element of whole health system reform [4]. **Keywords:** scientific research, health care, medical science, impact factor

13. Introduction

Analysis of the development of national science system abroad shows that by the beginning of the XXI century leadership in the field of scientific activity was concentrated in Europe, USA and Japan. Today, only Western Europe, excluding the countries of Central and Eastern Europe and Russia produces about 34% of the whole world printed research outputs. Europe generates more than 50% of global research output in physics, chemistry, more than 40% in the field of biomedical research, clinical medicine, mathematics, science on Earth and space [5]. The last three centuries Western science developed by F. Bacon's aphorism: "Knowledge is power", which

means that all science served as the basis for the development of society [6]. Accordingly, medical science has evolved and laid a solid foundation of modern clinical medicine for this period. The problem of Kazakhstani medical science in the period of USSR disintegration was not only in limited financial sources, but also in impossibility to reduce researches on all areas of science because of deficiency of corresponding with material technical facilities and qualified employees. Earlier in the USSR medical science has traditionally been developed within the limits of specialized national research institutes in close association with leading scientific institutions of the Soviet Union executed the head functions in the all areas of medical science. At the same essential value was attached to basic research with their subsequent development in their own Research & Development (R&D) and integration of their cultivation. The achievements of world science and advanced foreign experience have been used very rarely and in small quantities, and there weren't direct foreign borrowing achievements of science and practice. The disintegration of the USSR and the state sovereignty of Kazakhstan cause necessary for the formation of the scientific potential on emerging gaps and new priorities; reorientation of scientific researches, carried out previously on the instructions of the central apparatus of the Soviet Union, creation of its own self-contained system of scientific medical information, examination of inventions, training and certification of scientific personnel, publishing, state registration of scientific research work, etc. In this regard, the strategic objective of the present stage of scientific development in Kazakhstan was the formation of a dynamic scientific and technological capacity and efficiency of its

use, as defined by the Law of RK "On Science". In accordance with the State Program of Science of the Republic of Kazakhstan for 2007-2012, in the last decade, there were conducted scientific researches to assess the functioning of medical research activities in the health care system in the new social economic conditions, were carried out the analysis and forecast of health care personnel policy of the Republic of Kazakhstan for near, average and long-term perspectives and published monographs and guidelines.

Kazakhstani medical science in the present social economic conditions suffered considerable transformation, substantial contribution were brought in and still being brought by home science, but for entrance to the international level the priority areas for further development of medical science in Kazakhstan should be: the introduction of new technologies, reception of new scientific knowledge, identifying national and regional priorities for medical science, mobilization of all resources for the development of medical science system, the effectiveness of using scientific resources.

2. Methodology

Scientific research work, which was the basis for writing, executed on the basis of the Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov.

The research involved the study of organization and management of medical science in Kazakhstan, the study of the research process, its components, the development process. Also, there was carried out literature review of the research process in the developed world. Theoretical and methodological bases of research were the works of famous scientists, such as Akanov A.A., Khamzina N.K., Slazhneva T.I., Tulebaev K.A., Turdaliyeva B.S. and others, where for the first time in the Republic in a comparative aspect were presented the main indicators of personnel of research and medical institutions, showed turnover, the state body of scientists, was made a forecast for the near and long-term perspectives. These material is described more detailed in the dissertation of G.Zh.Tokmurzieva [7]. G.K. Bidatova suggested modern methodological approaches to assessing management of medical science, a methodology for forecasting the human resources of medical science, has established a system of intellectual property assessment, training and certification of highly qualified scientific personnel on priority areas that will contribute to the development of human resources of RK[8]. Since independence, Kazakhstan's scientists have contributed to various aspects of statehood, scientific and technical activities of the Republic [V.Devyatko, M.Kulzhanov, A Akanov Medical Science of Kazakhstan: personnel (state: problems, perspectives). Almaty, 1996]. Researches of foreign scientists: H.Hausen Science and public//interdisciplinary science rev. L, 1994, vol.19, n1, D Wilson New look at performance appraisal for scientists and engineers //Research – technology management. Lancaster, were the basis for writing article.

3. Comparative analysis of national systems of scientific medical research of health and health care of some countries and Kazakhstan .

In the present conditions the strategic objectives of science management and evaluation of effectiveness of scientific activity can be solved by scientometric methods by quantitative analysis of bibliographic information available in databases such as *Science Citation Index (SCI)*. The scientometric analysis can be applied to assess the level of scientific development, the productivity of individual researchers and the index of value of home periodical publications. Unfortunately, Kazakhstan scientific publications still don't have magazines with impact factor, which is negative factor for science development in general.

Today, Kazakhstan is relevant to the issues of expanding access to international scientific medical research through the known database. Creation of the system of scientific medical research, according to the international principles and standards will allow Kazakhstan to achieve the goals of improving the competitiveness of the country in general and medical science in particular.

The experience of leading countries, in particular the USA, in the field of medical science shows that a dollar invested to R & D, we have \$ 9 of GDP growth [15]. Today, the United States strives to achieve leadership in all areas of scientific knowledge, medical science is a priority. It should be noted that problems of scientific activity development are the problems for all countries in the world, and they are implemented in each state differently. Predominantly scientific research in the field of management, organization and planning of research activities are aimed at improving the scientific policy and management research activity. Funding R&D in the field of health care from the federal

budget in the USA has risen from 29.9billion dollars in 2008 to 32.7 billion in 2010 and 38.5 billion dollars in 2011, doubling relatively to 2000 [16]. A judicious combination of the interests of the state and private companies are the strategy and tactics of development of science in the USA. [17]. The main directions of the USA programs at the national level:

- ✓ In the field of health care is biomedical researches
- ✓ For the disabled is researches in the field of development of artificial limbs
- ✓ In education is в образовании – влияющих в дальнейшем на качество научного потенциала.

So, peculiarities of science development in the USA are in the followings:

- Organizations of scientific activities;
- Structure and quality of scientific personnel;
- specific character of research;

The organization of science in Japan, is held under the device "take the theoretical ideas and turn them into real objects", and the quality of these items should be high. Organization of science is based on the following: [18]:

1. The State creates general policy, defines national priorities. There are allocated small finances
2. 65 - 67% of scientific developments are concentrated in private companies. The main purpose is political courage. 80% of inventions appear here.
3. Universities bear the rest of charges
4. Companies know that only implementing powerful research programs and developments, can expect breakthrough in the struggle for markets in the XXI century ;
5. It is extremely important information, and there are organized all kinds of meetings, the annual technology trade fairs, conferences for the exchange of technology, symposiums, international conferences, congresses, etc.
6. Human resources, their training, bringing them to the international level;

In this way, Japan's model of science is characterized by state development strategy, 70 - 80% of the implementation of the private sector, with using all modern methods of adaptive management, guide to the world market, surviving in a competitive environment.

As we know, the most important indicators, characterizing the scientific resources of individual countries, are:

- The share of expenditure on research and development (R & D) in GDP
- R & D expenditure per capita
- The share of budget allocations for R & D expenditures in the general government budget
- The number of professionals employed in science and scientific services (including the relative population of the country)
- The number of international awards (notably Nobel) for outstanding academic achievement
- Citation Index (the frequency of citations in scientific papers on the work of researchers from the country)
- The share of high technology products in GDP and industrial production (as defined by the U.S. National Science Foundation, to include knowledge-intensive industries in which the share of R & D expenditure of more than 3.5%, while the proportion of academic staff - not less than 2.5% in the number of high-tech industries include aerospace, instrument, electrical, electronic, etc. In Kazakhstan, the share of R & D expenditure to GDP is less than 1%
- the share of the country in the world market of high technologies (among the most high-tech are the five most important areas of technological development: information technology, technology, based on the use of new materials, space technology, and nuclear technology).

From the analysis of Table 1 can be seen that the first place on the number of scientific articles belongs to the USA - 31% of the total world volume of publications. In terms of citations after the United States are the United Kingdom, Germany, China and Japan.

On the number of cited articles USA outstrips United Kingdom and Germany more than 4 times.

However, according to the "S & TI, 2010," the proportion of publications of the USA since 1990 invariably decreases due to the growth of publications of Latin American countries, the OECD and the Asian region.

Table 1. Indicators to assess the level of scientific activities in selected countries in 2010

№	Rank	Country	Documents	Citable documents	Citations	Self-Citations	Citations per Document	H index
1	1	United States	140 113	117 507	283 884	155 877	2,03	
2	2	United Kingdom	40 594	32 174	85 365	24 676	2,1	525
3	3	Germany	34 351	28 352	65 515	19 308	1,91	435

4	4	China	28 272	26 842	25 185	8 534	0,89	160
5	5	Japan	25 618	23 278	31 134	8 961	1,22	319
6	6	France	22 529	18 362	41 344	9 600	1,84	427
7	7	Italy	21 626	17 984	43 693	10 173	2,02	399
8	8	Canada	20 229	17 576	46 216	9 258	2,28	448
9	9	Spain	17 344	13 863	26 549	6 339	1,53	295
10	41	Russian Federation	1 576	1 499	2 164	232	1,37	113
11	141	Kazakhstan	26	25	19	3	0,73	21

Scimago Lab, Copyright 2007-2012. Data Source: Scopus®
Table 2 shows the number of Nobel Prize for 2007.

Table 2. Ranking of countries on the number of Nobel Prize

No	Country	Physycs	Chemistry	Physiology and Medicine	Literature	Economics
1	USA	89	57	97	11	41
2	United kingdom	21	26	29	11	7
3	Germany	23	28	16	8	1
4	France	13	8	9	13	2
5	Spain	4	4	7	7	2
6	USSR and Russia	9	1	1	5	1
7	Italy	3	1	4	6	1
8	Netherlands	8	3	2	0	2
9	Switzerland	2	5	6	2	0
10	Canada	2	5	2	0	3

<http://rating.rbc.ru/articles/2007/10/16/>

Over the past 20 years the largest number of Nobel Prize belongs to the U.S. in total - 295 awards, where in medical science and physiology - 97, which is 33%. The U.S. accounts for 44% of received in the world the Nobel Prizes in Science (295 of 669). United Kingdom takes second place on the number of Nobel Prizes winners. The number of winners in medical science is 29, which is 31% of received in the world the Nobel Prizes in science. However, the total number of Nobel Prizes of country lags behind the U.S. in 3 times. In ten top countries with the largest number of Nobel Prizes also include Germany, France, Sweden, Russia, Italy, Netherlands, Switzerland and Canada. The share of R & D expenditure in Italy is about 1%. There are 4 awards in medical science from the total 15. There is less than 1% in Kazakhstan.

Analysis of the data gives an indication that only improving the quality of indicators, characterizing scientific resources of the country, it can enter to the world space and become the capable country.

The modern model of management and organization of scientific and medical activities of the Republic of Kazakhstan is formed at several levels: nationwide; interdepartmental; industry; institutions of science and medical education.

4. Conclusion

Improving the scientific medical activity remains a key challenge for many countries in the world. Each country has its own system of medical research activities, which should play a significant role in its economy, politics, competitiveness, and scientific - technical progress. The organization of medical science is very important experience of leading countries that have achieved significant success in the scientific - technical progress. The most significant impact on European science has a three-level model of scientific programs (supranational, national and regional) and the union of science and education. In Japan's model of science combined national strategy and implementation of research projects by the private sector on a competitive basis, and modern management. In American system, the main components of the development of scientific activity are private sector capital and high competition. All of the above states

are those with high levels of scientific activity of the highest productivity. The prospects of science are based on a scientific prediction, which should be considered in the development of Kazakhstan's model of scientific medical practice.

Acknowledgments

We thank A. Akanov and Kazakh National Medical University for their assistance in writing the article.

Human Participant Protection

No protocol approval was required because no human participants were involved

Bibliography

1. A. G. Dobrov Scientology and forecasting / / short report in republican scientific conference part I. "The organizational - managerial problems of science and engineering process", Kiev, 1981 204 pages
2. C. S. Karamurзов. Problems of research. M, 1981, pp. 1-2.
3. M. Sharapova, V. Sharapov. Expected and actual results of the introduction of diagnostic technology in health care practice, M, 1998, pp. 79-80.
4. A. Kutlumuratov, D. Askarova, R. Yansupov. The model of research for health system development / / Actual problems of healthy lifestyle, prevention and health promotion. Almaty, 2002, P.42-44
5. E. Vodopyanova Science in Western Europe: realities and prospects / / Free Thought - XXI, № 3, 74.G.
6. Tokmurzieva Analysis and Forecast of Health Personnel Policy of the Republic of Kazakhstan in the near, average and long term. Diss. ... Candidate of medical science Almaty, 1997, 141 p.
7. G. Bidatova modern methodological approaches to the assessment of management and organization of medical science. Diss. Candidate of medical science..., 2004, 45 – 47p.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

М.С. Чистякова

*Центр по профилактике и борьбе со СПИД города Алматы
врач-эпидемиолог эпидемиологического отдела*

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ в городе Алматы стабилизировалась, кроме полового пути передачи, и находится в концентрированной стадии по классификации ВОЗ. Имеются достаточные предпосылки для дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции в группе потребителей инъекционных наркотиков.

Необходимо продолжить проведение дозорного эпидемиологического надзора среди уязвимых групп населения, который имеет огромное значение, как для изучения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и СПИД, так и для разработки и внедрения профилактических мер с целью снижения темпов развития эпидемии.

Ключевые слова:

ВИЧ-инфекция, дозорный эпидемиологический надзор, уязвимые группы, потребители инъекционных наркотиков.

Алматы қаласындағы инемен есірткі қабылдайтындар арасындағы эпидемиологиялық жағдайдың талдауы

М.С. Чистякова

Алматы қаласы ЖИТС алдын алу және оған қарсы күрес орталығы

Эпидемиология бөлімінің дәрігер эпидемиологы

Алматы қаласы бойынша, жыныстық жолмен жұғатын жұқпалардан басқа, эпидемиологиялық жағдай жақсарды, және ДДС классификациясы бойынша шоғырландану сатысында орын алуда. АИТВ жұқпасының әрі қарай таралуына инемен есірткі қабылдайтындар ықпал ететін сөзсіз.

Сондықтан, осы топтардың арасында індеттік бақылау жүргізуді қадағалаудың жалғастыру керек, өйткені бұл АИТВ-жұқпасының және ЖИТС-бойынша эпидемиологиялық жағдайды және эпидемияны алдын алу үшін орындалатын шараларды нығайтуға жасалады.

Негізгі сөздер:

АИТВ-инфекциясы, індеттік қадағалауды бақылау, осал топтар, инемен есірткі қабылдайтындар.

The Epidemiological analysis of the situation of HIV infection among injecting drug users in Almaty city

M.Chistajkova

*Centre for Disease Prevention and Control of AIDS in Almaty
physician-epidemiologist, Department of Epidemiological*

The epidemiological situation of HIV in the city of Almaty has stabilized, except for sexual transmission, and is concentrated on the stage of the WHO classification. Sufficient conditions for the further spread of HIV infection in a group of injecting drug users.

It is necessary to continue the conduction patrol epidemiological inspection among these vulnerable groups, which have the great importance to study the epidemiological situations of HIV/AIDS as well as to introduction of prophylactic measures for the purpose of decrease in epidemic's tempo.

Key words:

HIV, sentinel surveillance, vulnerable groups, injecting drug users.

Эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции, как в целом по Казахстану, так и в городе Алматы, остается напряженной. Кумулятивно с 1987г. в г. Алматы на 01.01.2012г. зарегистрировано 3568 случаев ВИЧ-инфекции. Распространенность инфекции на 100 тысяч населения составляет 216,6.

Остается актуальной в распространении ВИЧ-инфекции роль групп населения, практикующих формы поведения с высоким риском заражения ВИЧ. Нарастающим итогом на 01.12.2011г. удельный вес парентерального пути (внутривенное введение наркотиков) составил 70,3%. Доля женщин среди обследованных ПИН составила 29,3%. В связи с этим, все большее значение приобретает проведение дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Кумулятивно зарегистрировано 2509 ВИЧ-инфицированных среди ПИН, за 2011 год выявлено 57 новых случаев ВИЧ-инфекции (таблица 1).

Таблица 1- Количество обследованных ПИН и выявленных ВИЧ-инфицированных в 2009-2011 годах.

Год	Численность ПИН по БОС	Численность обследованных по ПИН, коду 102	Доля обследованных ПИН, %	Количество выявленных ВИЧ-инфицированных ПИН
2009г.	17000	2163	2,4%	52
2010г.	17000	1858	5,85%	53
2011г.	17000	1619	3,52%	57

Целью исследования явилось изучение распространенности ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С (ВГС), сифилиса, факторов риска их передачи среди ПИН для разработки и внедрения эффективных и профилактических программ и их оценки.

Материалы и методы.

Использованные материалы Центра по профилактике и борьбе со СПИД г.Алматы:

- Отчет по эпидемиологическому надзору за зарегистрированными случаями ВИЧ-инфекции;
- Отчет о проведении быстрой оценки ситуации (БОС) среди ПИН;
- Отчет по ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди ПИН за 2009-2011гг.

Методология проведения ДЭН среди ПИН.

Критерии отбора – лица, употреблявшие наркотики инъекционным путем в течение любого времени за последние 12 месяцев, которые состояли и не состояли на учете в

наркологических диспансерах и не участвовали в данном исследовании в течение последних двух недель. Участие в исследовании было анонимным, добровольным. Приглашение и участие в исследовании поощрялись вознаграждением (подарочный набор). Выборочная совокупность ПИН составила 280 человек. Анкетирование проводилось на основании типовой анкеты для потребителей инъекционных наркотиков. Проведено связанное анонимное тестирование. Использована «Сухая капля» капиллярной крови, тестируемая на ВИЧ, ВГС, сифилис методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и обсуждение.

Оценка численности потребителей инъекционных наркотиков по городу Алматы проведена в соответствии с методическими рекомендациями «Быстрая оценка численности уязвимых групп населения» от 2009г., и составляет 17000 человек. ДЭН ежегодно охватывается 280 ПИН. Основные анкетные данные ПИН отражены в таблице 2.

Таблица 2- Средние показатели основных характеристик группы ПИН, собранные анкетированием в г. Алматы, за 2009-2011 годы.

	Наименование	2009г.	2010г.	2011г.
1.	Социально-демографическая характеристика			
	Медиана возраста ПИН	30 лет	31 год	34 года
2.	Образование ПИН			
	Высшее	7,6%	30,7%	26,8%
	Среднее	71,2%	69,3%	60%
	Начальное	21,2%	5,4%	26,8%
3.	Медиана дохода ПИН за 1 месяц			
	Нет дохода	61,9%	60,7%	59,6%
	До 30 000 тенге	7,6%	6,4%	9,3%
	Свыше 30 000 тенге	30,5%	32,9%	31,1%
4.	Распределение ПИН по полу			
	Мужчины	83,9%	74,3%	70,7%
	Женщины	16,1%	25,7%	29,3%
5.	Распределение ПИН по роду занятий			
	Работают и учатся	43,8%	40,7%	30,4%

	Не работают и не учатся	56,2%	59,3%	64,6%
6.	Распространенность ВИЧ среди ПИН			
	Обследовались ли Вы на ВИЧ в течение последних 12 месяцев?	1,4%	1,4%	4,6%

Согласно данным, собранным анкетированием, ПИН в г. Алматы – это мужчина (70,7%), средний возраст которого 35 лет, со средним образованием, имеющий стабильный доход от 27 тысяч тенге, со стажем употребления наркотиков более 11-ти

лет. Обследуется на ВИЧ в среднем половина (54,3%) опрошенных ПИН.

По результатам ИФА на ВИЧ, распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН увеличивается с 1,4% до 4,6% (рисунок 1).

Рисунок 1. Динамика распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН по городу Алматы за 2007-2011 годы (в процентах).

По результатам ИФА на ВГС, отмечается снижение процента распространенности вирусных гепатитов среди ПИН с 68,9% в 2010 году до 46,8% в 2011 году (рисунок 2).

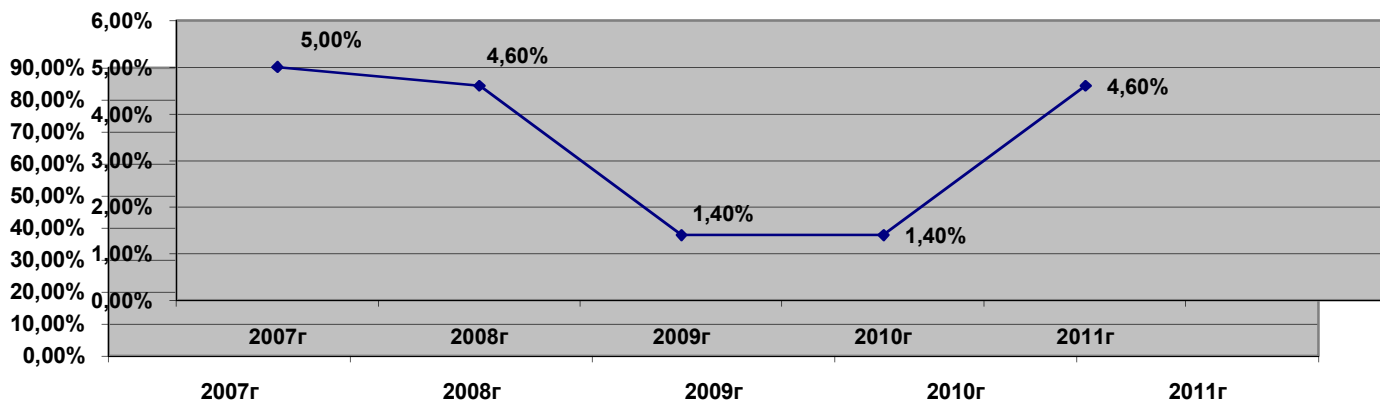


Рисунок 2. Динамика распространенности ВГС среди ПИН по городу Алматы за 2007-2011 годы (в процентах).

Неблагоприятная ситуация среди ПИН по ИППП и сифилису. По данным ИФА на сифилис, распространенность заболевания выросла в 2,8 раза по сравнению с предыдущим годом (рисунок 3).

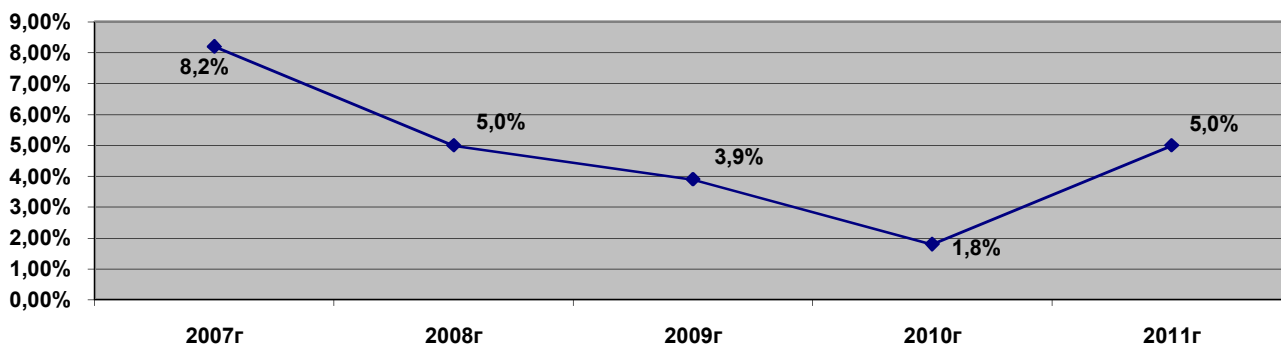


Рисунок 3. Динамика распространенности сифилиса среди ПИН по городу Алматы за 2007-2011 годы (в процентах).

По анкетным данным, каждый двенадцатый ПИН отметил у себя наличие симптомов инфекций, передающихся половым путем (ИППП), которые являются наиболее значимым фактором риска передачи ВИЧ при половых контактах (рисунки 4, 5).

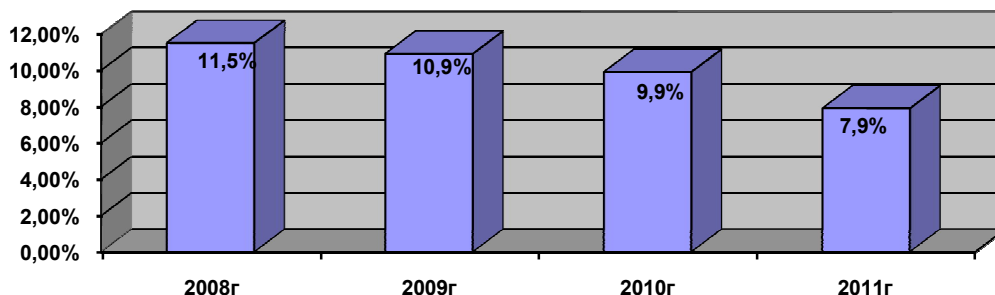


Рисунок 4. Динамические значения доли ПИН города Алматы, имеющих симптомы ИППП, за 2008-2011 годы.

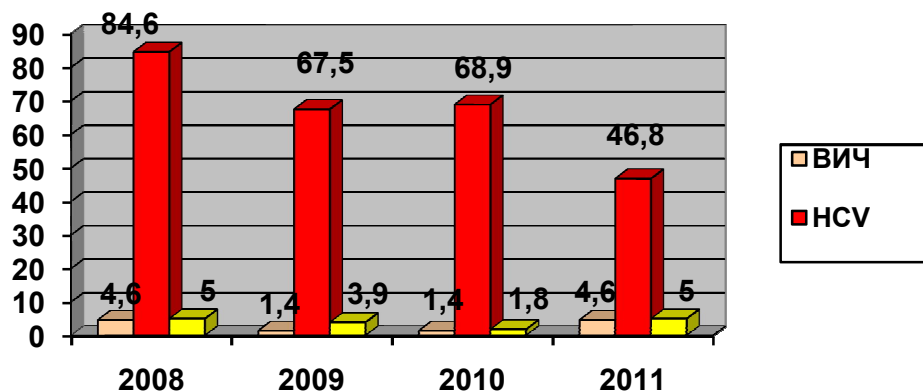


Рисунок 5. Распространенность ВИЧ, ВГС, сифилиса среди ПИН по результатам ДЭН 2011г. в сравнении с 2010г.- 2008г.

Увеличение симптомов ИППП и распространения сифилиса связано со снижением процента ПИН, практикующих «защищенный» секс. Основные причины не использования презервативов не относятся к объективным – не считали необходимым, не было желания партнера (рисунок 6).

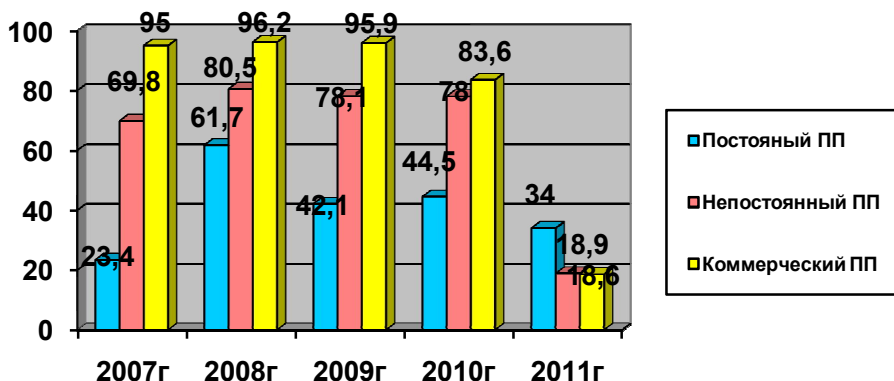


Рисунок 6. Динамика процента ПИН города Алматы, пользующихся презервативами с постоянным, непостоянным и коммерческим половым партнером, за 2007-2011 годы.

Профилактическая работа остается в Казахстане важнейшим направлением деятельности в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции, и потребители инъекционных наркотиков являются одной из ключевых целевых групп для программ профилактики ВИЧ. Цели проведения профилактических программ среди ПИН – информированность, формирование безопасного

инъекционного и полового поведения, диагностика и лечение ИППП, с помощью систематической работы по методу «аутрич» в пунктах доверия и дружественных кабинетах. За 2011 год охвачено профилактическими программами – 80,4% респондентов (получили информационно-образовательные

материалы (ИОМ), шприцы и знают, куда следует обратиться для тестирования на ВИЧ - инфекцию).

Выводы:

- Только совокупность данных регистрации случаев ВИЧ-инфекции и результатов ДЭН позволяет оценить эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции среди ПИН и в целом по региону.
- В течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, на ВИЧ обследовались 54,3% ПИН. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по городу Алматы увеличилась с 1,4% (2009г.) до 4,6% (2011г.).
- Доступность одноразовых шприцев оказывает существенное влияние на распространенность неиспользования чужих шприцев. Большая часть ПИН считают, что всегда доступны новые одноразовые шприцы (67,9%). Основные причины недоступности – отсутствие денег (25,4%) и дальность расположения аптеки либо киоска (22,1%).

- Каждая 5-я инъекция (20,7%) сопровождается забором наркотика из общей емкости и 11,8% ПИН используют общую воду для промывания шприца и иглы. В 2011г. отмечается снижение использования общего инструментария при последней инъекции наркотика в 1,3 раза по сравнению с 2010г.
- Отмеченная тенденция к снижению использования презервативов среди ПИН с постоянным половым партнером на 10,5%, с непостоянным и коммерческим – на 59,1 и 65% соответственно, приводит к распространенности ИППП и увеличению инфицированности сифилисом в 2,8 раза по сравнению с предыдущим годом, что вызывает обеспокоенность и, несомненно, требует дополнительной работы по проведению профилактических программ.
- Несмотря на сдерживание профилактическими программами, остается опасность выхода ВИЧ-инфекции с группы ПИН в общую популяцию.

Судебная медицина

Forensic Medicine

АКОНИТИН (АКОНИТИН АКОНITINE)

А.А. Карибаева, М.Б. Шевченко, Д.В.Филимонов, Искакова Ф.Ф., Кемелов К.А.
 КазНМУ им. С. Асфендиярова и Талдыкорганский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

Предложено использовать для изолирования аконитина из биологического материала подкисленную воду по методу А.А. Васильевой.

Ключевые слова: аконитин, борец, волкобой, ядовитые растения.

АКОНИТИН (АКОНITINE)

А.А. Карибаева, М.Б. Шевченко, Д.В.Филимонов, Искакова Ф.Ф., Кемелов К.А.

Түйін: Биологиялық материалдардан аконитинді жекелеу үшін, А.А. Васильеваның тәсілі бойынша қышқылданған су қолданылуы ұсынылды.

Түйінді сөздер: аконит, аконитин, ыстық көл тамыры.

АКОНITINE

А.А. Karibayeva, M. B. Shevchenko, D.V. Filimonov, Iskakova F.F., Kemelov K.A.

Abstract: Offered method extraction aconitine from biological material by acid water on Vasilev's method.

Keywords: aconite, aconityn, issykkul's root.

Аконит (борец, омег, иссык-кульский корешок, волкобой, трава-мучитель, царь-зелье, мать- королева ядов, прострел, голубой лютик) – многолетнее травянистое растение из семейства лютиковых. Ядовиты все части растения, в особенности корни. В Европейской части России, Сибири, на Дальнем Востоке, в Казахстане и Киргизии произрастает более 50 видов аконита. В естественных условиях аконит растет в лесах, по оврагам, на скалах. Как декоративное растение встречается в садах и парках. Ядовитые свойства аконита были известны людям с давних времен. По древнегреческой легенде аконит вырос из ядовитой слюны пса Цербера, охранявшего вход в подземное царство бога мертвых Аида. Упоминание об аконите встречается в скандинавских сказаниях, у древних галлов и германцев, в преданиях Индии. В те времена аконит часто использовался как источник получения стрельных ядов. Действующим началом всех аконитов является высокотоксичный алкалоид аконитин. Он содержится во всех частях растения, но наибольшей концентрации достигает в корневых клубнях и семенах. Корни, а иногда листья и цветки аконита, используются в народной медицине в виде спиртовых настоек, настоев и отваров как болеутоляющее, противовоспалительное, противораковое, противотуберкулезное средство. Также аконит входит в состав некоторых гомеопатических средств, таких как «Афлубин». Минимальная смертельная доза аконита по данным Кларка (Великобритания) составляет 5 мл спиртовой настойки, 1 грамм корня аконита или 3-4 мг чистого основания аконитина. Алкалоид аконитин представляет собой кристаллическое вещество без запаха, с остро-жгучим вкусом, почти нерастворим в воде, трудно – в спирте, хорошо – в хлороформе. Вызывает изменение возбудимости и проводимости сердца, возбуждение центров блуждающих нервов с последующим угнетением дыхательного центра. Яд легко всасывается при любых путях введения. Попадая на неповрежденную кожу, вызывает зуд с последующей анестезией. Процесс отравления развивается очень быстро – даже при не очень больших дозах после попадания растения в желудок достаточно нескольких часов, чтобы наступила смерть. Клиническая картина интоксикации: тошнота, рвота, онемение языка, губ, щек, кончиков пальцев рук и ног, чувство ползания мурашек, ощущение жара и холода в конечностях, переходящее нарушение зрения (видение предметов в зеленом свете), сухость во рту, жажда, головная боль, беспокойство, судорожные подергивания мышц лица, конечностей, потеря сознания. Дыхание учащенное, поверхностное. Снижение артериального давления, в начальной стадии брадиаритмия, экстрасистолия, затем – пароксизмальная тахикардия, переходящая в фибрилляцию желудочков. В случае тяжелого отравления смерть наступает через несколько часов вследствие остановки дыхания. На вскрытии наблюдаются признаки быстрой смерти, а также гастроэнтерита, дистрофические изменения миокарда, печени, почек. Не смотря на то что, люди прекрасно осведомлены о ядовитых свойствах аконита, тем не менее, они используют настойку аконита для лечения различных недугов. В нашей практике встречались случаи отравления спиртовой настойкой аконита и корнем аконита. В первом случае настойка корня аконита была употреблена мужчиной в качестве алкоголь содержащего напитка (вместо водки). Во втором случае две пожилые женщины по невнимательности, не разглядев надписи на

бутылке с самодельной настойкой, выпили ее. В третьем случае человек, мало осведомленный о ядовитости корня аконита, посоветовал применить кусочек сухого корня аконита при зубной боли. Во всех случаях наблюдался смертельный исход. При химико-токсикологическом исследовании биологического материала на наличии аконитина применяются методические указания «Об определении аконитина при судебно-химическом исследовании биологического материала» (Москва – 1976 год), разработанные экспертом химиком Карташовым В.А. Этот метод предполагает изолирование аконитина из биологического материала подкисленным спиртом с последующей очисткой полученных спиртовых извлечений методом осаждения и реэкстракции. Метод достаточно трудоемкий, требует расхода этилового спирта и при очистке извлечений велика вероятность потерять искомое вещество. Поэтому мы решили попробовать использовать для изолирования аконитина метод Васильевой А.А. При исследовании биологического материала изолирование аконитина проводили параллельно двумя методами: подкисленным спиртом по методу Карташова В.А. и подкисленной водой по методу Васильевой А.А. Полученные извлечения элюировали в следующих системах растворителей: а) этанол-хлороформ (1:5) Rf 0,72; б) метанол-хлороформ (1:9) Rf 0,61; в) метанол-25 % водный раствор аммиака (100: 1,5) Rf 0,68

Аконитин в биологических объектах обнаружен обоими методами.

Выводы: Нами проверена возможность использования метода Васильевой А.А. для изолирования аконитина из биологического материала. Данный вопрос требует дальнейшего изучения с учетом количественных характеристик и чувствительности метода в отношении аконитина.

Литература:

1. Карташов В.А. «Об определении аконитина при судебно-химическом исследовании биологического материала»- Москва.- 1976 г.
2. Крамаренко В.Ф. «Химико-токсикологический анализ» «Вища школа».- 1982 г.
3. Бережной Р.В. «Руководство по судебно-медицинской экспертизе отравлений» «Медицина».- 1980 г.
4. «Clarke's isolation and identification of drugs» London «The pharmaceutical press»- 1986г.
5. Елисеев Ю. «Осторожно, Аконит» Москва «Эксмо»- 2005 г.

ЗНАЧЕНИЕ И ТАКТИКА ПЛАНКТОНОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЛУЧАЕ МАССОВОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ПОГИБШИХ ПРИ НАВОДНЕНИИ

Д.К. Ким

Талдықорганский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

В литературе не встречается материал по изучению планктона и псевдопланктона в случаях массового поступления погибших при наводнениях. В данной статье сделана попытка проанализировать результаты планктоноскопических исследований, проведенных в нашем филиале в марте 2010 года при наводнении в с.Кызылагаш Алматинской области, а так же разработать тактику исследования на планктон при массовом поступлении погибших.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, утопление, планктон, диатомовый планктон, псевдопланктон

СУ АПАТЫНАН КЕЙІН ТҮСКЕН МӘЙІТТЕРДЕ ПЛАНКТОНОСКОПИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ МАҢЫЗЫ

Д.К. Ким

Түйін: Бұл мақалада 2010 жылдың наурыз айында Алматы облысы Қызылагаш ауылында болған су апаты кезінде біздің филиалымызда жасалған планктоноскопиялық зерттеулердің нәтижелерінің анализі көрсетілген.

Түйінді сөздер: сот медициналық сараптама, планктон, жалған планктон, су апаты.

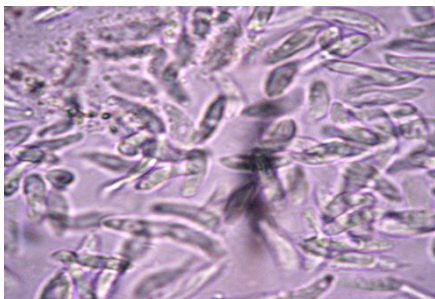
VALUE AND PLANKTONOSKOPICHESKY'S TACTICS OF RESEARCH IN CASE OF MASS ARRIVAL OF VICTIMS AT FLOOD

D.K. Kim

Abstract In this article attempt to analyse results of the planktonoskopichesky researches which have been carried out in our branch in March, 2010 at flood in the village Kyzylagash of Almaty area is made.

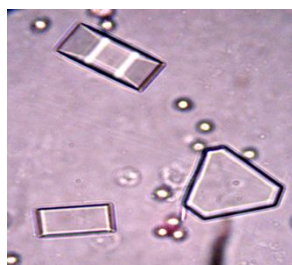
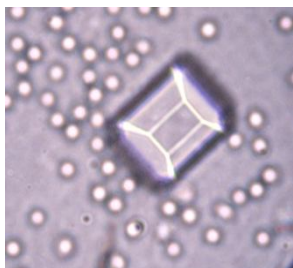
Keywords forensic medical examination, plankton, pseudo plankton, flooding.

Исследование на диатомовый планктон и псевдопланктон ПЛАНКТОН (от греч. "блуждающий") - это совокупность организмов, обитающих в толще воды и неспособных противостоять переносу течением. **Фитопланктон** составляют множественные бактерии, диатомовые и некоторые другие водоросли. **Зоопланктон** - простейшие, некоторые кишечнорастворимые, моллюски, ракообразные, оболочники, яйца и личинки рыб, личинки многих беспозвоночных животных.



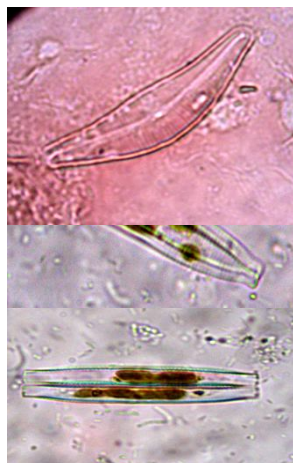
Псевдопланктон представлен мельчайшими песчинками, обрывками различных водорослей, пылью растений, хитиновым покровом животных, яйцами гельминтов, частицами угля, текстильными волокнами и т.д., которые могут

попадать вместе с водой из легких в кровь. Размеры их колеблются от 70 до 100 мкм.



Раздел гидробиологии, изучающий планктон, его видовой состав, пространственное распределение, сезонные изменения, пищевые взаимоотношения и пр., получил настолько большое развитие, что выделился в особую ветвь - планктонологию.

ДИАТОМОВЫЕ ВОДОРОСЛИ (диатомеи, кремнистые водоросли), отдел (или тип) водорослей.



Одноклеточные и колониальные организмы. Размножение делением, а через несколько поколений - половое. Изучено около 20 тыс. видов в пресных и морских водах, на сырой почве и т.п. С юрского периода известны ископаемые диатомовые водоросли, иногда образующие мощные отложения - диатомиты. Для каждого водоема характерны определенные виды планктона, которые имеют специфические отличия. Для диагностики утопления наибольшее значение имеет фитопланктон, особенно диатомеи. Диатомовые водоросли имеют панцирь, состоящий из неорганических соединений - кремния. Такой панцирь выдерживает действия высокие температур, крепких кислот и щелочей. Диатомовые водоросли имеют различную форму, размеры их колеблются от 4 до 2000 мкм.

Относительно диагностического значения исследования на планктон высказываются различные суждения. Известно, что планктон обнаруживается только у 55% погибших в пресной воде при аспирационном и смешанном типах утопления и не выявляются при асфиктическом и рефлекторном типах. Не всегда учитывается сезонность развития и насыщенность водоема планктоном. Кроме того, любой тип утопления заканчивается агональным периодом, при котором при сохраненном дыхании отсутствуют и ларингоспазм и глоточный рефлекс, а следовательно, какое-то количество воды пострадавший, все же аспирирует. Однако, этого объема недостаточно для проникновения её в кровяное русло, с развитием гемоделиции и той специфичной патоморфологической картины, которую мы затем видим на секционном столе.

Отдельные авторы считают наличие диатомей в пазухе основной кости достоверным признаком асфиктического типа утопления (докторские диссертации Дидковской, Исаева).

Признаком утопления может считаться только обнаружение значительного количества диатомовых водорослей (фото) в крови и внутренних органах, кроме легких. Однако отсутствие диатомовых в крови и внутренних органах трупа, извлеченного из воды, не дает основания исключить смерть от утопления. Нахождение же диатомовых водорослей только в ткани легкого можно трактовать лишь как результат пребывания трупа в воде. Не всегда учитывается сезонность развития и насыщенность водоема планктоном. Планктон одного и того же водоема не является неизменным. В течение года одни формы появляются, другие отмирают в определенные сроки, что связано с циклом развития вида, обусловленного температурным и физико-химическим режимом водоема. Диатомовые водоросли в умеренных широтах дают два максимума развития – весенний и осенний.

Диатомовые водоросли могут не проникнуть во внутренние органы в тех случаях утопления, когда деятельность сердца прекращается в самом начале утопления или когда смерть наступает в воде (например, рефлекторная остановка сердца), а в случаях облитерации плевральных полостей утонувшего, а также при отсутствии диатомовых водорослей в водоеме или при утоплении в период диатомового минимума. Судебно-медицинские изыскания по данному вопросу показали, что при истинном типе утопления диатомеи размером до 200 микрон вместе с водой через разорванные капилляры альвеол проникают в русло большого круга кровообращения и с током крови разносятся по всему организму, задерживаясь в паренхиматозных органах и костном мозге длинных трубчатых костей.

Решающее значение для диагностики утопления имеет обнаружение значительного количества (десятков и сотен) панцирей диатомовых водорослей во внутренних органах (печень, почка, мышца сердца, головной мозг, мозг длинных трубчатых костей) и в крови.

При утоплении в зимний период или в воде без фито-биопланктона (колодцах, талых водах и пр.) особую актуальность приобретает нахождение при планктоноскопии псевдопланктона. Так в жидкость из пазухи основной кости микрокристаллы песка попадают только при форсированном выдыхании воды и спонтанным рефлекторным рвотным рефлексом при утоплении, посмертно туда проникнуть практически не могут, гнилостно не изменяются.

Однако окончательно факт утопления доказывается только вскрывающим судебно-медицинским экспертом на основании суммы данных. Только сопоставление результатов исследования на диатомовый планктон с другими данными, полученными при вскрытии трупа, гистологическом исследовании внутренних органов и т.д., позволяет в каждом конкретном случае квалифицированно и наиболее полно обосновать диагноз утопления.

В марте 2010 года в Алматинской области произошел весенний паводок с последующим прорывом плотины в с.Кызылагаш. В результате наводнения началось массовое поступление погибших в морг Талдыкорганского филиала ЦСМ. Всего экспертами танатологами были исследованы 48 трупов, 40 из которых - в течение первых двух суток с момента трагедии. Возрастной состав от 2-х до 80 лет, из них 23 трупа лиц мужского пола и 25 - женского.

Исследования на наличие планктона проводились в судебно-гистологическом отделении. Так как во всех случаях причина смерти не вызвала сомнения, то практический интерес для исследования представляло определение механизма (типа) утопления. Среди особенностей данной трагедии следует отметить: состав среды утопления представлял собой довольно густую смесь воды, камней, песка и глины (грязь); низкая температура воздуха и воды в ночное время суток; ранняя весна, как период сезонного количественного снижения содержания планктона в водоемах (диатомовый минимум).

От первых 15 поступивших трупов для исследования на наличие планктона были взяты почка и жидкость из пазухи основной кости (при ее наличии). В дальнейшем в связи с большим объемом поступающего на экспертизу материала, а так же для ускорения сроков исследования было решено отказаться от забора на планктоноскопию почек и исследовать, помимо жидкости из пазухи основной кости, перикардальную жидкость по методике, предложенной Алматинским филиалом ЦСМ, путем приготовления нативных препаратов после центрифугирования направляемых жидкостей.

Всего в различных сочетаниях было исследовано 15 почек, 23 препарата жидкости из пазухи основной кости, 34 препарата перикардальной жидкости. В 33 случаях из 48 получен отрицательный результат исследования, т.е. в препаратах элементы планктона и псевдопланктона обнаружены не были. Единичные диатомеи порядка перистых (1-2 ед. в препарате) обнаружены лишь в 1 случае в почке, в 2 случаях в жидкости из пазухи основной кости и в 2 случаях в перикардальной жидкости.

В остальных 10 случаях в перикардальной жидкости, и в жидкости из пазухи основной кости обнаружены микрокристаллы кварца.

Таким образом, в результате проведенных исследований можно сделать следующие выводы:

1. В связи с большим объемом поступающего на экспертизу материала в случаях массовой гибели людей при наводнениях, а так же для ускорения сроков исследования целесообразно отказаться от забора на планктоноскопию почек и исследовать, помимо жидкости из пазухи основной кости, перикардальную жидкость.
2. За неимением других достаточных диагностических критериев, можно считать доказательным критерием утопления - нахождение микрокристаллов песка в перикардальной жидкости и жидкости из пазухи основной кости.
3. Данные находки особенно актуальны в холодное время года (в период диатомового минимума), а также при утоплении в жидкостях, заведомо не содержащих, либо содержащих незначительное количество планктона.

Литература:

1. Правила организации и производства судебно-медицинской экспертизы. Алматы, 2005.
2. Тумасов С.А. Смерть от охлаждения на Камчатке. Автореф. дис. канд. мед. Л., 1974.
3. Алисевиц В.И. Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы трупа. М., 1977.
4. Асмолова Н.Д., Ривенсон М.С. Суд.-мед. экспертиза, 1982, №4.
5. Капустин А.В. Суд.-мед. эксперт. 1992, №3. с.5-10, 7-11.
6. Ю.Г.Целлариус, Л.А.Семенова Гистопатология очаговых метаболических повреждений миокарда.-Новосибирск,1972.
7. Лабораторные и специальные методы исследования в судебной медицине. (практическое руководство). Под.ред. В.И.Пашковой, В.В.Томилина. М. «Медицина», 1973.
8. Матышев и Витер " Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии", Сп-Ижевск, 1993г.
9. Попов В.Л., Бабаханян Р.В., Заславский Г.И. Курс лекций по судебной медицине-СПб.1999
10. Б.С.Свадковский и В.А.Балакин " Диатомовый анализ при судебно-медицинской экспертизе утоплений", 1964г.
11. В.В.Цыкалов, В.К.Цыкалов Проблемность исследования диатомового планктона в случаях утопления.

Фармация и фармакология

Pharmacy and Pharmacology

УДК 615.322.582.323.

ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫ МЕН ФИТОПРЕПАРАТТАР САПАСЫНА ҚОЙЫЛАТЫН ФАРМАКОПЕЯЛЫҚ ТАЛАПТАРҒА ШОЛУ*С.Е. Келимханова, Л.Г. Сатаева, А.Е. Баелова, К.Д. Буранбаева**С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, фармацевтикалық факультет, дайындау модулі «Фармацевт- фармакогност»*

Мақалада дәрілік өсімдіктер мен фитопрепараттардың сапалығына қойылатын фармакопоялық талаптарға шолу жасалған. ҚР фармацевтикалық өндірісінің дамуына байланысты жергілікті дәрілік өсімдіктердің сапасын тексеру және оларды стандарттау, шетелден алынатын дәрілік өсімдіктердің сапасын тексеру, қазіргі уақытқа дейін актуальды мәселе болып табылады.

Түйінді сөздер: дәрілік өсімдік, дәрілік өсімдік шикізаты, фитопрепараттар, фармакопоялық талдау.

Review of pharmacopoeial quality requirements of medicinal plants and herbal medicines*S.E. Kelimkhanova, L.G. Sataeva, A.E. Bayelova, K.D. Buranbaeva*

In Kazakhstan, it has become a very topical problem to improve the development of own pharmaceutical industry, to produce medicinal substances from local raw materials, to control and standardize medicinal plant substances which come from near and distant foreign countries.

Keywords: medicinal plant, medicinal plant s rau material, herbal medicine, pharmacopoeial analysis.

Обзор фармакопейных требований к качеству лекарственного растительного сырья и фитопрепаратов*С.Е. Келимханова, Л.Г. Сатаева, А.Е. Баелова, К.Д. Буранбаева*

В статье сделан обзор фармакопейных требований к качеству лекарственного растительного сырья и фитопрепаратов. В РК в связи развитием фармацевтической промышленности контроль качества местных лекарственных растений и их стандартизация, контроль качества импортированных лекарственных растений в настоящее время остается актуальной проблемой.

Ключевые слова: лекарственное растение, лекарственное растительное сырье, фитопрепараты, фармакопейный анализ.

Тақырып өзектілігі. Қазіргі таңда, Қазақстанда, ДӘШ (дәрілік өсімдік шикізаты) мен фитопрепараттар сапасын бақылау МФ XI басылымы бойынша, ал импортталған шикізаттың кіріс бақылауы фирмалар спецификациясы мен өлемнің жетекші елдерінің монографиялары бойынша жүргізіледі. Халықаралық стандарттармен үйлестірілген, ДӘШ-ң сапасын бақылау бойынша біртекті заңнамалық база құру ҚР Фармация Комитетінің алдында тұрған мәселелерінің бірі.

Күшті жоғары сапалы синтетикалық дәрілік препараттардың өндірісін қамтамасыз ететін заманауи органикалық химияның айтарлықтай дамуына қарамай, дәрілік өсімдіктер мен фитопрепараттардың кеңінен таралуы бүкіл әлемде төмендемей, жоғары өсіп келеді. Фитопрепараттар, қазіргі таңда, дәрілік заттардың 85-тен көп фармакотерапевтикалық тобының құрамына енген және басым бөлігінің синтетикалық алмастырғышы жоқ. Бұл дәлел белгілі бір дәрежеде көптеген табиғи қосылыстарды (алкалоидтар, дәрумендер, флавоноидтар, карденолидтер, т.б.), органикалық химияның жоғары дәрежесіне қарамай, синтездеу өлі мүмкін емес немесе экономикалық тиімді емес. Синтездеу мүмкін болғанда да, фитопрепараттар активтілігін жоғарылататын немесе күшейтетін ілеспелі компоненттері бар негізгі биологиялық белсенді заттар (ББЗ) комплексінің болуымен әмбебап артықшылыққа ие. Бұдан басқа, фитопрепараттар құрамында тірі ағза өндірген заттар бар, сондықтан олар зат алмасу процесіне қатысуға бейім. Фитопрепараттардың даусыз қасиеттеріне жатады: әсер ету сенімділігі мен жұмсақтығы, жанама әсерлердің болу қаупінсіз ағзаның жеңіл сіңіруі, органикалық біріккен көптеген ББЗ болуы, созылмалы ауруларда ұзақ уақыт қолдануға мүмкіндік беретін төмен токсикалық Фитопрепараттардың өндірісінің ұлғаюына ауруды дәрумендік, иммуномодуляторейтін, табиғи текті тыныштандырғыш заттармен алдын алуға тырысатын халықтың (дамыған әлем мемлекеттеріне тиесілі) экологиялық көңіл-күйі де себеп болып отыр. Бұл тенденция дәрілік өсімдіктерді кең ассортиментте дәстүрлі қолданатын Шығыс (Қытай, Жапония, Үндістан, Вьетнам, т.б.) елдерінде де, дәрілік заттар синтезі аумағында кең масштабты жұмыстар жүргізуге мүмкіндіктері бар, жоғары дамыған

химико-фармацевтикалық өндірісі бар елдерде де (Жапония, АҚШ, Еуропа елдері) өсіп келеді.

Фитопрепараттардың сату көлемінің ұлғаюының басқа факторы өлемнің кедей мемлекеттері халқының үштен екісі экономикалық себептерге байланысты дамыған өнеркәсіптің заманауи синтетикалық дәрілік заттарын сатып алуға мүмкіндіктерінің болмауы болып табылады. Қазіргі таңда бұл мәселе Қазақстан халқына да тиесілі, себебі аз қамтылған отбасылар мен зейнеткерлер қымбат тұратын препараттарды сатып алу мүмкіндігіне ие емес. Фитохимия – фармакогнозияның көп қасырлы дәстүріне қарамастан, стандартизациялау мәселелері мен дәрілік өсімдік шикізатының сапасын бақылау тегіс актуальді болып қала бермек. Қазақстан үшін бұл, ең алдымен, өз фармацевтикалық өндірісінің құрылуымен, жергілікті шикізаттан дәрілік заттар өндірісімен, сондай-ақ, халық медицинасына жататын шет елдік препараттардың үлкен мөлшерін отандық нарыққа жіберу кезіндегі бақылау қажеттілігімен байланысты. Көптеген әлем елдерінде, соның ішінде АҚШ-та, Ұлыбританияда осы секілді препараттар рецептсіз босатуға жатады және олардың өндірісі мен айналымы мемлекеттік бақылауға жатпайды. Сондай-ақ, бұл дәрілік өсімдіктердегі БАЗ құрамына қоршаған ортаның: ауа температурасы, ылғал, топырақтың химиялық құрамы, механикалық қоспалар, өсімдіктер аурулары, паразиттер және т.б. сияқты факторлардың әсер етуімен де байланысты. Морфологиялық белгілері бойынша аналог, біртұқымдас өсімдіктердің әртүрлі түрі химиялық құрамы бойынша ерекшеліктерге ие. ББЗ құрамы вегетация, дәрілік өсімдік шикізатын дайындау, кептіру және сақтау кезінде өзгеруі мүмкін.

Дәрілік өсімдік шикізатын стандарттау сұрақтарына ДДСҰ үнемі көңіл бөлуде. Дәрілік өсімдік шикізатының өлем халқының денсаулығын сақтауда маңыздылығын атай отырып, ол резолюцияны қайта қарауды және барлық дәрілік заттардың терапевтикалық классификациясына сәйкес дәрілік өсімдіктердің терапевтикалық классификациясын периодты түрде икемдеуді мақұлдады. Осы резолюцияда ДДСҰ барлық мемлекеттерді – Ұйым мүшелерін халықаралық стандарттар мен тиісті өндірістік тәжірибе ережелерін қолдана отырып, заманауи технологияның көмегімен дәрілік өсімдік шикізатынан алынатын дәрілердің сапасын бақылауды қамтамасыз ететін өз стандарт нормативтерін құрастыру мен енгізуге шақырды.

Тақырып мақсаты. Қазіргі таңда, ТМД мен басқа мемлекеттер сияқты, Қазақстанда да, дәрілік өсімдік шикізатының және фитопрепараттардың сапасын бақылау, негізінен, МФ XI басылымы және ГОСТ-тар бойынша, ал импортталған шикізаттың кіріс бақылауы фирмалар спецификациясы мен өлемнің жетекші мемлекеттерінің монографиялары, соның ішінде Еуропалық, Британдық және т.б. бойынша жүргізіледі. Халықаралық стандарттармен үйлестірілген дәрілік өсімдік шикізатының сапасын бақылау бойынша ҚР -да біртекті заңнамалық база құру ҚР Фармация Комитетінің алдындағы актуальді мәселенің бірі болып табылады. Фитопрепараттарды стандартизациялау мәселелері 2003 жылы 23-26 ақпан аралығында Алматы қаласында өткен Халықаралық конференцияда талқыланды. Содан бері біраз уақыт өтті, алайда шешілмеген мәселелер сол қалпында актуальді. ҚР ВТО-ға ену концепциясы бойынша, халықаралық стандарттармен үйлестірілген дәрілік өсімдік шикізаттарының сапасын бақылау бойынша заңнамалық базаның базалық құжаты ретінде Еуропалық және Британдық Фармакопояның сәйкес баптарын қолдану қажет деп есептейміз. Көрсетілген құжаттар халықаралық мәнге ие және жалпы мойындалған, ештеңе ойлап табудың қажеті жоқ, тек үйрене отырып, орындау қажет.

Дәрілік өсімдік шикізатының сапасына қойылатын талаптарға қатысты онда үш жалпы баптар берілген:

- Өсімдік текті дәрілік заттар
- Дәрілік өсімдік шикізаты
- Дәрілік өсімдік жинақтары (шай)

Онда өсімдік шикізатына жалпы сипаттама, оның негізіндегі дәрілік заттар, оның өндірісіне қойылатын талаптар, идентификациялау, тазалығы мен сандық талдау бойынша сынақтар жүргізу берілген. Біз осы мәселеге қатысты өлемнің жетекші Фармакопоялары арасында салыстырмалы талдау

жасадық. Сонымен, Америка Фармакопеясы сәйкес баптар (Өсімдік препараттарын және шикізатын сипаттайтын) жоқ, бірақ «Жалпы баптар» (General Chapters) бөлімінде сынамаларды алу әдістері мен фармакогнозияның бірқатар әдістері: бөтен қоспалар, жалпы күл, т.б. берілген «Дерілік өсімдік шикізаты» (Medicinal plant materials) бабы берілген.

Француз Фармакопеясының Х басылымында өз редакциясы бойынша Еуропалық Фармакопеясынан ерекшеленетін «Дерілік өсімдік шикізаты» жалпы бабы берілген, бірақ мұнда да дерілік өсімдік шикізаты түсінігі мен оның сапасын бақылау бойынша жалпы талаптар қысқа ғана берілген. Осында белгілі бір өсімдік шикізатына монографияның құрылымы туралы ақпарат көрсетілген. Жапон Фармакопеясында «Жалпы ескертулер» бөлімінде «Дерілік өсімдік шикізаты үшін жалпы ережелер» бабы берілген, мұнда өсімдік және жануар текті шикізаттар тізімі, олардан алынған дерілік қалыптар (экстракттар, жасушалық қосымшалар, минералдар және т.б.) көрсетілген. Ары қарай шикізат түрі (бүтін, кесілген немесе ұсақталған), кептірудің қарапайым шарттары (60°C жоғары емес температура), тазалығына қойылатын талаптар (бөтен қоспалардың болмауы), зарарсыздандыру мен сақтау шарттары атап өтіледі.

Дерілік өсімдік шикізатын стандарттау сұрақтарына ДДСҰ Халықаралық Фармакопеясында ерекше көңіл бөлінетінін атап өту керек. Ол жеке дерілік өсімдіктер және дерілік өсімдік шикізаты мен фитопрепараттар сапасын бақылау әдістері бойынша 2 том монографияны баспадан шығарды. Алайда берілген құжаттар ұсыныстық сипатқа ие және алмастыруға сәйкес фармакопея баптары немесе кез-келген ұлттық заңнамалық құжаттар жоқ.

Еуропа елдерінде дерілік заттардың өндірісі тиісті өндірістік тәжірибе (GMP) шарттарына сәйкес жүргізілетіні және Еуропа Фармакопеясының жалпы баптарының басым бөлігі ЕС директиваларына негізделген және тиісті өндірістік тәжірибе шарттарымен тығыз байланысты («Өсімдік шикізатынан дерілік заттар өндірісі» қосымшасы, мұнда алынған шикізаттың сапасын бақылаудың негізгі принциптері, қажетті құжаттарға қойылатын талаптар берілген) екендігі белгілі.

Жоғарыда көрсетілгендей, ҚР-да басқа ТМД елдері сияқты, дерілік өсімдік шикізаты мен оның негізінде алынған фитопрепараттар сапасын бақылау МФ XI басылымы және ГОСТ бойынша жүргізіледі. МФ XI басылымында «Дерілік өсімдік шикізатын талдау әдістері» бөлімінде шикізат түрлері мен фармакогнозия әдістері келтіріледі. Екінші басылымында белгілі морфологиялық топтар: жапырақ, шөп, гүлдер, жемістер, тамырлар, тамырсабақтар, пиязшықтар және т.б. бойынша жіктелген жеке шикізат түріне 83 бап берілген. Өрбір топ үшін анықтама, жинаудың қарапайым мерзімдері, сыртқы белгілерінің ерекшеліктері, микроскопиялық, гистохимиялық сипаттамалары және сан көрсеткіштері берілген. Сынаманы дайындау және микроскопиялық сынамаларды жүргізу техникасы «Дерілік өсімдік шикізатының микроскопиялық және микрохимиялық зерттеу техникасы» және «Люминесцентті микроскопия» баптарында берілген. Дерілік өсімдік препараттарын сипаттайтын жалпы баптарға сипаттамасы, өндірісінің кейбір аспектілері мен сапа көрсеткіштерінің тізімі келтірілген «Жинақтар», «Эфир майлары», «Экстракттар» және т.б. баптар жатады.

Бүгінгі таңда дерілік өсімдік шикізатына аналитикалық құжат айтарлықтай дамыған және келесідей сапа көрсеткіштерін қарастырады: дерілік өсімдік шикізатының атауы латын, мемлекеттік және орыс тілдерінде көпше түрде, баптың преамбуласында дерілік өсімдіктің және тұқымдасының атауы латын, орыс және мемлекеттік (қазақ) тілдерінде, бүтін немесе ұсақталған шикізатының түрі көрсетіледі. Преамбуладан кейін негіздігін (сыртқы белгілер, микроскопия, сапалық реакция) анықтайтын әдістерінің сипаттамасы берілген. «Сыртқы белгілер» бөлімінде диагностикалық белгілері (қабық, шөп, жапырақ және т.б.) сипатталады, мұнда өлшемдері, түсі, дәмі және сулы оқшауының дәмі көрсетілуі тиіс. «Микроскопия» бөлімінде міндетті шарттар ретінде ұсақталған шикізат немесе ұнтақтың диагностикалық белгілерінің сипаттамасы беріледі. Құжатқа шикізаттың нағыздығын дәлелдейтін, арнайы белгілерді дәлелдеуге мүмкіндік беретін көрнекілік ретінде микропрепараттардың суреттері енгізіледі. Негіздігін анықтауда маңызды сапалық, гистохимиялық реакциялар берілетін «Сапалық реакциялар» бөлімі келтіріледі, бірақ сапалық химиялық реакциялар шикізаттың тазалығын нақты дәлелдей алмайды, ол тек шикізатта ББЗ белгілі тобының немесе қатарының, жиі шикізаттың осы түріне сәйкес емес ББЗ тобының барлығын көрсетеді. Тек стандартты үлгілерді қолдана отырып хроматографиялық талдау әдісі ғана шикізаттың таза екендігін жоғары сенімділікпен айтуға мүмкіндік береді. Дерілік

өсімдік шикізатына ғана тән «Сан көрсеткіштері» бөлімі, онда арнайы сапа көрсеткіштері беріледі: ұсақталғыштық, ылғалдылық, жалпы күл, 10% хлорлысутекте ерімейтін күл, сондай-ақ органикалық, минералды және басқа да қоспалар. Маңызды бөлімдердің бірі - «Сандық талдау», мұнда талдау әдістемесі толық сипатталады және осы шикізатта кездесетін биологиялық активті затқа есептегенде әсер етуші заттың құрам мөлшері анық нормаланады. Егер шикізаттан субстанция ретінде қолданылатын жеке зат бөлініп алынса, онда шикізатта осы заттың мөлшері есептеледі.

ДДСҰ ұсынған қауіпсіздіктің жаңа және өте маңызды сапа көрсеткіштері: микробиологиялық тазалық, пестицидтер, радионуклеидтер, ауыр металдар ізін анықтау. Қажеттілік кезде мынадай сапа көрсеткіштері енгізіледі: тығыздық, құрғақ қалдық, оптикалық айналу бұрышы, спиртті құрамы және т.б. Ерекше көңіл «Қаттау» және «Маркирлеу» бөлімдеріне бөлінеді, бұл бөлімдерде қаттамалар түрлері мен қаттама жапсырмасын графикалық безендіру сипатталады, сосын транспорттау және сақтау шарттары, физиологиялық активтілік типі беріледі.

Әлемнің жетекші мемлекеттерінің фармакопеяларының талаптарына сәйкес дерілік шикізатқа заманауи халықаралық сапа стандарты көрсеткіштер мен әдістердің келесідей міндетті тізімін қамтуы керек:

1. Ботаникалық атауы (қажет болған жағдайда жіктеуші автордың атауымен, мысалы Linnaeus);
2. Өсімдіктің шығу тегі туралы толық мәлімет (мемлекет немесе өсу немесе таралу аймағы, жинау мерзімі, жинау әдістемесі, мүмкін қолданылатын пестицидтер);
3. Өсімдік толығымен немесе тек бір бөлігі ғана қолданылатыны туралы мәлімет;
4. Кептіру әдістері туралы ақпарат (егер кептірілген шикізат қолданылса);
5. Өсімдіктің сипаттамасы (макро - және микроскопиялық талдау);
6. Қажет болған жағдайда нағыз стандартты үлгілерді қолдана отырып, белгілі активті ингредиенттер үшін негіздігін анықтау әдістері туралы ақпарат;
7. Қажет болған жағдайда белгілі терапевтикалық активті компоненттерді сандық талдау;
8. Мүмкін болатын пестицидтер контаминациясын және пестицидтердің жіберілетін мөлшерін анықтау әдістерін сипаттау;
9. Саңырауқұлақтар немесе микробтық контаминацияны, афлатоксиндер мен паразиттер инвазиясын анықтайтын, сондай-ақ жіберілетін шектерін анықтайтын әдістемелерді сипаттау;
10. Ауыр металдар мен радионуклеидтер іздерін дәлелдейтін сынамалар әдістемелері;
11. Бөтен текті материалдардың барлығына сынамалар әдістемелері.

Құрамында өсімдік текті материал мен химиялық идентифирленген белсенді заттары бар препараттар, химиялық құрылымы анықталған өсімдік текті компоненттері бар препараттар өсімдік текті препараттар болып есептелмейтіні әрқашан естен шығармауымыз керек.

Қорытынды. ДДСҰ нақты нұсқауларына қарамай, өндіріс процесі мен өсімдік шикізатынан алынған дерілік затты тіркеу кезінде туындаған сұрақтар әлі де шешімін тапқан жоқ. Ең алдымен, өсімдік текті дерілік заттың тиімділігін объективті бағалау, сондай-ақ оларды ұзақ қолданудың қауіпсіздігі салдарынан. Бұл жағдай өсімдік шикізатынан алынған препараттарды клиникалық сынаудың қиындығы мен жоғары құндылығымен байланысты. Дерілік өсімдік шикізатының сапасын бағалаудың маңызды бағыты ДӨШ және одан алынатын фитопрепараттың құрамына енетін химиялық қосылыстардың биологиялық белсенді комплексін бағалау үшін биосенсорларды қолдану болып табылады. Морфологиялық құрамы бойынша бірдей дерілік өсімдіктер өз қасиеттері бойынша ерекшеленетіні белгілі. Белгілі бір мөлшерде бұл олардың генетикалық аппараттарының кейбір өзгерістері мен сәйкес гендердің экспрессия дәрежесімен байланысты. Өсімдік шикізатының белсенділігі мен қасиеттерін бағалау үшін молекулалық маркерлер қолданылады, мысалы – нуклеин қышқылдары. Басқа маңызды мәселе – бұл дерілік шикізатпен және фитопрепараттармен айналысатын дайындалған мамандардың аздығы, ғылыми базаның жоқтығы, фитохимия, өсімдік текті дерілік заттарды стандарттайтын Институттың жоқтығы, стандартты үлгілерді табу қиындығы. Қазіргі таңда бұл сұрақтар ашық және шешілмеген күйі қалуда.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Проблемы безопасности биологически активных веществ и лекарственных трав /Безопасность лекарственных средств. Экспресс- информация.- 2000.,

бюл.№1, с.83-95.

2. Руководство по работе с лекарственными растениями / К.Д. Рахимов, Ж.А. Сатыбалдиева, Г.С.Суходоева и др., Под редакцией Н.Д. Беклемишева, Алматы, РГКП «Дәрі - Дәрмек», 1999, - 232 с.
3. Химия и технология фитопрепаратов. - М.: ГОЭТАР-МЕД, Москва, 2004, -560 с.
4. Георгиевский В.П., Комисаренко Н.Ф., Дмитрук СЕ./ Биологически активные вещества лекарственных растений. - 1996. -№3, с. 30-32.
5. Государственная фармакопея 11- изд.- М.: Медицина, Вып.1, 1987; Вып. 2, 1990.
6. ОСТ 91.500.05.001-00 «Стандарты качества лекарственных средств. Основные положения, М. Москва, 2000 г.
7. Северцев В.А., Багирова В.Л., Макаров В.Г., и др. Правила и инструкции, управляющие производством фитопрепаратов в России. Материалы 5 Международного съезда «Актуальные проблемы создания лекарственных препаратов природного происхождения.- СПб., 2001, с.44-52.
8. Технология и стандартизация лекарств /Под редакцией В.П.Георгиевского, Ф.А.Конева.- Харьков, 1996 г.

9. Столыпин В.Ф., Гурарий Л.Л. Исходные материалы для производства лекарственных средств /Под редакцией В.В. Береговых - М.: Медицинское агентство, 2003.- 572.
10. Надлежащая производственная практика лекарственных средств. Готовые лекарственные средства. Руководства по качеству. Рекомендации Р1С /S / Под редакцией Н.А. Ляпунова, В.А. Загория, В.П. Георгиевского, Е.П. Безуглой, К.: Морион, 2001, -472с.
11. Организация контроля качества лекарственных средств на современном этапе Л.А. Лошаков, Н.Е. Воллосович, М.М. Саповский и др.
12. Bruneton J., Pharmacognosie Phytochimie Plantes medicinales, Paris, 1993.
13. European Pharmacopoeia, 3rd edition, Published by the European Department for Quality of Medicine, nithin the Council of Europe Stasbourg pharmacopoeia, Volume 11, General Monographs, sticks 2005.
14. British Pharmacopoei, CD –ROM British.
15. USP Pharmacopoei, USP 24 NF, 2000, 2569 p.
16. The International Pharmacopoei, WHO Geneva V, 1-4.
17. The Japan Pharmacopoei- Tokyo, 2001, Fourteenth Edition, 1357 p.

МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ПИПЕРИДИНА (МАВ-54) В КОМБИНАЦИИ С ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ

Г. С. Мухамеджанова, Г. М. Пичхадзе, К. Д. Пралиев, Д.М. Кадырова, К.У. Есетова, С.Р. Насырова, Ш.О.Имашова, М.К. Амиркулова, Г.Б. Айтжанова

Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра фармакологии, г. Алматы

Резюме В работе представлены исследования изучения местноанестезирующей активности МАВ-54 (1-(3-н-бутоксипропил)-4-бензоилоксипиперидин гидрохлорид), синтезированное в лаборатории химии синтетических и природных лекарственных веществ Института химических наук им. А.Б. Бектурова, в сочетании с адреналином. Установлено, что при совместном применении с вазоконстриктором МАВ-54 особенно в низких концентрациях, вызывает пролонгирование инфильтрационной, проводниковой и спинномозговой анестезии.

Ключевые слова: проводниковая, инфильтрационная, спинномозговая анестезия, пиперидин, вазоконстриктор, адреналин.

Вазоконстриктормен жұптастырылған пиперидин туындысының (ЖЖЗ-54) жергілікті жансыздандыратын белсенділігі

Г. С. Мухамеджанова, Г. М. Пичхадзе, К. Д. Пралиев, Д.М. Кадырова, К.У. Есетова, С.Р. Насырова, Ш.О.Имашова, М.К. Амиркулова, Г.Б. Айтжанова

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, фармакология кафедрасы, Алматы қ.

Түйін Жұмыста А.Б. Бектуров атындағы химия ғылымдары институтының жасанды және табиғи дәрілік заттарды синтездеу химиясы зертханасында синтезделген ЖЖЗ-54 (1-(3-н-бутоксипропил)-4-бензоилоксипиперидин гидрохлориді) жергілікті жансыздандыратын белсенділігін адреналинмен үйлестіріп зерттеу нәтижелері ұсынылған.

ЖЖЗ-54-ті вазоконстриктормен біріктіріп қолдану, әсіресе төмен концентрацияда, инфильтрациялық, өткізгіштік және жұлындық анестезияның ұзаруына әкелгенін көрсетті.

Түйінді сөздер: өткізгіштік, инфильтрациялық, жұлындық анестезия, пиперидин, вазоконстриктор, адреналин.

Local anesthetic activity of the piperidine derivatives (LAS-54) in combination with vasoconstrictors

G.S.Mukhamedzhanova, G. M. Pichkhadze, K.D.Praliyev, D.M.Kadirova, K.U. Esetova, S.R. Nasyrova, S. O. Imashova, M.K. Amyrkulova, G.B. Aytzhanova
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov, c.Altmaty

Abstract The paper presents the research study of local anesthetic activity of LAS-54 (1 - (3-n-butoksipropil)-4-benzoiloksipiperidin hydrochloride), synthesized in the laboratory of chemistry of synthetic and natural drugs Institute of Chemical Sciences. A.B. Bekturov, in combination with epinephrine.

Found that when a joint application with vasoconstrictor LAS-54 especially in low concentrations, causes a prolongation of infiltration, conductors and spinal anesthesia.

Keywords: conducting, infiltrating, spinal anaesthesia, piperidine, vasoconstrictor, epinephrine.

В настоящее время местная анестезия стала одним из основных видов обезболивания, значительно сузив показания к общему обезболиванию.

Она остается преобладающим видом местного обезболивания не только в Казахстане, но и во многих странах мира. Возможности ее еще более увеличились благодаря синтезу и изучению новых местноанестезирующих средств.

Основные требования, предъявляемые к местным анестетикам, можно свести к следующим положениям:

1. Препараты должны обладать высокой избирательностью действия.
2. Препараты должны оказывать минимальный резорбтивный эффект, то есть не вызывать развития нежелательных побочных эффектов.
3. Препараты не должны оказывать раздражающего действия.
4. Лекарственные средства должны хорошо растворяться в воде и не разрушаться при стерилизации и хранении.
5. Анестезия должна развиваться быстро, быть достаточной глубины и продолжительности.
6. Желательно, чтобы местноанестезирующие средства суживали кровеносные сосуды или не расширяли их [1,2,3].

Вместе с тем, применяющиеся в клинической практике местные анестетики не всегда удовлетворяют требованиям клиницистов, прежде всего из-за короткого времени действия. Продолжительность обезболивающего эффекта зависит от многих факторов: от используемых местных анестетиков, их концентрации, наличия вазоконстриктора, места инъекции и др. На протяжении многих лет исследователи пытались найти способы увеличения глубины и продолжительности местной анестезии. Было предложено множество методов, позволяющих углубить местное обезболивание [4].

Многие исследователи отмечают необходимость применения местных анестетиков с вазоконстрикторами, в основном с адреналином, указывая на то, что глубина и продолжительность обезболивания без него недостаточна [5].

Вазоконстрикция, индуцированная адреналином, может в значительной степени влиять на продолжительность и даже интенсивность блокады нервов, вызванной местными анестетиками. В отличие от местных анестетиков, не обладающих сосудосуживающим действием, адреналин, суживая сосуды, замедляет абсорбцию анестетика из места инъекции и обеспечивает его поступление в зону действия в мембране нервной клетки в концентрациях, достаточных для обеспечения продолжительного действия [6].

Дальнейшее совершенствование местного обезболивания требует получение средств, обладающих большой глубиной, низкой токсичностью, отсутствием раздражающих свойств и особенно длительностью действия.

Поэтому, несмотря на наличие большого количества разнообразных по химическому строению местноанестезирующих препаратов, поиск высокоактивных, малотоксичных местных анестетиков, и особенно, длительного действия продолжается и по - прежнему является актуальной проблемой.

Среди органических соединений, которые можно использовать для синтеза местных анестетиков, большой интерес представляют производные пиперидина. Так, было установлено, что многие из синтезированных производных пиперидина обладают выраженной местноанестезирующей активностью при разных видах анестезии [7]. Кроме того, проведенные ранее экспериментальные исследования показали, что одно из соединений под лабораторным шифром МАВ-54 (местноанестезирующее вещество) обладает высокой местноанестезирующей активностью при инфильтрационной, проводниковой, спинномозговой анестезии и по токсичности сопоставимо с лидокаином.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования явилось изучение местноанестезирующей активности МАВ-54 (1-(3-н.-бутоксипропил)-4-бензоилокси пиперидин гидрохлорид), синтезированного в лаборатории химии синтетических и Таблица 1

Местноанестезирующая активность МАВ-54 в сочетании с адреналином при инфильтрационной анестезии по методу «отдергивания хвоста»

Соединение	Концентрация раствора	Продолжительность полной анестезии (мин), (M±m)	Общая продолжительность действия (мин), (M±m)
МАВ -54	0,25 %	23,3±3,8	35,0±2,7
МАВ-54 с адреналином	0,25 %	45,0±2,8 (p<0,001)	64,1±1,5 (p<0,001)
МАВ-54	0,5 %	94,2±1,5	102,5±2,1
МАВ-54 с адреналином	0,5 %	120,8±1,1 (p<0,001)	141,6±1,1 (p<0,001)

Как видно из результатов таблицы № 1, по длительности полной анестезии и по продолжительности общего действия МАВ -54 с адреналином в 0,25% растворах превышало показатель МАВ -54, взятого отдельно (примерно 1,9 и 1,8 раза соответственно), а в 0,5 % концентрации МАВ-54 с вазоконстриктором также

природных лекарственных веществ Института химических наук им. А.Б. Бектурова в сочетании с адреналином.

Местноанестезирующая активность соединения изучена на трех видах анестезии: инфильтрационной, проводниковой и спинномозговой.

Исследование местноанестезирующего действия соединения проводилось в соответствии с методическими рекомендациями по доклиническому изучению местноанестезирующей активности новых биологически активных веществ [8,9].

Для изучения инфильтрационной анестезии были использованы 2 модели: на передней брюшной стенке кроликов и модифицированный метод «отдергивания хвоста» крыс (tail flick). Изучение проводниковой анестезии проводилось по методу tail flick на крысах, а также при электростимуляции дендрального нерва у кроликов, спинномозговой анестезии – по методу Yarksh, Rudy в модификации Dib B. В экспериментах определялись следующие показатели: длительность полной анестезии (максимальная анестезия у всех подопытных животных) и общая продолжительность действия.

В табл. № 1 представлены результаты изучения инфильтрационной анестезии соединения МАВ -54 в сочетании с адреналином по методу «отдергивания хвоста».

превосходило оба показателя МАВ – 54 без адреналина приблизительно в 1,3 раза и 1,4 раза, соответственно.

В табл. № 2 приведены результаты изучения инфильтрационной анестезии соединения МАВ -54 в сочетании с адреналином по методу инфильтрации брюшной стенки у кроликов.

Таблица 2

Местноанестезирующая активность МАВ-54, в сочетании с адреналином, при инфильтрационной анестезии по методу инфильтрации брюшной стенки у кроликов

Соединение	Концентрация раствора	Продолжительность полной анестезии (мин), (M±m)	Общая продолжительность действия (мин), (M±m)
МАВ -54	0,25 %	24,1±2,24	55,8±2,4
МАВ-54 с адреналином	0,25 %	48,3±1,6 (p<0,001)	88,3±1,2 (p<0,001)
МАВ -54	0,5 %	47,5±1,2	77,5±1,2
МАВ-54 с адреналином	0,5 %	74,1±1,5 (p<0,001)	108,3±1,0 (p<0,001)

Анализ результатов, приведенных в таблице № 2, показал, что полная анестезия при испытании МАВ-54 в сочетании с адреналином (0,25% растворы) была равна 48,3±1,6, в то время, как МАВ-54 без адреналина действовало 24,1±2,24 минуты. Общая продолжительность анестезии МАВ-54 с вазоконстриктором составляла 88,3±1,2 минуты, что превышает этот показатель отдельно взятого МАВ-54 примерно в 1,6 раз. При использовании 0,5 % растворов МАВ-54 с адреналином отмечено, что по длительности полной анестезии МАВ-54 с

вазоконстриктором (статистически достоверно) также превышало показатель полной анестезии МАВ-54 отдельно взятого примерно в 1,5 раз. Общая продолжительность действия у МАВ-54 в сочетании с адреналином был равна 108,3±2,4, в то время как длительность отдельно взятого МАВ-54 составляла 77,5±1,2 минут.

В табл. № 3 представлены результаты изучения проводниковой анестезии соединения МАВ -54 в сочетании с адреналином по методу по методу «отдергивания хвоста».

Таблица 3

Местноанестезирующая активность МАВ-54 в сочетании с адреналином при проводниковой анестезии по методу «отдергивания хвоста»

Соединение	Концентрация раствора	Продолжительность полной анестезии (мин), (M±m)	Продолжительность общей анестезии (мин), (M±m)
МАВ-54	0,25 %	16,7±1,1	39,2±2,0
МАВ-54 с адреналином	0,25 %	37,5±1,1 (p<0,001)	68,3±1,6 (p<0,001)
МАВ -54	0,5 %	67,5±3,4	86,7±3,6
МАВ-54 с адреналином	0,5 %	97,5±1,1	122,5±1,1

адреналином	(p<0,001)	(p<0,001)
-------------	-----------	-----------

Результаты, отраженные в табл. № 3 показали, что 0,25 % растворы МАВ-54 с адреналином вызывали полную анестезию, длительность которой превышала соответствующий показатель МАВ-54 без адреналина (37,5 и 16,7 минут, соответственно) и по общей продолжительности анестезии МАВ-54 с вазоконстриктором также действовало длительнее примерно 1,7 раза, чем МАВ-54 без вазоконстриктора. 0,5 % растворы МАВ-54 в сочетании с адреналином по длительности полной

анестезии были эффективнее приблизительно в 1,2 раза, чем МАВ-54 без вазоконстриктора. Общая продолжительность анестезии МАВ-54 с адреналином превышала аналогично таковую МАВ-54 взятого отдельно. В табл. № 4 показаны результаты изучения проводниковой анестезии соединения МАВ-54 в сочетании с адреналином по методу электростимуляция нижнего дентального нерва кролика.

Таблица 4

Местноанестезирующая активность МАВ-54 в сочетании с адреналином при проводниковой анестезии по методу электростимуляция нижнего дентального нерва кролика

Соединение	Концентрация раствора	Продолжительность полной анестезии (мин), (M±m)	Продолжительность общей анестезии (мин), (M±m)
МАВ-54	0,25%	38,3±3,8	112,0±2,5
МАВ-54 с адреналином	0,25%	63,3±1,6 (p<0,001)	135,8±0,8 (p<0,001)
МАВ-54	1%	50,8±3,0	150,8±4,7
МАВ-54 с адреналином	1%	87,5±1,1 (p<0,00)	179,2±0,8 (p<0,001)

Анализ результатов опытов таблицы № 4 показал, что в данной серии опытов, 0,25% раствор МАВ-54 с вазоконстриктором по длительности полной анестезии был эффективнее соответствующей концентрации МАВ-54 отдельно взятого примерно в 1,7 раза. Общая продолжительность действия МАВ-54 в сочетании с адреналином также превышала таковую МАВ-54 без адреналина в 1,2 раза. МАВ-54 с адреналином в 1 % растворе превосходило как по длительности полной анестезии, так и по общей длительности действия МАВ-54 без вазоконстриктора, особенно по показателю полной анестезии.

В табл. № 5 приведены результаты изучения спинномозговой анестезии соединения МАВ-54 в сочетании с адреналином.

Таблица 5

Местноанестезирующая активность МАВ-54 в сочетании с адреналином при спинномозговой анестезии

Соединение	Концентрация раствора	Продолжительность полной анестезии (мин), (M±m)	Продолжительность общей анестезии (мин), (M±m)
МАВ-54	1%	41,67±1,05	73,3±3,8
МАВ-54 с адреналином	1%	61,6±1,0 p<0,001	100,8±1,5 (p<0,001)

В серии опытов по изучению спинномозговой анестезии определено, что по параметру полной анестезии МАВ-54 с адреналином превышало эффект МАВ-54 в 1,5 раза. При сравнении показателей общей продолжительности анестезии МАВ-54 в сочетании с адреналином и МАВ-54 без адреналина отмечено, что МАВ-54 в сочетании с адреналином примерно в 1,4 раза действовал длительнее, чем МАВ-54 без вазоконстриктора.

Анализ результатов опытов по изучению местноанестезирующей активности МАВ-54 позволил выявить высокую местноанестезирующую активность МАВ-54 в сочетании с адреналином, особенно по показателю длительности полной анестезии. Установлено, что при совместном применении с вазоконстриктором МАВ-54, особенно в низких концентрациях, вызывало пролонгирование инфильтрационной, проводниковой и спинномозговой анестезии.

Таким образом, комбинация МАВ-54 с адреналином при инфильтрационной, проводниковой и спинномозговой анестезии способствовала увеличению длительности действия, что особенно важно для клинической практики, так как продолжительность местноанестезирующего эффекта лекарственного средства определяет широкое использование его в клинике, особенно для терапии хронических болевых синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. А.Ж. Петрикас, В.А.Егорова, К.В.Ермилова, Стоматология, № 5, 24-26 (2009).
2. Т.В. Трегубова Местное обезболивание в амбулаторной хирургической стоматологии, Учебное пособие, Алматы (2007), – сс. 29 - 32.
3. А.И. Левшанков, Амбулаторная хирургия: стационарозамещающие технологии, № 1, 6-12 (2005)
4. Е.В. Зорян, С.А. Рабинович, Клиническая фармакология, № 4, 45 -49 (2008)
5. Р.У. Амираев, П.А. Галенко-Ярошевский, Медицина и фармация, №1, 43-46 (2002).
6. Т.К.Супиев, Н.М Масалина, М.Б. Масалина, Проблемы стоматологии, № 3, 17-21 (2005)
7. Пралиев К.Д., Ю В.К. Лаборатория лекарственных веществ. Основные итоги фундаментальных и прикладных исследований (1991-2001). /Труды ИХН МОН РК «Химия природных и синтетических биологически активных соединений (строение, превращения и свойства)» Алматы. Т. 76. (2001), сс. 4-15.
8. Р.С. Кузденбаева, К.Д. Рахимов, С.Н. Шин, Г.Н. Чуканова, Доклиническое изучение местноанестезирующей активности новых биологически активных веществ. Методическое пособие, Алматы (2000) с. 30.
9. Р. У. Хабриев (ред.), Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ (издание второе, переработанное и дополненное), Медицина, Москва, (2005), сс. 364-392.

FACTORS INFLUENCING TO THE CONDUCT OF CLINICAL TRIALS FOR DRUG DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN

Khazhidinov K.S., Azembayev A.A., Abzhalelov A.B
 Republican State Enterprise "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"
 Republic of Kazakhstan

Abstract:

1. Conducting of clinical trials needs further improvements in the Republic of Kazakhstan to create favourable environment in the field.

2. Implementation of Good Clinical Practice in the Republic of Kazakhstan necessitates complex approach with respect to the national, Custom Union, and international standards.

Keywords:

Development of new medical products; Good clinical practice ICH GCP; clinical site; central and local ethics committee, clinical research specialist.

Дәрілік жабдықтарды (заттарды) өңдеудегі клиникалық сынақтар өткізуде Қазақстандағы ықпал ететін факторлар

Хажидинов К.С., Азембаев А.А., Абжалелов А.Б.

РМК «Инфекцияға қарсы препараттар ғылыми орталығы»

Түйіндемесі:

1. Қазақстан Республикасында клиникалық сынақтар өткізуге жақсы, қолайлы жағдай жасалып, ең жоғары деңгейге жеткізілуі керек.

2. Қазақстанда GCP – стандарттарын енгізу - ұлттық, ұлт үсті (Кеден одағы) және халықаралық талаптарды есепке алудың үйлестіру жолдарымен жүргізілуі керек.

Кілт сөздер:

жаңа дәрілік жабдықтарды (заттарды) өңдеу; ICH GCP - тиімді клиникалық практика; клиникалық база; орталық және жергілікті комиссия; клиникалық сынақ маманы

Факторы, влияющие на проведение клинических испытаний при разработке лекарственных средств в Казахстане.

Хажидинов К.С., Азембаев А.А., Абжалелов А.Б.

РГП «Научный центр противинфекционных препаратов»

Резюме:

1. В Республике Казахстан необходимо довести до усовершенствования и создать благоприятные условия для проведения клинических испытаний.

2. При внедрении стандартов GCP в Казахстане необходимо следовать гармонизированному подходу с учетом требованиями национальных, наднациональных (Таможенного союза) и международных требований.

Ключевые слова:

Разработка новых лекарственных средств; надлежащая клиническая практика ICH GCP; клиническая база; центральная и локальная комиссия по вопросам этики; специалист клинических испытаний.

Final milestone in the development of the pharmaceutical drug is clinical trials. The quality of clinical trials process depends on various factors such as regulatory framework, educated and experienced research staff, and clinical sites which are in compliance with international standards. In accordance with ICH E6R1 guideline "Good Clinical Practice" primary responsibility for conducting clinical trials remains with clinical trial Sponsor; other parties, such as Contract Research Organizations, investigators, clinical site's staff, monitors, auditors, regulatory authorities, local and central ethics committees, and trial subjects also bear some responsibilities during the trials. In the Republic of Kazakhstan GCP international standard was implemented and harmonized in 2006 as a result the State Standard of Republic of Kazakhstan СТ РК "Good clinical practice. Main provisions" has been established [1].

Performance of the clinical trials in Kazakhstan becomes complicated due to several factors related to different parts along the process:

1. Staff

The root of the problem with respect to national qualified and educated specialist on the field conducting and organizing clinical trials lies in the educational program of medical students; in other words we lack 'clinical research administration' speciality at our medical institutions. Educational program of medical specialists should not be limited to the fundamental of medical disciplines; in spite, it should be extended to the subjects as ethical issues in clinical researches, data management, clinical research documents arrangement, pharmaceutical drug development, and the role of the human, statistical aspects, controlling of clinical trial process, and others. Current graduates of the national medical universities are pure practical clinicians without research skills.

Clinicians participating in clinical trials bear special responsibilities that require presence of knowledge, experience, and skills; otherwise investigator becomes more dangerous to the trial subjects than testing drugs with respect to safety concerns. The requirements are stated in ICH GCP E6R1 [2], and investigators recruited for the trials should absolutely meet those requirements; unfortunately, such specialists are rare for Kazakhstan.

Due to absence of experience, special qualifications, and weak legislation investigator could be dangerous for the trial subjects; and mistakes or GCP breaches made by them could be left unpunished. Regulatory frameworks of developed countries like United States of America Food and Drug Administration 21 CFR 312 include provisions concerning penalties to be applied for negligent harm made by investigators; moreover, the grey list practice helps drug developers to avoid employing investigators who were suspicious of malpractice or unethical behaviour. [3] Those penalties vary significantly and include, but not limited to, withdrawal from the trial and even recall of medical licence. Medical and Healthcare products Regulatory Agency in United Kingdom launched Guidance for the Notification of Serious Breaches of GCP or the Trial Protocol which also includes sanctions against GCP breaches and negligent harm [4]. Factors mentioned above concerning lack of the appropriately qualified specialists could lead to negligent or non-negligent behaviour due to unawareness of the latter; that is why regulatory authorities should pay more attention to this issue.

2. Clinical sites and Ethical committees

Next problem, which is not less important, is the absence of clinical sites that could afford conduct of clinical trials starting from protocol development and ethical-regulatory submissions to the final report writing, which would meet requirements of ICH E3 guideline "Clinical trial report". In such circumstances often national drug developers purchase costly services from near and far abroad specialists, or even conducting trials out of the republic. To ensure safety of clinical trial subjects the clinical sites should have sufficient staff and material resources to maintain continuous progress of the trials. The order # 222 released by Ministry of Healthcare in 31st March 2010 was the list of clinical sites permitted for conducting of clinical trials established [5]. This order raises some controversies because each medical organization, which had available staff and facilities resources could and should conduct, or at least participate, in multi-central clinical trials. Unfortunately, the above mentioned list covered only huge medical and scientific centers in big cities, automatically excluding rural medical centers and other medical organizations from the field of ordinal clinical practices. As a result rural population, representing significant part of commonwealth, can not participate in trials; and thus, they could not benefit from the development of new agents targeted for treatment of diseases inherent by them. Results of clinical trials conducted in urban conditions can not be successfully extrapolated to the rural population. Existence of the list of clinical sites permitted to participation in clinical trials implies the existence of some requirements for the sites and personnel, who conduct assessment of sites; unfortunately, such requirement still absent. Since the Republic of Kazakhstan is quite young developing country, it is preferable to use experience of developed regions such as EU and US and actualize and harmonize Euro commission's EudraLex Volume 10 regulations that cover all aspects and issues related to clinical trial [6].

Today clinical site should have group of specialists to conduct successful clinical trials that includes but not limits to: experienced investigators, who could act as Principal Investigator, experienced pharmacist, who could dispense testing drugs without breach of blinding and keeping allocation concealment, managers, who would be able to organize the whole process, IT supportive staff, data entering staff, and others. Thus, for high quality clinical trial the clinical site requires group of specialist, which is not currently presented. Nevertheless, pharmaceutical organizations conducting trials in the Kazakhstan are investing into staff in order to obtain valuable results.

Weak chain in the clinical trial process as in other developed countries is low quality laboratory assays due to absence of educated specialists or good facilities and equipment. Although theoretically state laboratories are following ISO 15189 standards in their work, often on practice state of things is controversial; therefore, Sponsors are additionally investing in laboratories. Clinical sites should have minimal hardware equipment to meet nowadays requirements since the part of the work relates to the data entry lies on the shoulders of investigators.

Clinical site should have Independent Ethics Committee acting in sake of subjects' rights protection by reviewing clinical trial documents. Central ethics committee to ensure proper work performance should control activities of such committees. With respect to ICH E6R1 GCP these committees should consist of qualified, experienced specialists from the field; however, due to the recent emergence of the drug development activities such specialists are still absent in our republic. The order # 425 released by Ministry of Healthcare in 30th of July 2008 concerning central and local ethics committees reflects common terms, structure and procedures, and lacks of particular requirements for members' experience, qualification, education and conventional methods of

ethical assessment [7]. Due to the absence of methods for risk assessment used by ethics committees, procedures for protocol analysis should be standardized and implemented on the regulatory level to exclude the possibility of subjective assessment by IEC members. Weak awareness of actual functions of IEC members could lead to overlap of regulatory authorities and ethical IEC functions, which might result in prolonging of regulatory approval process that could take at least 6 months. Differentiating of functions would let to accelerate approval process, by delegating functions of risk assessment to ethical committees and methodological assessments to regulatory authorities.

3. Regulatory framework

One of the main issues in good quality clinical trials is carefully following regulatory requirements. Legislation in clinical trials in the Republic of Kazakhstan is still quite weak and it requires further efforts and investments. Currently, there are two regulatory documents: first is CT PK 1616-2006 mentioned above, and the other is Order # 744 released by Ministry of Healthcare in 19th of November in 2009 "Regulations concerning researches and/or trials of drugs, medical equipment and medically oriented goods" [8]. These documents are the first step, which should be followed by complete implementation of all guidelines recommended by International Conference on Harmonization.

ICH GCP E6R1 states "...Any investigation in human subjects intended to discover or verify the clinical, pharmacological and/or other pharmacodynamic effects of an investigational product(s), and/or to identify any adverse reactions to an investigational product(s), and/or to study absorption, distribution, metabolism, and excretion of an investigational product(s) with the object of ascertaining its safety and/or efficacy...". Since clinical trial involves human investigators it should be assured that such trial is innovative and does not place subject under the risk, by conducting replication of previous trials, by the other word research experiments should be based on previous experience of scientific society. It could be realized by examining international study databases, such as Clinicaltrials.gov or others; that each investigator has scientific responsibility for registration of trials in international databases to contribute to the world knowledge and in sake of protection of the subjects' rights. Unfortunately, presently there are no obligations placed behind investigators to register their trials and report results of the trials by publishing them in scientific journals.

As it was mentioned before, regulations lack penalties for the negligent or other harms made to the subject in the course of participation in clinical trials. In order to control breach of GCP, regulatory authority should establish guidelines or standards, which cover different types of malfunctions. Such standards should be implemented in order to prevent biased subjective inspections. Since we are developing country and we have modern independent history of only 20 years, the presence of regulations is a matter of time; nevertheless, actions toward resolution should be taken today. As support and example, Kazakhstan could base its regulations in the field of quality control and inspection on directives released by European Union such as «RECOMMENDATIONS ON THE QUALIFICATIONS OF INSPECTORS VERIFYING COMPLIANCE IN CLINICAL TRIALS WITH THE PROVISIONS OF GOOD CLINICAL PRACTICE» [9].

Some controversies persist between two regulatory documents such as Standard 1616-2006 and Order # 744. Particularly, the insurance and indemnity issue seems to be controversial. Due to the expensiveness of the drug development for government, some countries' regulatory authorities do not require costly commercial insurance to be purchased by governmental and non-profit organizations by limiting the requirements on legal and financial indemnities [10]. This is not a breach of GCP because it includes both options. While harmonization of ICH E6R1 GCP guideline in the form of state standard 1616-2006 both insurance and indemnities were left as an option; however, Order # 744 requires only insurance without differentiating, commercial and governmental organization. Spending great amount of money on insurance services for trials, which are financed by government, is quite undesirable due to its high cost. Moreover, money could have been granted for new drug development in rare disease, which is out of interest of the pharmaceutical industry.

Republic of Kazakhstan is struggling with dangerous societal diseases such as tuberculosis and HIV-infection. For this reason, Kazakhstan, based on the experience of developed countries, should give impetus and incentives for drug developers to invest in R&D and accelerate marketing of new promising drugs, and as an incentive the government could decrease amount of time necessary for approvals and some tax or other exemptions. Currently, by taking into account low workload in the field the minimal period for obtaining approval for investigational new drugs varies from 6 months and longer. Additional provisions could be made for trials conducted in the field of surgery and diagnostics, as there are no regulations covering those issues either.

Developing countries are in more favourable conditions than developed ones due to the persistence of ready model for creating own legislation framework in the field of drug development. By implementing and harmonization of ICH guidelines developing

countries could save dozens of years that took developed countries to reach present condition. Both regulatory authorities' orders and standards should be developed in harmonized fashion to ensure consistency with international requirements and movement in one direction.

4. Society perception on clinical trials

Low social awareness of clinical trials importance in the healthcare system of Kazakhstan and of whole world could lead to the negative perception of society and reluctance of participation in the medical researches; as a result, it could lead to the low recruitment rates and premature termination of the important clinical trials. Governmental and non-profit organizations should advocate participation in trials for new drugs development. Development of pharmaceutical industry is impossible without participation of society, and as previously mentioned we can adopt experience of developing countries. For instance, we can create organization as 'The Centre for Information and Study on Clinical Research Participation (CISCRP)', which actively works in the USA to increase society's interest in clinical trials. Everyone should remember that practically each drug in drugstores created with the contribution of volunteer participants in sake of altruism and humanity.

Conclusion:

Following the factors could positively influence on harmonization of international requirements for drug development and clinical trials, and create favourable conditions for clinical trials and drug development:

1. Improvement of regulatory framework by adopting experience of developed countries;
2. Invest in education of specialist on universities and hospital levels;
3. Adopting and improving clinical sites of Healthcare Ministry for clinical trials.

References:

1. Государственный стандарт СТ РК 1616-2006 «Надлежащая клиническая практика. Основные положения», утвержденный приказом Комитета по техническому регулированию и метрологии Министерства индустрии и торговли РК от 29 декабря 2006 г. № 575 «Об утверждении государственных стандартов»;
2. 'Good Clinical Practice' Guideline E6R1 *International Conference on Harmonization* (1996) <http://www.ich.org/products/guidelines/efficacy/article/efficacy-guidelines.html>;
3. Title 21--Food and Drugs chapter I--Food and Drug Administration department of health and human services subchapter D--Drugs for human use Part 312 Investigational new drug application <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcr/CFRSearch.cfm?CFRPart=312>;
4. 'Guidance for the Notification of Serious Breaches of GCP or the Trial Protocol Medicines and Healthcare products Regulatory Agency' MHRA <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/is-insp/documents/websitesources/con060111.pdf>;
5. Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 марта 2010 года № 222 «Об утверждении Перечня доклинических и клинических баз, имеющих право проведения доклинических и клинических исследований в здравоохранении»;
6. EudraLex - Volume 10 Clinical trials guidelines <http://ec.europa.eu/health/documents/eudralex/vol-10/>;
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 июля 2008 года № 425 'О создании Центральной комиссии по вопросам этики';
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 744 «Об утверждении Правил проведения клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»;
9. 'Recommendations on the qualifications of inspectors verifying compliance in clinical trials with the provisions of Good Clinical Practice' *EudraLex* Vol. 10 Guideline http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-10/v10_chap4_en.pdf;
10. 'Indemnity/insurance arrangements for Trust-sponsored clinical research trials' *National Health Service* United Kingdom http://www.hullhistorycentre.org.uk/discover/consortium/guidance_resource_directory/gcp_forms/indemnity_insurance.aspx

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ТРЕБОВАНИЯМ GMP, КАК ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Кусниева А.Е., Азембаев А.А.

РГП «Научный центр противомикробных препаратов»

Резюме:

Введение стандарта GMP является необходимым шагом в разработке целого ряда взаимосвязанных документов, которые необходимы для проведения контроля качества лекарственных средств на производстве.

Ключевые слова:

фармацевтическое предприятие, система управления качеством, правила GMP, качество лекарств.

Creation of system of the documentation of the enterprise on requirements GMP as an element of maintenance with quality of medicinal products

Kusnieva A.E., A.A. Azembaev

RSE "Scientific Centre for Anti-infectious Drugs"

The resume:

Introduction of standard GMP is necessary step to working out of variety of the interconnected documents which are necessary for monitoring procedure of quality of medical products on manufacture.

Keywords:

The pharmaceutical enterprise, control system of quality, rules GMP, quality of medicines.

Кәсіпорынның құжаттар жүйесін GMP талаптарына сәйкес дәрілік заттардың сапасын қамтамасыз етудің бір элементі ретінде жасау.

РМК «Инфекцияға қарсы препараттар ғылыми орталығы»

Түйін:

GMP стандартын енгізу өндірісте дәрілік заттардың сапасын тексеруге қажетті бір-бірімен байланысқан құжаттарды өңдеудің маңызды жолы болып табылады.

Маңызды сөздер:

Фармацевтикалық кәсіпорын, сапа басқару жүйесі, GMP ережелері, дәрілердің сапасы.

Лекарственные средства являются особым видом продукции. К ним предъявляются высокие требования по безопасности и эффективности, обеспечиваемые на всех этапах разработки, испытаний, производства и реализации. Обеспечение качества является комплексной задачей, в которую входят:

- использование материалов, отвечающих заданным требованиям;
- производство продукции в помещениях и на оборудовании, гарантирующих выпуск продукции в соответствии с заданными требованиями;
- введение требований международных стандартов GMP на производстве;
- соответствие персонала требованиям к профессиональной подготовке, личной гигиене, исполнительности и добросовестности.

Одним из фундаментальных элементов обеспечения качества процесса производства является свод правил о надлежащей производственной практике GMP (Good manufacturing practice — GMP) лекарственных средств. [1-2] В определении, которое дано GMP Всемирной организацией здравоохранения, придается особое значение принципу создания контроля качества во время производства, который направлен на обеспечение высокого уровня качества и безопасности лекарственных средств и гарантирование того, что лекарственное средство изготовлено в соответствии со своей формулой (составом), не содержит посторонних включений, маркировано надлежащим образом, упаковано и сохраняет свои свойства в течение всего срока годности [2, 4].

1. Принципы надлежащей производственной практики в отношении нормативно-технической документации

Производитель лекарственных средств должен организовать контроль качества и производство так, чтобы лекарственные средства гарантированно соответствовали своему назначению и предъявляемым к ним требованиям и не создавали риска для потребителей из-за нарушения условий безопасности, качества или эффективности. Ответственность за выполнение этих требований несут руководители и все работники предприятия-производителя. Для достижения этой цели на предприятии на основе настоящего стандарта (Правил GMP) должна быть создана система обеспечения качества, включающая в себя организацию контроля качества.

В связи с этим, для того, чтобы при производстве лекарственных препаратов строго выполнялись все нормативные требования, разработана и организована **система управления качеством**. Служба качества на предприятии представлена отделом обеспечения качества и отделом контроля качества. [3-4]

Обеспечение качества является комплексной задачей, решение которой требует реализации всех мер, направленных на достижение заданных требований к качеству лекарственных средств. Обеспечение качества основывается на выполнении требований настоящего стандарта и других нормативных документов.

Система обеспечения качества (система качества) при производстве лекарственных средств должна гарантировать следующее:

- I. Лекарственные средства разработаны с учетом требований стандарта и требований работе лабораторий.
- II. На все производственные и контрольные операции разработана документация в соответствии с настоящим стандартом.
- III. Ответственность и обязанности всех работников четко определены.
- IV. Предусмотрены меры, обеспечивающие производство, поставку и использование исходных и упаковочных материалов, соответствующих заданным требованиям.
- V. Контроль промежуточной продукции и технологического процесса (внутрипроизводственный контроль).
- VI. Аттестация (валидация) процессов и оборудования проводятся в необходимом объеме.
- VII. Производство и контроль готовой продукции соответствуют утвержденным инструкциям (методикам).
- VIII. Уполномоченное лицо должно подтвердить, что каждая серия продукции произведена и проверена в соответствии с установленными требованиями.
- IX. Существующая система мер обеспечивает уровень качества лекарственных средств при их хранении, отгрузке и последующем обращении в течение всего срока годности.
- X. Порядок проведения самоинспекции и/или аудита качества позволяет регулярно оценивать эффективность системы обеспечения качества. Правильно составленная документация является важной частью системы обеспечения качества. Точная, полная, актуальная документация предотвращает ошибки, возникающие вследствие устного общения, неправильного толкования слов, неполной или утерянной информации, обеспечивает постоянную воспроизводимость серии. Промышленное производство лекарств регламентируется соответствующей нормативно-технической документацией (НТД), утвержденной в установленном порядке. НТД должна обеспечивать повышение качества и эффективности лекарственных препаратов, постоянно совершенствоваться на основе достижений науки и техники и своевременно пересматриваться с целью замены устаревших показателей в соответствии с потребностями здравоохранения, населения, обороны страны и экспорта.

ПРИМЕР СХЕМЫ КЛАССИФИКАЦИИ ДОКУМЕНТАЦИИ



1. Структура организационно-технологической документации

В таблице приведены виды организационно-технологических документов.
Таблица 1 - Виды организационно-технологических документов

Наименование документа	Назначение
Информация о предприятии, регистрационное досье, лицензия на производство и пр.	Общая документация предприятия
Спецификация	Документ, содержащий требования к материалам или продукции
Промышленный регламент, технологическая инструкция, инструкция по упаковке	Документы, устанавливающие требования к процессам производства конкретной продукции
Инструкция (методика)	Документ, устанавливающий требования, общие для производств различных видов продукции
Протокол на серию	Документ, отражающий фактические данные о производстве конкретной серии продукции
Внутрипроизводственная этикетка	Документ, идентифицирующий материалы или продукцию, содержащие указание их статуса в производстве

Технологическая документация должна быть составной частью документации системы контроля качества предприятия. К документации по контролю качества относят:

- спецификации на исходное сырье и готовую продукцию;
- методики отбора проб;
- методики и протоколы проведения испытаний (в т.ч. аналитические операционные листы и/или лабораторные журналы);
- аналитические отчеты и/или паспорта;
- результаты контроля окружающей среды в производственных помещениях;
- протоколы аттестации (испытаний) аналитических методов.

При составлении технологической документации должны учитываться результаты валидации технологических процессов.[3-4] Валидация (аттестация, испытания) направлена на повышение эффективности работы. Валидацию проводят:

- при утверждении нового регламента производства или метода производства;

- при существенных изменениях технологии, в т.ч. любых изменениях оборудования или материалов, способных влиять на качество продукции или воспроизводимость процесса;
- для постоянного подтверждения достижения требуемых результатов.

Каждое фармпроизводство имеет свои отличительные особенности. Это связано с выпускаемой номенклатурой лекарственных препаратов, особенностью проекта производства, Устава предприятия, его структуры, специфических особенностей выпускаемой продукции. Фармацевтическое предприятие должно иметь 10 основных стандартов предприятия, соответствующих всем разделам GMP:

- ✓ управление качеством,
- ✓ персонал,
- ✓ помещения и оборудование,
- ✓ технологическая документация,
- ✓ производство,
- ✓ контроль качества,
- ✓ контракты на производство продукции и выполнение анализов, рекламации и отзыв продукции,

- ✓ валидация,
- ✓ самоинспекция.

Особенности производства различных лекарственных средств содержатся в специфических требованиях Правил GMP и должны учитываться в основных стандартах предприятия. На базе 10 основных стандартов фармпредприятия пишутся положения о структурных подразделениях, которые в свою очередь дают материал для написания должностных инструкций, а технологический регламент – рабочих инструкций и методик анализов.[2-3] Все это позволяет написать Досье предприятия, необходимое для лицензирования, формат которого предложен в результате проведенных исследований.

Система обеспечения качества предназначена для того, чтобы фармацевтическое предприятие могло гарантировать, что:

- ✓ разработка, испытания и изготовление лекарственных препаратов приведены с учетом требований GMP, GLP, GCP;
- ✓ производство обеспечено утвержденными технологическими регламентами и методиками, инструкциями, учитывающими правила GMP;
- ✓ четко определена ответственность руководящего персонала за качество готового продукта, что должно быть установлено должностными инструкциями;
- ✓ контроль качества исходного сырья, вспомогательных, упаковочных и маркировочных материалов проведены на стадиях их изготовления и/или поставки и перед применением в производстве;
- ✓ проведена регистрация всех производимых контрольных испытаний сырья, вспомогательных упаковочных и маркировочных материалов, полуфабрикатов и готовых продуктов постадийного контроля процесса производства, калибровки приборов и валидация;
- ✓ готовый продукт произведен в соответствии с утвержденными технологическими регламентами;
- ✓ реализация готового продукта осуществлена только после получения соответствующего разрешения руководителя отдела контроля качества;
- ✓ имеется документация, позволяющая контролировать условия хранения продукта, сроки годности у производителя, а также при транспортировке и реализации.

Система контроля качества, включающая объекты контроля, контрольные операции и их последовательность, техническое оснащение, методы, средства механизации, автоматизации и компьютеризации контрольных операций, являются неотъемлемой частью производственного процесса.

Выводы:

1. Система Контроля Качества является одним из основных требований GMP, поэтому ее разработка и внедрение – составляет основу работы Отдела Контроля Качества.
2. создание Системы Контроля Качества – залог качества производимого лекарственного средства.

Литература:

1. Береговых В.В., Иващенко Н.В., Рудакова И.П., Пятигорская Н.В., Мешковский А.П., Ляпунов Н.А. "Управление качеством в фармацевтической промышленности" // Под редакцией член-корр., проф. Береговых В.В., М., 2004 г. - 400 с.
2. Туманов К.М. Формирование системы управления качеством на фармацевтическом предприятии на основе GMP.
3. Нормирование фармацевтического производства. Обеспечение качества продукции. // Москва: "Ремедиум", 2001 г.
4. СТ РК 1617-2006 Надлежащая производственная практика.

**РАЗДЕЛ 3. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
CHAPTER 3. PREVENTIVE MEDICINE**

Геронтология

Gerontology

PNEUMONIA AND LUNG TUMOR IN ELDERLY PATIENTS

*G.S. Zimanova, Sh.B. Zhangelova, R.K. Almukhambetova, B.S. Iskakov
Kazakh National Medical University named S.Asfendiarov, Almaty,
Chair of Internal Diseases № 3*

ПНЕВМОНИЯ ЖӘНЕ ӨКПЕ ІСІГІ КӨРІ НАУҚАСТАРДА

*Г.С.Зиманова, Ш.Б.Жангелова, Р.Қ.Әлмұхамбетова, Б.С.Ысқақов
С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина
университеті, №3 Ішкі аурулар кафедрасы*

Түйін Жасы 60-тан асқан науқастарда өкпе қабынуы мен оған ұқсас өкпе ісігінің клиника-рентгенологиялық көрсеткіштері талданған. Қайталанған пневмония, ұзақ қызба, жедел респираторлық аурумен байланысы жоқтығы, тұрақты және үдемелі рентгенологиялық өзгерістер, қосымша антибактериалды емінің тиімсізділігі өкпе ісігінің мүмкіндігіне белгі болып табылған.

Түйінді сөздер ауруханадан тыс дамыған өкпе қабынуы, өкпе ісігі, көрі жас, ажырату диагноз

ПНЕВМОНИИ И ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Г.С.Зиманова, Ш.Б.Жангелова, Р.К.Альмухамбетова, Б.С.Искаков
Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова, Алматы, кафедра внутренних болезней
№ 3*

У пациентов старше 60 лет такие признаки как повторные пневмонии, длительная лихорадка, отсутствие связи с острым респираторным заболеванием, стабильность или нарастание рентгенологических изменений, неэффективность повторных курсов антибактериальной терапии делают диагноз опухоли вероятным.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, опухоль лёгких, пожилой возраст, дифференциальный диагноз

The following signs such as repeated pneumonia, long fever, non-relative acute respiratory diseases, permanent or increasing X-ray picture, non-effective antibacterial therapy makes the diagnosis of lung tumor more probable in patients above 60 years old with pneumonia symptoms.

Key words: community-acquired pneumonia, lung tumor, elderly patients, differential diagnosis.

Pneumonia is one of the widespread diseases of the people in the late period of life. As it is known the frequency of tumor increases with patient ages [1, 2].

The purpose of this investigation was elaborating the approaches for diagnosis and differential criterions between community-acquired pneumonia and lung tumor in elderly patients.

The diagnosis «Pneumonia» was based on clinical, laboratory and X-ray data.

The diagnosis «Lung tumor» is verified by revealing the atypical cells in sputum, pleural liquid, bronchial washing water [2].

The oncologist and phthisiatrician took part in differential diagnosis.

The usage of modern high informative methods (bronchoscopy + biopsy, thoracoscopy + biopsy, open lung biopsy) was difficult due to patients' poor common condition and severe functional cardiac and pulmonary insufficiency.

All patients were admitted to the Central clinical hospital of President's management affairs in Almaty. After leaving the hospital the monitoring of clinical, laboratory, X-ray data of all patients who had been treated the community-acquired pneumonia were conducted by division doctor for 5 years.

The object of the research was the patient in age over 60 years old who suffered community-acquired pneumonia.

513 cases of report of patients with pneumonia were analyzed. 203 patients were elderly (60-74 years old) and 104 senile (over 75 years old). Study also included 206 adult patients (35-59 years old) as the comparison group.

The pulmonary tumor of patients was revealed reliable frequently in senile ages than among adult ones.

Our dates are given in the table below.

Table - Comparison of frequency of some findings in elderly patients who suffered pneumonia and lung tumor

Findings	Patients above 60 years old				P-value
	pneumonia n=274		lung tumor n=26		
	cas e	M±m %	cas e	M±m %	
Beginning of disease					
-acute	27	9,8±1,4	2	7,7 ±5,2	p< 0,05
-after respiratory infection	52	19,0 ±2,4	1	3,8 ±3,7	
Repeated pneumonia during 5 years	12	4,3 ±1,2	8	30,8 ±9,0	p< 0,02
Long fever	9	3,3 ±1,1	12	46,2 ±9,8	p< 0,001
Another tumor disease in anamnesis	31	11,3 ±1,9	4	15,4 ±7,1	
Intoxication	6	2,2 ±0,9	-		
Haemophthisis	27	9,9 ±1,8	7	26,9 ±8,7	
ESR 30 mm/h and above	104	38,0 ±2,9	13	50,0 ±9,8	
X-ray signs					

Exudative pleuritis	23	8,4 ±1,7	5	19,2 ±7,7	
Shadow dynamics for 2 weeks -without changes -progressive	13 -	4,7 ±1,3	8 10	30,8 ±9,0 43,5 ±9,7	p = 0,02 p< 0,001
Repeated course of antibiotics -widespread medication	78 12	28,5 ±2,7 4,4 ±1,2	23 6	100,0 ±0 23,1 ±8,3	p< 0,001

The frequency of repeated diseases, long fever, progress of X-ray shadow, non-effect of antibiotic treatment was revealed with reliable difference between patients suffered tumor and pneumonia.

The relation with cooling, preceding respiratory infections were found reliably more seldom in the patients with tumor than among patients with pneumonia.

Differential diagnosis in involuntal aged patients should be based on analysis of some clinical, X-ray data, results of antibiotics therapy.

Posthospital monitoring of elderly persons should be continued over 1 year. According to modern standards of prophylactic medical examination, the monitoring must continue for a year. If final diagnosis of involuntal aged patients is unknown the purpose of the observation is determining the primary diagnosis by non-invasionable methods.

The offered method of diagnosis of pneumonia and the recommendations for monitoring make the diagnostical process easier and determine the criterions, methods and modern ways to its realization.

The application of the method of diagnosis and the recommendations for monitoring promotes

- lowering the diagnostic and care errors;
- early diagnosis of similar diseases and timely conducting of suitable treatment;
- improvement of the quality and the length of patients' life;
- forecast of expenses for care and diagnostic measures for involuntal aged patients with a variety of hard accompanying diseases.

References

- 1 Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Стречунский Л.С. Пневмония. М.: М-Вести.- 2006.- 204 с.
- 2 Рак лёгкого // Абисатов Х. Клиническая онкология.- Алматы: Арыс, 2007.-С. 213-301
- 3 Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней: 4-е изд., доп., перераб.- С-Петербург.: Элиб-СПб, 2007.- 704 с.

Зиманова Г.С. – профессор кафедры внутренние болезни №3, д.м.н.

Контакт: Жангелова Шолпан Болатовна моб. 87017392466, внутр 207, Zangelova1204@mail.ru

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АЛМАТЫ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ РАЗНООБРАЗНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Абикулова А.К.

Казахский национальный Университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

В статье рассмотрены особенности употребления основных продуктов питания лицами старшего и пожилого возраста на основе социологического опроса, который был проведен среди населения города Алматы.

Ключевые слова: качество жизни населения старшего и пожилого возраста, рациональное питание, состояние здоровья.

The opinion of older population in using of variety foods in Almaty

Abikulova A.

Key words: The life quality of older population, rational nutrition, state of health.

In the article regarded specifics basic food products based on public opinion a poll, which was conducted among the local population.

Алматы қаласының үлкен және егде жастағы тұрғындарының әр түрлі азық-түліктерді қолдану тұралы пікірі
Әбікулова А.

Мақалада Алматы қаласының үлкен және егде жастағы тұрғындары қолданатын негізгі азық-түліктердің ерешеліктері өлеуметтік сұрастыру негізінде қарастырылған.

Негізгі сөздер: үлкен және егде жастағы тұрғындардың өмір сапасы, рациональді тамақтану, денсаулық жағдайы.

По классификации Организации Объединенных Наций, общество, в котором доля населения в возрасте 65 лет и старше составляет 7% и более - относится к стареющему. В Казахстане доля этой категории людей на конец прошлого года составила 6,6%.

По прогнозам стагагенства РК 7-процентный порог будет превышен уже в 2017 году, и концу 2020 года доля пожилых людей в нашей стране может достигнуть 7,4%.

Питание пожилых людей – важная и актуальная проблема современности. Качество жизни пожилых людей во многом

зависит от их здоровья, а оно, в свою очередь, — от правильного рационального питания. По статистическим данным правильное питание увеличивает продолжительность жизни на 15 процентов. [1] Пища пожилых должна быть разнообразной, легкоусвояемой, биологически ценной, но по сравнению с пищей молодых людей энергетически менее ценной. Рацион должен содержать достаточное количество белков, витаминов и солей, особенно кальция, калия и железа.

Значительная возрастная перестройка у человека наступает примерно в 45 лет. В этом возрасте заметно изменяется деятельность желез внутренней секреции, снижаются окислительные процессы в органах и тканях, а вместе с тем и потребность в пище, необходимой для покрытия затрат организма. [2]

Конечно, названный возраст является условным. В жизни наблюдаются отклонения в ту или другую сторону. Многие зависят от условий жизни, характера труда, перенесенных в прошлом болезней. [3] Но все же чаще всего именно в возрасте 45 – 50 лет начинают проявлять себя наступившие в организме изменения – ранние предвестники старения.[4]

Задача сохранения здоровой старости заключается в том, чтобы задержать падение сопротивляемости организма. Обеспечить здоровую старость надо не тогда, когда она уже резко проявила себя, а тогда, когда она только наступает.

В 45 – 50 лет необходимо особенно внимательно приступить к проведению профилактических мероприятий, в том числе к правильному построению своего пищевого режима. [5]

На здоровье человека влияет очень много факторов. Это и состояние окружающей среды, и образ жизни, и двигательная активность, и социальный статус. Для сохранения и укрепления здоровья человек должен получать рациональное питание. [6] С целью выявления особенностей питания лиц старшего и пожилого возраста городского населения в возрасте 45 лет и старше нами было проведено социологическое исследование.

Материалы и методы

Опросом всего охвачено 405 человек в возрасте от 45 лет и старше города Алматы. Из них 28,4% - в возрасте 70-79 лет. Всего из опрошенных по социальному статусу пенсионеров было 83,9%, служащих - 7,8%, рабочих - 3,6%, предпринимателей - 2,3%. Из всех опрошенных большую часть - 51,3% составили лица, состоящие в браке, 41,9% - овдовевшие, 5,5% были разведены, 1,3% респондентов никогда не состояли в браке.

Результаты исследования

Из респондентов основную часть составили пенсионеры - 83,9% в возрасте от 60 и более. На вопрос оцените свое питание в целом: очень хорошее питание отметили 34% респондентов в возрасте 45-59 лет, и всего лишь 6,2% и 4,8% в возрасте 70-79 лет и 80 лет и более соответственно. Не очень хорошее питание было отмечено в возрасте 70-79 лет - 3,5% и 80 лет и более - 6,7%, тогда как в возрастной группе 45-59 лет положительных ответов не отмечено.

На вопрос что значит рациональное питание: употребление нежирного мяса отметили 40,2% респондентов из них наиболее высокий показатель отмечен в возрастной группе 45-59 лет - 53,6%, в возрасте 80 лет и более 27,4%, употребление мяса рыбы и птицы отметили 36,3% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 32,1%, в возрасте 60-69 лет - 29,7%, в возрасте 70-79 лет - 41,7%. в возрасте 80 лет и более - 39,6%. Роль белков в организме человека, особенно пожилого, чрезвычайно велика, так как функции их многообразны. Важнейшая функция белков - пластическая. Белки участвуют в процессах воспроизводства живой материи. Белки костей, хрящей выполняют опорную функцию. **Актин и миозин** обеспечивают сокращение мышц. Белки обладают каталитической активностью; все ферменты являются белками. Употребление хлеба грубого помола отметили 20,4% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 19,6%, в возрасте 60-69 лет - 9,9%, в возрасте 70-79 лет - 34,3%, в возрасте 80 лет и более - 27,4%, употребление овощей и фруктов отметили 46,6% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 71,4%, в возрасте 60-69 лет - 50,5%, в возрасте 70-79 лет - 40,9%, в возрасте 80 лет и более - 35,8%. В пожилом возрасте необходимо как можно больше включать в пищу разнообразные продукты растительного происхождения. Многие из них препятствуют развитию атеросклероза способствуют лучшему перевариванию и усвоению пищи. Содержащаяся в овощах и фруктах клетчатка регулирует деятельность кишечника, предупреждая запор, способствует лучшему выведению из организма избыточного холестерина и вредных продуктов, образующихся в кишечнике в процессе пищеварения.

Употребление молочных продуктов отметили 41,8% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 66,1%, в возрасте 60-69 лет - 42,3%, в возрасте 70-79 лет - 33,9%, в возрасте 80 лет и более - 36,8%, ограничение употребления сахара отметили 32,0% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 42,9%, в возрасте 60-69 лет - 19,8%, в возрасте 70-79 лет - 30,4%, в возрасте 80 лет и более - 40,6%, ограничение употребления соли отметили 24,7% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 39,3%, в возрасте 60-69 лет - 17,1%, в возрасте 70-79 лет - 26,1%, в возрасте 80 лет и более - 23,6%, не переедать отметили 30,7% респондентов из них в возрастной группе 45-59 лет - 35,7%, в возрасте 60-69 лет - 27,9%, в возрасте 70-79 лет - 35,7%, в возрасте 80 лет и более - 25,5%, другое отметили 1,3% респондентов из них в возрастной группе 60-69 лет - 0,9%, в возрасте 70-79 лет - 1,7%, в возрасте 80 лет и более - 1,9%.

Все жизненные процессы в организме человека находятся в большой зависимости от состава пищи, а также от режима питания. Для поддержания нормальной жизнедеятельности организма необходимо поступление разнообразных пищевых веществ, потребность в которых у взрослых зависит от вида труда, условий жизни и индивидуальных особенностей.

Изучение питания населения старшего возраста показало, что оно часто нерационально и несбалансированно в использовании продуктов. Так, в наборе основных пищевых продуктов у респондентов старшего возраста нет ограничений в употреблении соли и маринадов среди 75,3%, а сахара и кондитерских изделий - среди 68% респондентов, также имеет место переизбыток в 69,3% случаев.

В ходе нашего исследования были выявлены различные подходы к питанию, которые требуют дополнительного углубленного изучения и анализа тенденций среди лиц пожилого возраста.

Таким образом, для осуществления комплексных мер по улучшению состояния здоровья граждан пожилого возраста и их социальной защищенности мы рекомендуем введение целевой программы республиканского уровня. В программе должно быть предусмотрено создание школ активного долголетия, в которой одним из разделов рассматривались бы основные принципы питания в старшем и пожилом возрасте.

Литература

1. Воронина Л.П. Вопросы рационального питания у пожилых людей / Л.П. Воронина // Журнал «Медицинские новости». - №6. - 2007.
2. Физиология питания: Учебник/Т.М. Дроздова, П.Е. Влошинский и др. - Новосибирск: Сиб. унив. изд-во, 2007.
3. Методические рекомендации по организации питания людей пожилого и старческого возраста (утв. Минздравом СССР 19.02.1975 N 1225-75).
4. Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия / Л.Б. Лазебник, Ю.В. Конев. - Мос ква, 2002. - Г. 19. - С. 379-409.
5. Ших Е.В. Эффективность витаминно-минеральных комплексов с точки зрения взаимодействия микронутриентов / Е.В. Ших // Фармацевтический Вестник. - 2004. - № 37. - С. 358.
6. Park S., Johnson, M., Fischer J.G. J. Nutr Elder. - 2008. - № 27(3-4). - P. 297-317.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Исраилова Ш. В.
КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова

Проведенный анализ результатов исследования показал, что в числе факторов поддержания нормального физиологического состояния и работоспособности в пожилом возрасте важная роль принадлежит питанию. Сбалансированное соответственно возрасту питание оказывает существенное влияние на развитие процессов старения организма и на характер изменений, возникающих в различных его системах.

Как показал анализ, рацион питания респондентов в основном был представлен сахаром и хлебобулочными продуктами при ограниченном потреблении молочных продуктов, яиц и особенно овощей и фруктов.

Изучение питания имеет большое общемедицинское значение. Оно позволяет предупредить развитие заболеваний связанных с

неправильным питанием и таким образом способствовать повышению уровня здоровья и продолжительности жизни лиц пожилого возраста.

При организации питания пожилых людей необходимо учитывать, прежде всего, снизившиеся возможности пищеварительной системы и снижение интенсивности обменных процессов при старении.

Ключевые слова: рациональное питание, лица пожилого возраста, рацион питания, организация питания.

Егде жастағы тұлғалардың тамақтану ерекшеліктері және оны денсаулық жағдайына әсер етуі
Исраилова Ш. В.

С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Жүргізілген зерттеу нәтижелерін анализдеу егде жастағы адамдардың қалыты физиологиялық ахуалы мен жұмысқа қабілеттігін қолдау факторларының қатарында тамақтанудың рөлі аса маңызды. Жасына лайық сдұрысталған тамақтану организмдегі қартаю процестерінің дамуына және де оның түрлі жүйелерінде туындайтын өзгерістердің сипатына елеулі әсерін береді.

Анализге қарағанда, респонденттердің тамақтану рационнда, негізінде, қант пен нан өнімдері орын алды, осында сүт өнімдеріне, жұмыртқалар мен әсіресе жемістер мен көкөністерге шектеу жасалды.

Тамақтануды зерттеудің үлкен әрі жалпыға ортақ медициналық мәні бар. Ол дұрыс тамақтанбаумен байланысты аурулардың дамуын алдын алуға мүмкіндік беріп, осылайша егде жастағы тұлғалардың денсаулық деңгейі мен өмірлерінің ұзақтығын көтеруге ықпал етеді.

Егде адамдардың тамақтануын ұйымдастырған кезде, ең алдымен, қартайған кезде тамақ қорыту жүйесі мүмкіндіктерінің төмендегенін және зат алмасу процестері қарқындылығының төмендегенін ескеру қажет.

Негізгі сөздер: тиімді тамақтану, егде жастағы тұлғалар, тамақтану рацион, тамақтануды ұйымдастыру.

Feeding habits of elderly people and its impact on health

Israilova Sh.V.

KazNMU named after S.D.Asfendiyarov

The analysis results of the study showed that among the factors to maintain normal physiological status and health in old age belongs to the important role of nutrition. A balanced diet according to their age has a significant influence on the development processes of aging and the nature of changes occurring in its various systems.

Analysis showed that the diet of the respondents was mainly represented by sugar and bakery products with a limited intake of dairy products, eggs, and especially fruits and vegetables.

The study of general medical supplies is of great importance. It allows you to prevent the development of diseases related to malnutrition, and thus contribute to improved health and life expectancy of the elderly.

In organizing the supply of older people to consider, first of all, sapped the strength of the digestive system and reduced the intensity of metabolic processes during aging.

Keywords: rational nutrition, elder people, diet, catering.

Полноценное и адекватное потребностям организма питание является необходимым условием для гармоничного роста и развития, снижения риска заболеваний и продления жизни людей [1 - 2].

За последнее десятилетие во многих странах, в том числе и в РК, повысились темпы и без того быстрых изменений в рационе питания, вызванных экономическим развитием и глобализацией рынка. И хотя многие пищевые продукты стали доступней, проблемы, обусловленные неполноценным питанием и некоторыми специфическими составляющими рациона, могущими повысить риск возникновения неинфекционных заболеваний - ожирение, сахарный диабет, гипертония получают все большее распространение [3].

В мире признается наличие взаимосвязи между показателями пищевого статуса и здоровья населения [4 - 5], с одной стороны, и алиментарная обусловленность анемии, ожирения, диабета, артериальной гипертонии, инфаркта миокарда [6] с другой.

В числе факторов поддержания нормального физиологического состояния и работоспособности в пожилом возрасте важная роль принадлежит питанию. Сбалансированное соответственно возрасту питание оказывает существенное влияние на развитие процессов старения организма и на характер изменений, возникающих в различных его системах.

В проведенном нами исследовании в рамках НТП «Разработка модели (программы) антистарения» питание населения в возрасте от 45 лет и до 80 лет и старше, оценивалось по количеству и частоте потребления основных групп пищевых продуктов, составляющих дневной рацион питания.

Как показал анализ, рацион питания респондентов в основном был представлен сахаром и хлебобулочными продуктами при ограниченном потреблении молочных продуктов, яиц и особенно овощей и фруктов.

Продуктом ежедневного потребления населения явился хлеб. В ежедневный рацион питания его включают 93,5% респондентов.

Из молочных продуктов 33,2% опрошенных предпочитали обычное молоко (жирность не более 3,9%). На вопрос: «Сколько стаканов молочных продуктов(1 стакан- 200 мл) вы выпиваете обычно в день в течение последнего года?», 36,7% респондентов употребляют 1-2 стакана ежедневно, 10,5% -2-3 стакана, 3,4% - 3-4 стакана, 24,1% - несколько стаканов в неделю, 25,3% - редко пьют молочные продукты.

48% респондентов употребляли жирное мясо в течение последнего года.

Такой важный в белковом отношении продукт как яйца в своем пищевом рационе 39,8% употребляют 1-2 яйца в неделю, 28% -

3-4 яйца в неделю, 7,1% - 5-6 яиц в неделю, 2,6% - 7-8 яиц в неделю, 22,5% - несколько в месяц.

Ежедневно свежие фрукты включают в рацион питания 51,1% респондентов, 1-2 раза в неделю - 35,1%, 1-2 раза в месяц - 10,6%, не едят фруктов 2,1% опрошенных, другое указали 0,8%. Овощи, не считая картофеля, 72% опрошенных употребляют ежедневно, 20,7% - 1-2 раза в неделю, 5,2% - 1-2 раза в месяц, 1,5% - не едят овощей, другой вариант ответа отметили 0,6% респондентов.

Таким образом, изучение питания имеет большое общемедицинское значение. Оно позволяет предупредить развитие заболеваний связанных с неправильным питанием и таким образом способствовать повышению уровня здоровья и продолжительности жизни лиц пожилого возраста.

При организации питания пожилых людей необходимо учитывать, прежде всего, снизившиеся возможности пищеварительной системы и снижение интенсивности обменных процессов при старении. В связи с этим первым требованием к питанию пожилых людей является умеренность, т.е. некоторое ограничение питания в количественном отношении, вторым требованием следует считать обеспечение высокой биологической полноценности питания за счет включения достаточных количеств витаминов, биоолигоэлементов, фосфолипидов, полиненасыщенных жирных кислот, незаменимых аминокислот и др. Третье требование к питанию пожилых - обогащение его естественными антисклеротическими веществами, содержащимися в значительном количестве в некоторых пищевых продуктах[4].

Литература

1. Diet, Nutrition and Prevention of Chronic Diseases // Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. - WHO Technical Report Series, 216. - WHO, Geneva, 2003.
2. Popkin B.M. The shift in stages of the nutritional transition in the developing world differs from past experiences //Public Health nutrition. - 2007 -V.5. - P. 205 - 214.
3. Шокоманов Ю., Кривко Н., Осокина Н., АйджановМ. И др. Уровень жизни населения в РК // Агенство РК по статистике/UNIFEM/UNDP. - 2005. - 295.
4. Воронина Л. П. Вопросы рационального питания у пожилых людей / Л.П.Воронина // Журнал «Медицинские новости». - №6 - 2007.
5. Ших Е.В. Эффективность витаминно - минеральных комплексов с точки зрения взаимодействия микроэlements / Е. В.Ших // Фармацевтический вестник. - 2004. - №37. - с 358.
6. Park S., Jonson, M., Fisher J.G. J. Nutr.Elder. - 2008 - № 27 (3-4). - P. 297 - 317.

Спортивная медицина

Sports Medicine

ВРАЧЕБНО - ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ СПОРТСМЕНОВ

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко

Учебно-тренировочный центр Спортивный клуб армии Министерства обороны РК

Для контроля за состоянием здоровья и физической подготовленности спортсмена, решения вопросов восстановительного лечения или перехода спортсмена на новый (усиленный) тренировочный режим, проводится врачебно-педагогическое наблюдение. Врачебно-педагогическое наблюдение - это совместная работа врача, тренера и спортсмена. Медицинское обеспечение тренировочного процесса предполагает проведение следующих видов обследования:

- первичного
- ежегодного
- углубленного
- дополнительного
- этапного
- текущего
- срочного

Ключевые слова: врачебно-педагогическое наблюдение, текущий контроль; построгогрузочные изменения; физическая работоспособность, пульсовое давление

Sport training medical and pedagogical control

MV Nazarov, L. V. Babenko

The training center Sport Army Club

Ministry of Defence of the Republic of Kazakhstan

Medical control is a basic part of all sports medicine work.

By controlling proper biological loads, we can find out about the morpho-functional state of an athlete at any training or competitive stage. This ensures that the necessary measures can be taken to prevent illness or injury to achieve good performance in a particular sport.

When information gathered by the doctor during routine pedagogical, laboratory and on-field tests is discussed with the sport's technical specialists, better results can be achieved.

Controlling psychological aspects also plays an important role in the attainment of the targets set. In today's sport, proper biomedical and psychological control is a must. Coaches can only then be sure that their athletes will successfully complete their training programs.

To monitor the health and physical fitness athlete, addressing rehabilitation and transition to a new athlete (reinforced) training regimen, conducted medical-pedagogical supervision. Health and teacher observation - it is the joint work of the doctor, coach and athlete. Medical support of the training process involves carrying out the following types of surveys:

- primary-
- annual
- depth
- extra-
- stage
- the
- current-
- term

Keywords: medical-pedagogical supervision, monitoring, postnagruzochnye changes, physical performance, pulse pressure

Спортшыларды дәрігерлік-педагогикалық бақылау

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко

ҚР Қорғаныс министрлігі Әскерінің Спорттық клуб оқу-жаттығу орталығы

ТҮЙІНДЕМЕ:

Спортшының денсаулық жағдайын және дене шынықтыруға даярлығын бақылау үшін, қалпына келтіретін емдеу мәселелерін шешу немесе спортшыны жаңа (күшейтілген) жаттығу тәртібіне ауыстыру үшін дәрігерлік-педагогикалық бақылау жүргізіледі. Дәрігерлік-педагогикалық бақылау – бұл дәрігердің, жаттықтырушының және спортшының бірлескен жұмысы. Жаттығу процесін медициналық қамсыздандыру барысында тексерудің келесі түрлерін жүргізу жоспарлануда:

- алғашқы
- жыл сайынғы
- тереңдетілген
- қосымша
- сатылы
- ағымдық
- жедел

Кілттік сөздер: дәрігерлік-педагогикалық бақылау, ағымдық бақылау; жүктемеден кейінгі өзгерістер; дене-күш жұмыстарына қабілеттілік, тамыр соғу қысымы

Целью текущего контроля является определение степени выраженности построгогрузочных изменений, функционального состояния ведущих органов и систем организма.

Под влиянием рациональным занятиям спорта в сердце спортсмена происходят морфологические и функциональные изменения, являющиеся адаптационным и биологическим процессам. они выражаются в физиологической дилатации и гипертрофии сердца.

Физиологическая дилатация способствует увеличению в покое резервного объема крови находящегося в полостях сердца. При нагрузке это проявляется в увеличении систолического объема крови. Благодаря физиологической гипертрофии мышц сердца, увеличивается сила сердечных сокращений.

Функциональной особенностью сердца спортсмена является экономизация работы сердца в покое и повышения производительности в процессе физической нагрузки.

В покое регистрируется брадикардия, снижения АД, замедления скорости тока артериальной крови, удлинения диастолы, повышения систолического объема крови.

В процессе физической нагрузке регистрируется увеличение ударного объема крови, повышения систолического

внутрисердечного давления. Перкуторно определяется расширения сердечной тупости влево на 1-1.5 см. при аскультации сердца у спортсменов часто (30%) выслушиваются глухие тоны. Причиной является мощное развитие мускулатуры грудной клетки ухудшающая проводимость звуков сердца, а также повышается тонус блуждающего нерва. На ЭКГ чем больше длительность интервала PQ. Тем слабее 1 тон. Систолические шумы функционального происхождения частое явление у спортсменов(25-50%). ЭКГ спортсменов в покое:

- интервал PQ нередко удлинен
- внутрижелудочковая проводимость QRS в тех же пределах
- длительность электрической систолы интервала QT у спортсменов, где чаще применяются нагрузки на выносливость, может быть несколько больше.

А. А. Бутченко много занимающийся изучением особенностей ЭКГ у спортсменов отмечает следующие: умеренную и выраженную синусовую брадикардию, синусовую аритмию, низкие зубцы P, зубцы T большой амплитуды, высокий вольтаж комплекса QRS, смещение сегментов ST выше изолинии до 3.5 мл. вертикальная и полувертикальная позиция сердца, часто отклонение электрической оси сердца вправо.

Для оценки деятельности сердечно-сосудистой системы спортсменов и определение их адаптационных возможностей к физическим нагрузкам мы наблюдали 40спортсменов военного колледже спорта ЦСКА МО РК. Виды спорта: художественная гимнастика, спортивная гимнастика, прыжки на батуте. Наблюдение с нагрузкой проводились 3 раза в неделю:

1. На следующий день после дня отдыха.
2. На следующий день после наиболее тяжелой тренировки
3. На следующий день после умеренной тренировки

Наблюдались спортсмены в течение одного года.

Функциональную пробу проводили сразу после тренировки. Определялась направленность и степень выраженности сдвиг базовых гемодинамических показателей пульса и давления под влиянием физической нагрузки различной направленности. у обследуемых в состоянии покоя (5 мин. Пребывания в положении сидя, в расслабленном состоянии) измерялось АД и пульс до получения стабильных показателей. Затем предлагалось выполнить (не снимая тонометрической манжеты) две стандартных нагрузки. Первая 20 приседаний за 30 секунд. Вторая-2-х минутный бег на месте в темпе 180 шагов в минуту. Интервал отдыха между первой и второй нагрузкой 3 минуты. В течении трех минут первые 10 секунд каждой минуты замерялся пульс, а артериальное давление с 15 по 45 секунду каждой минуты.

В зависимости от направленности и степени выраженности сдвигов величин пульса и давления делались выводы о подготовленности спортсмена к тем или иным физическим нагрузкам.

Суммируя общие данные, предлагаем к рассмотрению наиболее характерные для данной группы спортсменов изменения.

Для оценки полученных данных за основу были взяты материалы В. В.Гориневской, где благоприятным считается

учащение пульса после функциональной пробы на 6-7 ударов за 10 секунд, подъем максимального АД на 12-22 мм.рт.ст. и

снижения минимального АД на 0-6 мм. рт. ст. Приводим полученные данные в виде таблиц.

Таблица №1

Показания исследования	время	ЧСС За 10 сек.	Max АД	Min АД	Тип реакции
После 1-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	23	140	70	нормотоническая
	3 мин.	11	120	75	
После 2-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	24	150	65	нормотоническая
	3 мин.	12	135	70	

33 спортсмена показали нормотонический тип реакции. Воздействие нагрузок на организм данной группы спортсменов оценивается как незначительная, в видимо в силу их высоких функциональных возможностей. В этом случае вопрос о

переходе на новый (усиленный тренировочный режим может быть решен положительно.

Таблица №2

Показания исследования	время	ЧСС За 10 сек.	Max АД	Min АД	Тип реакции
После 1-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	25	140	70	нормотоническая
	3 мин.	12	120	75	
После 2-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	30	115	Бесконечный тон	Феномен бесконечного тона
	3 мин.	18	105		

Тренировочная нагрузка оказала чрезмерное воздействие на организм, вызвало значительное утомление, что как правило находило отражение и в характеристики внешних признаков – утомление, бледность кожных покровов, повышенная потливость. В данных случаях уровень функциональных

возможностей организма оценен как не высокий, что является следствием либо отклонения в состоянии здоровья - в 3-х случаях, либо не высокого уровня тренированности - в 2-х случаях. Это противопоказания на новый тренировочный режим.

Таблица №3

Показания исследования	время	ЧСС За 10 сек.	Max АД	Min АД	Тип реакции
После 1-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	24	140	70	нормотоническая
	3 мин.	11	130	75	
После 2-ой Дополнительной нагрузки	1 мин.	28	160	80	Гипертонический тип реакции
	3 мин.	14	160	85	

Два спортсмена показали гипертонический тип реакции. В это группе провели дополнительное обследование ЭКГ и ЭХОКГ. Были обнаружены функциональные изменения патологического характера - перетренированность (на ЭКГ синдром ранней реполяризации желудочков). Этой группе спортсменов временно снизили нагрузки и провели восстановительное лечение. На основании выше изложенных данных следует сделать вывод, что врачебно педагогическое наблюдение очень важно в налаживание тренировочного процесса. Своевременный контроль приводит спортсмена к достижению высоких спортивных результатов.

Литература:

1. «Как определить тренированность спортсмена», И. В.Аулик 1987г.
2. «Спортивная медицина», Г. Г. Макарова 2005г.
3. «Врачебное наблюдение за спортсменами», Г.М.Куколевский 1975г.
4. «Определение и оценка физической работоспособности человека», Л.А.Бутченко, В.К. Ведерников, 1981г.
5. «Спортивная медицина», А.Г.Дембо, 1975г.

ПИТАНИЕ СПОРТСМЕНОВ

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко

Учебно-тренировочный центр Спортивный клуб армии Министерства обороны РК

Режим питания и состав пищи играют важную роль и улучшают адаптационные возможности спортсменов к тренировочному процессу.

Представителям различных видов спорта требуется питание в зависимости от характера их мышечной деятельности. Режим питания спортсмена имеет свои особенности. Систематические тренировки и участия в соревнованиях повышают процессы обмена веществ. Исходя из расхода энергии, которая затрачивается спортсменом в процессе всей его деятельности (работа, учеба, тренировки), и определяется рацион питания.

Ключевые слова:

Спортсмен
Спортивное питание
Меню-раскладка
Функциональная проба
Мальтодекстрины

Sport Nutrition

The goal of this article is to promote optimal health and sport performance by linking together information about nutrition and exercise. For competitive athletes this may mean determining fluid, nutrient, and energy needs during times of intense training and competition. It may also mean determining the appropriate food, fluids and supplements required for various exercise situations or environmental conditions.

Research on the role of nutrition in exercise and sport has increased dramatically over the last 20 years. Today there is no doubt that nutrition plays a vital role in exercise performance and training. There is no question that competitive athletes can benefit from adequate energy, nutrient and fluid intakes.

Indeed, nutrition influences nearly every process in the body involved in energy production and recovery from exercise. To understand and apply the principles of sport nutrition, some basic understanding of nutrition is necessary, as well as some knowledge of the biochemical and physiological processes that occur in different cells and tissues and now these processes are integrated throughout the body.

Successful integration of a sport nutrition program requires an understanding of the athletic culture, physiological milestones, and life stressors faced by athletes. The sport nutritionist functions as an educator, counselor, and administrator. Team presentations and individual nutrition counseling provide athletes with accurate information on healthy eating behaviors for optimal performance. For women's sports, a multidisciplinary team including the sport nutritionist, team physician, clinical psychologist, and athletic trainer work to prevent and treat eating disorders. Case studies are presented illustrating the breadth of nutrition-related issues faced by a sport nutritionist working with college athletes.

Спортшылардың тамақтануы

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко

Түйіндеме: Тамақтану тәртібінің және тағамның құрамының маңызы зор әрі ол спортшылардың жаттығу процесіне бейімделу мүмкіндіктерін жақсартады. Спорттың әртүрлі салаларымен шұғылданатын спортшылар бұлшықет қызметінің сипатына байланысты тамақтанулары қажет. Спортшының тамақтану тәртібі өзіндік ерекшеліктерге ие. Жүйелі орындалатын жаттығулар және сайыстарға қатысу зат алмасу процесстерін жоғарылатады. Спортшы бүкіл іс-қимыл (жұмыс, оқу, жаттығу) кезінде жұмсайтын қуат шығынына қарай тағам мөлшері анықталатын болады.

Кілттік сөздер: Спортшы Спорттық тамақтану Мәзір-тарату парағы Қызметтік сынама Мальтодекстриндер

Спортсмены-профессионалы и тем более спортсмены-любители, или физкультурники представляют собой весьма значительную и активную часть нашего общества. Важнейшим условием достижения спортивного успеха и сохранения здоровья является правильное и рациональное питание. Оно должно полностью удовлетворять потребности человека в энергии, пластическом материале, биологически активных компонентах и вызывать у него положительные эмоции. Кажется очень просто — удовлетворять свои потребности и будешь здоров и жизнерадостен. Но в действительности все сложнее: дело в том, что потребности в компонентах пищи меняются на протяжении жизни человека и зависят от целого ряда факторов, из которых складывается то, что принято называть образом жизни (греческое — *diaita*).

Адаптация к систематическим физическим нагрузкам у профессионального спортсмена или любителя всегда проходит в несколько стадий, на каждой из которых потребности в пище неодинаковы. Современные знания биохимических и физиологических процессов одновременной адаптации к характеру питания и режиму физических нагрузок позволяют определить адекватные схемы питания. Однако эти схемы

рассчитаны чаще всего на среднестатистического человека и не вполне учитывают индивидуальные особенности физиологии спортсмена-профессионала и конкретные условия тренировок. В любительском спорте также немало проблем, связанных с личными, иногда неизвестными самому физкультурнику аспектами здоровья, — возрастными, хроническими, приобретенными или наследуемыми. Исследования в этом направлении продолжаются, и есть обнадеживающие результаты.

Современному спорту присущи интенсивные физические нагрузки во время тренировок и соревнований, высокое нервно-эмоциональное напряжение борьбы, нацеленность на рекордные спортивные результаты. Процесс подготовки к соревнованиям требует от спортсмена огромных затрат времени и включает, как правило, двух- или трехразовые ежедневные тренировки, оставляя все меньше возможностей для отдыха и полного восстановления физической работоспособности. Содержание тренировки в течение одного рабочего дня разнообразно: упражнения скоростно-силового характера сменяются циклической работой на выносливость. Интенсивность и длительность выполняемой работы зависят от педагогической задачи данной тренировки, микроцикла или целого периода подготовки к соревнованиям. Понятно, что средства и способы восстановления физической работоспособности спортсменов должны вытекать из характера выполняемой работы. Одним из первых и мощных средств восстановления является питание, именно оно в первую очередь способно расширить границы адаптации организма спортсмена к экстремальным физическим нагрузкам. Однако среди специалистов не

существует единого мнения относительно стратегии и тактики питания спортсменов. Возможно это связано с отсутствием точной информации о физиологических и биохимических изменениях в организме спортсмена в условиях многоразовых тренировок и сверхнапряженных соревнований. Прежние представления, например, о биохимической неоднородности процессов восстановления после однократной физической нагрузки требуют на сегодня серьезной корректировки. Суточные ритмы обмена веществ, характерные для состояния покоя, также могут изменяться под воздействием такого фактора, как систематическая мышечная деятельность. Постоянно меняющийся характер физической нагрузки переклюкает обмен веществ с одного вида (обмен белка при силовой и скоростно-силовой работе) на другой (обмен углеводов и липидов при работе на выносливость). Существующие рекомендации по питанию спортсменов в разных видах спорта учитывают объем и интенсивность нагрузки усредненным, интегрально-валовым образом. Это приводит к тому, что совершенно разные по содержанию тренировочного процесса виды спорта, такие например, как футбол и плавание, объединены в одну группу по энерготратам и соответственно по рекомендуемому количеству белков, жиров и углеводов в рационе.

Всегда неясным остается вопрос об уровне энерготрат у спортсменов в определенных видах спорта. Ориентировочные величины для одного вида спорта, например волейбола, для равных по силе национальных команд из разных стран колеблются в широких пределах: Япония — от 13 200 до 16 100 кДж, Болгария — от 17 600 до 19 200 кДж, Россия — от 18 800 до 23 000 кДж (мужчины, 70 кг). Вероятные причины указанных различий могут заключаться в содержании тренировочного процесса, характере питания и, возможно, особенностях обмена веществ. Полное покрытие расходов энергии у спортсменов есть необходимое требование. Однако существует мнение, что это не всегда обязательно. Определенный дефицит в 5-10% от суточных энерготрат целесообразно иметь в тех случаях предсоревновательного периода, когда необходимо использовать неполное удовлетворение энергетических потребностей в качестве биологического стимулятора

обменных процессов с целью лучшей адаптации спортсменов к нагрузкам. При этом недостаток энергетического и пластического субстрата стимулирует его образование в организме и повышает коэффициент полезного действия пищи и тренировки. Понятно, что такой способ адаптации нельзя применять в период сверхинтенсивных (максимальных) тренировок и соревнований или в дни восстановления.

Особенностью соревнований, а порой и тренировочного процесса, является высокое эмоциональное и нервное напряжение спортсмена. При мышечной деятельности в мобилизации, утилизации и реституции источников энергии участвуют гормоны. Они способствуют сохранению определенных границ гомеостаза, что обеспечивает работоспособность организма при том или ином виде

мышечной деятельности. В связи с этим необходимо учитывать влияние пищевых веществ при создании метаболического фона, благоприятного для биосинтеза гуморальных регуляторов (андрогенов, катехоламинов, проста-гландинов, кортикостероидов и др.) и для реализации их действия. Спортсмены высокой квалификации в течение своей спортивной жизни адаптируются не только к определенному режиму тренировок, но и к режиму питания. Существует мнение, основанное на убедительных доказательствах, что скорость движения пищи по пищеварительному тракту у спортсменов-щтангистов выше, чем у нормальных здоровых людей.

При организации рационального питания спортсменов в период напряженных физических нагрузок в условиях учебно-тренировочного сбора или в сложных условиях соревнований появилась необходимость использовать специальные продукты повышенной биологической ценности (ППБЦ). Успешное применение таких продуктов предполагает четкое определение стратегии и тактики их использования.

Спортсмены-любители, или физкультурники, занимаясь спортом, решают другие задачи, прежде всего оздоровительного плана, и поэтому разработка режима питания для них должна быть направлена на сохранение и укрепление здоровья.

Избыточная пища перегружает пищеварительные органы и либо не усваивается организмом, либо увеличивает массу тела. Принимать пищу следует в строго определенные часы, что обеспечивает соблюдение установленного режима в работе внутренних органов, а это очень важно для нормальной деятельности всего организма. Когда спортсмен пропускает привычное время завтрака или обеда, то вслед за усилением пищеварительных соков наступает их задержка, аппетит сначала снижается, потом пропадает. Пища принятая в неурочное время хуже переваривается и усваивается. Время приема пищи следует устанавливать учитывая тренировочное время. Принимать пищу следует не менее трех раз в сутки. После напряженной тренировки рекомендуется принять 150-200 мл. питательного или сахарного раствора. Затем следует отдохнуть 30-45 минут и лишь после этого приступить к еде. Как интенсивное пищеварение мешает мышечной работе и снижает нервное напряжение, так и работа мышц и эмоциональное возбуждение мешают нормальному пищеварению, поэтому начинать спортивные занятия следует не ранее чем через два часа после завтрака или обеда.

Обычно тренировки проводятся вечером через 1-2 часа после учебы. В таких случаях суточный рацион питания следует распределить (по калорийности) таким образом:

Завтрак 30-35%

Обед 35-40%

Ужин 30-35%

Трудно усвояемые и по долгу задерживающиеся в желудке продукты следует потреблять во время завтрака. По объему дневной рацион спортсмена должен быть не большим, что бы не перегружать пищеварительный тракт (не более 3-3,5 кг.). Поэтому в пищу спортсмена необходимо включать высококалорийные продукты, такие, как говядина, баранина, свинина. Приспособления питания к особенностям спортивной деятельности определяет различие в зависимости от вида спорта. Рацион питания спортсменов у которых в тренировке преобладают скоростные нагрузки, должен содержать большое количество белков, углеводов и фосфора. Виды спорта с длительными нагрузками и необходимости поддержания большой выносливости требует большого количества углеводов и витаминов С и В1. У спортсменов занимающихся тяжелой атлетикой, метанием копья и борьбой, в пище должно содержаться большое количество белков(для нормальной деятельности нервной системы). Когда в процессе занятий происходит усиленная потеря тепла организма, то требуется увеличение в пище жиров. Спортсмены занимающиеся видами

спорта которые предъявляют особенно высокие требования к зрению, должны увеличить в своем рационе количества витамина А. Многие авторы рекомендуют в питании спортсменов добавлять молочные продукты. Молоко легко переваривается, содержит высококачественные белки, значительное количество жиров, ряд важных для жизнедеятельности организма минеральных солей, микроэлементов, витаминов.

Особого внимания заслуживают также вопросы, связанные с устранением факторов, создающих неблагоприятные условия для функционирования печени и желчевыводящих путей, которые играют основную роль в процессах детоксикации. Речь идет о холестазае. Для профилактики данного синдрома рекомендуется дробное питание(4-5 раз в сутки), использование продуктов, содержащих большое количество пищевых волокон и обладающих выраженными желчегонными эффектами (пшеничные, овсяные, и кукурузные отруби, свежие овощи и фрукты). Добавление в рацион пищевых веществ, усиливающих отток желчи(кукурузная, подсолнечное, оливковое масло).

Хорошо продуманное питание будет способствовать результативности спортсменов. Спортсмены которые регулярно тренируются, должны потреблять от 2 до 2,5 грамм белка на килограмм массы тела. Более половины белка должно быть животного происхождения. Наиболее ценными являются белки молока и молочных продуктов, мясо, рыбы, яиц. В растительных продуктах наиболее ценные белки содержатся в некоторых крупах: гречневая, овсяная, рисовая; бобовые, особенно соя, в овощах и картофеле. Боксерам (быстрота, концентрация, резкость движения) 2,4-2,5 грамм белка на килограмм массы в сутки. Спортсмены тренирующие на выносливость должны потреблять больше растительных масел, причем в чистом виде, например в качестве приправы к варенному картофелю или кашеной капусте.

Потребность спортсменов в жирах составляет 100-120 грамм, из них 80% жиров животного происхождения. Из этой нормы на долю молочных жиров должно приходиться около 90%.

Основным источником энергии служат углеводы. Они не обходимы для мышечной деятельности, поддержания температуры тела. Потребность в углеводах в сутки для спортсменов составляет от 600 до 700 граммов. Из этого количества на долю сахара должно приходиться около 35%, а остальные 65% на долю хлеба, картофеля, макарон, гороха, фасоли.

Одним из необходимых условий оптимизации построгодового восстановления является ускорение в восстановительных процессах в мышцах (гликогены) которое может затягиваться до 48 часов и более. Для восстановления ресинтеза мышечного гликогена необходимо соблюдение двух условий. Выбор продуктов с высоким гликемическим индексом и начало их приема сразу после окончания работы. При этом необходимо учитывать, что сразу после изнурительной работы спортсмен не готов к приему большого объема пищи, в этих случаях предпочтительно употреблять жидкость. Поэтому в наличии всегда должны быть напитки. В этих случаях предпочтение отдается мальтодекстринам. Осмотичность мальтодекстринов ниже, чем глюкозы, и желудочная секреция при их употреблении выражена в меньшей степени. Если между приемами пищи возникает значительный временной перерыв, то последний ее прием должен обеспечить поступление в организм такое количество углеводов, которое бы соответствовало предстоящему интервалу: 50гр. – на 2 часа.

150гр. – на 6 часов.

250гр. - на 9 часов.

Нами использовались различные спортивные напитки с учетом содержания углеводов, и с учетом суточной потребности в витаминах.

Данные о суточной потребности в витаминах (в мг.) для спортсменов

ВИТАМИНЫ	НАГРУЗКИ	
	Скоростные и силовые	На выносливость
А	3.0	3.0
Д	0.0125	0.0125
Е	3.0	6.0
В1	5.0	10.0
В6	2.5	5.0
В12	25.0	2.0
РР(никотиномид)	25.0	25.0
Фоливая кислота	4.0	4.0
Пантотеновая кислота	1.0	1.0
С	250.0	300.0
Р	50.0	50.0

На учебно-тренировочном сборе, проводимом в условиях высокогорья, в трех недельный срок, мы составили режим дня с

двух разовыми тренировками и с учетом нагрузочного процесса. Составили меню раскладку на все время сбора. Для контроля

были взяты спортсмены в возрасте от 12 до 14 лет, с весом от 40-50 кг., в количестве 40 человек. Виды спорта : дзюдо, бокс,

вольная борьба.

Приводим пример меню – раскладки. Это день максимальных нагрузок на выносливость.

№	СРЕДА	ВЫХОД	БЕЛКИ	ЖИРЫ	УГЛЕВОДЫ	ККАЛ
1.	Творог со сметаной с сахаром,	100/30/70	17.21	0.88	66.78	356
	яйцо отварное,	1 шт.	9.2	5.4	0.47	100.5
	каша рисовая молочная,	200.0	14	1.2	78.7	368
	настой шиповника.	200.0			19.1	78.0
2.	Молоко	200.0	6.6	7.4	9.4	134
	Мед	100	5.4	0.4	80.0	605.0
	сухофрукты	50				
3.	Борщ украинский с мясным фаршем и сметаной	400.0	7.8	8.3	35.0	253.0
	Курица с Вермишелью	150/100	25.7	13.8	24.55	339.5
	Винегрет	100.0	1.0	2.4	7.7	57,5
	Мусс клюквенный	200.0	0.2		55.8	230.0
4.	Сок яблочный	200.0	1.2		46.0	193.3
	шоколад	100.0	9.1	32.8	54.7	563.0
5.	Гуляш с гречневой кашей Салат	47/180/80	24.5	20.7	53.4	512
	Чай сладкий	250			92.2	375
	мармелад	100			66.1	271
Хлеб на день						
Пшеничный		150.0	10.65	1.5	70.5	345.0
	ржаной	150.0	10.5	1.5	67.5	334
ВСЕГО:			138.56	94.88	758.7	4.544.5

Для оценки функционального состояния спортсменов проводилась функциональная проба: давали нагрузку - 3-х минутный бег сразу после тренировки. Затем измеряли АД и пульс за 10 секунд, в течение 3-х минут. Для оценки функционального состояния учитывалось и время восстановления спортсменов. Все спортсмены дали нормостенический тип реакции. В динамике во всех случаях мы отметили повышения функциональных возможностей и уровня тренированности.

Литература:

1. Hargreaves, M., J.A.Hawley, and A.E.Jeukendrup. 2004/ Pre-exercise carbohydrate and fat ingestion: Effects on metabolism and performance. Journal of Sport Sciences 22: 31-38.

2. Hawley, J.A., E.J.Schabort, T.D.Noakes, and S.C.Dennis. 1997. Carbohydrate loading and exercise performance: An update. Sports Medicine 24: 73-81.

3. Фармокологическое обеспечение в системе подготовки спортсменов.-2004г. Г.А.Макаров.

4. Питание спортсмена.-1998г.Г.М.Кукалевский

5. Спортивная медицина 2003г.Г.А. Макаров

6. Справочник по детской диететики.-1980г. Под редакцией проф. Воронцова И. М., проф. Мазурина А.В.

7. Спортивная медицина .1996г.Смольский В.М.

8. Питание спортсмена-1987г. Н.Н Яковлев

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ МИОКАРДА У СПОРТСМЕНОВ

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко

Учебно-тренировочный центр Спортивный клуб армии Министерства обороны РК

Основной причиной дистрофии миокарда является длительная физическая перегрузка спортсмена, или тренировка проводимая на фоне заболевания или вскоре после его окончания. В этих случаях существенное значение имеют хронические очаги инфекции, нейроциркуляторные дистонии, гипертиреоз, нарушение режима сна и отдыха, неправильное питание.

Хроническое физическое перенапряжение – это нарушение функций органов и систем организма вследствие воздействия неадекватных нагрузок. В развитии перенапряжения ведущую роль играют несоответствие функциональных возможностей организма силе провоцирующего фактора.

Синдром хронического перенапряжения миокарда продолжает оставаться одной из наиболее сложной проблем спортивной медицины и может протекать в виде следующих синдромов:

- дистрофического
- аритмического
- гипертонического
- гипотонического

Причем дистрофический синдром одна из самых часто диагностируемых формы хронического перенапряжения миокарда у спортсменов.

Термин дистрофия миокарда берет начало в учении Г.Ф. Ланга. поскольку этот диагноз ставится исключительно на основании данных ЭКГ, а именно, изменении конечной части желудочкового комплекса, которые могут развиваться в результате самых различных патогенетических процессах, рядом специалистов предлагается использовать термин «нарушения реполяризации миокарда».

Основной причиной дистрофии миокарда является длительная физическая перегрузка или тренировка проводимая на фоне какого либо заболевания. Или вскоре после его окончания. В этих случаях существенное его значение имеют очаги хронической инфекции. нейроциркуляторная дистония, гипертиреоз, нарушения режима работы, отдыха, сна, неправильное питания, что соответствует этиопатогенетическим проявлениям данных процессов:

- недостаточность коронарного кровообращения в гипертрофированном сердце спортсмена
- при обладании вегетативной нервной системы.
- выброс катехоламинов вызывает гипоксию, стимулирует переход ионов кальция в миокардиальные клетки. Накопление кальция в саркоплазме способствует выхода калия из клетки. Такие же изменения происходят при интенсивной и длительной работе сердца и приводит к длительному дисбалансу между сокращением и расслаблением миокардиальных клеток.
- На ЭКГ при этом отрицательный зубец Т, смещение ST ниже изолинии.
- повышенное выделение тироксина способствует токсическому воздействию на миокард.
- чрезмерные физические нагрузки также повышают секрецию кортикостероидных гормонов и приводят к уменьшению содержания калия в миокарде.

Наиболее часто дистрофия миокарда встречается у спортсменов чьи тренировки направлены на преимущественное развитие выносливости. Это могут быть спортсмены, не предъявляющие жалобы, имеющие высокую специальную и общую работоспособность и показывающие хорошие спортивные результаты. Таким образом, поражение сердца у спортсменов при хроническом физическом перенапряжении представляют собой:

- дистрофию миокарда
- микронекрозы
- миодистрофический кардиосклероз

Нами наблюдалось **50** спортсменов военного колледжа спорта ЦСКА МО РК. Возрастная группа от 12 до 15 лет. Наблюдение проводилось в течение 3-х лет. Виды спорта: регби, футбол, легкая атлетика. Из **50-ти человек у 6** были выявлены признаки нарушения процессов реполяризации по результатам ЭКГ:

- ЭКГ- снижение амплитуды зубца Т вплоть до изоэлектричности-2 спортсмена
- уплощение зубца Т, TV1>TV6-1 спортсмен
- снижение амплитуды зубца Т-1 спортсмен
- 3-х фазный зубец Т(++)-1 спортсмен

Эти изменения у пяти спортсменов были объединены в первую группу соответствующую первой стадии дистрофии миокарда. Характерной особенностью спортсменов данной группы была нестабильность и изменчивость результатов ЭКГ в динамике.

У одного из шести спортсменов с хроническим тонзилитом наблюдались более выраженные изменения ЭКГ: инверсия зубца Т типа (-+) в V2-V3 отведениях, выпуклая приподнятость сегмента ST. Это соответствует второй стадии дистрофии миокарда.

У троих из шести спортсменов были выявлены хронические очаги инфекции - кариес, хронический тонзилит, риносинусит. Пять спортсменов с первой стадии дистрофии миокарда были отстранены от соревнований. Сокращено количество тренировок в неделю, их длительность и интенсивность. Спортсмен со второй степенью выраженности дистрофии миокарда был отстранен от соревнований и тренировок. Ему предложили специальный спортивный режим с постепенным и с последовательным увеличением физических нагрузок вплоть до перехода к спортивным тренировкам.

Из-за режима спортсменов устранили всевозможные неблагоприятные факторы (сон, рациональное питание, устранение вредных привычек). Санировали очаги хронической инфекции. Добавили препараты и продукты повышенной биологической ценности. Удлинили сон до 9-10 часов в сутки. Оградили от нежелательных психоэмоциональных воздействий. Назначили комплекс витаминов, препаратов калия и средства из группы метаболитов.

Совместными усилиями врача и тренера во всех шести случаях был достигнут положительный результат (нормализовались показатели ЭКГ).

Таким образом, полученные нами данные, подтверждают положение о решающей роли в развитии синдрома перенапряжения миокарда различных нарушений в режиме тренировок, приводящих к несоответствию нагрузок к функциональным возможностям сердца.

Несомненно также значение очагов инфекции какотягчающих факторов этиопатогенеза.

Литература:

1. Спортивная медицина Г. А. Макарова 2003г.
2. Медицинские проблемы высшего спортивного мастерства Н. Д. Граевская, Г. А Гончарова 1976г.
3. Хроническое физическое перенапряжение организма Л. А. Будченко 1980г.
4. Фармакологическое обеспечение в системе подготовки спортсменов Г. А. Макарова 2004г.
5. Вопросы спортивной кардиологии под редакцией профессора Р. Д. Дибнера 1977г
6. Возрастная кардиогемодинамика у спортсменов Р. А. Меркулова, С.В. Хрущев, В. Н. Хельбин, 1989г.
7. Спортсменам о восстановлении П. И. Готовцев, В. И. Дубровский, 1981г.
8. Динамика кровообращения у спортсменов В. Л. Карпман, Б.Г. Любина, 1982г.

Ключевые слова:

1. Дистрофия миокарда
2. Перенапряжение
3. Синдром ранней реполяризации желудочков
4. Перегрузка
5. Нейроциркуляторная дистрофия
6. гипертиреоз

РАЗДЕЛ 4. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ CHAPTER 4. INNOVATIVE TEACHING METHODS

К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКСИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

К.п.н., доцент Сулейменова О.Я., ст. преп. Садыкова А.А.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра иностранных языков

Медициналық ЖОО-да шет тілін оқыту кезінде лексикалық дағдыларды қалыптастыру мәселесі жайында

П.Ф.к., доцент Сулейменова О.Я., аға оқытушы Садыкова А.А.
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, шетелдік дағдылар кафедрасы

Бұл мақала медициналық жоғары оқу орындарында шет тілін оқытуда лексикалық дағдыларды қалыптастыру мәселесіне арналған.

Халықаралық байланыстардың кең дамуы, халықаралық өмірдің ұлтаралыққа айналу үдерісі, дамылсыз дамып, артып келе жатқан ақпарат ағымына дұрыс әрі тез бейімделуге қабілетті мамандарды даярлауға қойылатын талаптарды жоғарылату – осының барлығы медициналық ЖОО-да тілдерді үйретудің мақсаттары мен міндеттерінің бағытын қайта жасауға түрткі болып отыр.

Өзгелермен бірге тілдік құзыреттілік те халықаралық білім беру кеңістігінде және еңбек нарығында ұтқыр әрі жоғары білікті, бәсекеге қабілетті мамандарды даярлаудың ажырамас бөлігіне айналды.

The formation of lexical skills in teaching foreign language teaching in medical schools

Ph.D., Associate Professor O. Suleimenov, Senior Lecturer Sadykov A.A.

KazNMU, Department of Foreign Languages

The extensive development of international contacts, the trend toward internationalization of international life, and increasing demands for training that can correctly and quickly navigate in an increasingly growing volume of information - all this was the impetus for the reorientation of the goals and objectives of language teaching in medical school.

Linguistic competence, along with the other became an integral part of the preparation of highly qualified and competitive professionals in the mobile space, international education and the labor market. This article deals with the problems of forming students' lexical skills in teaching foreign languages in high medical schools.

Широкое развитие международных контактов, тенденция к интернационализации международной жизни, повышение требований к подготовке специалистов, способных правильно и быстро ориентироваться во все более возрастающем объеме информации – все это явилось толчком к переориентации целей и задач обучения языкам в медицинском вузе.

Языковая компетенция, наряду с другими стала неотъемлемым элементом подготовки высококвалифицированных, конкурентоспособных специалистов, мобильных в международном образовательном пространстве и рынка труда. В условиях углубления интеграционных процессов в мировом образовательном пространстве обучение языкам является насущной потребностью и лингвистическая компетентность стала основной для жизни в социуме и ключом к коммуникации. За последние годы широкое развитие получило международное сотрудничество в области медицины. Все больший размах приобретает обмен специалистами, студентами и делегациями, организация конференций и семинаров, обмен научной информацией между странами, куда целесообразней отправлять специалистов, владеющих иностранным языком.

Кроме того, сегодня нужны высококвалифицированные специалисты, владеющие иностранными языками, а не просто переводчики. Ждать, когда необходимую статью переведут, потом напечатают, – это неподозволительная роскошь при стремительном развитии науки. Как показал опыт, система получения, хранения и использования информации, основанная на переводах, начинает устаревать. Заменяя поток оригинальной исследовательской информации, так называемой вторичной информацией, переводы нередко возводят барьеры между автором и потребителем научных идей, усложняют процесс получения информации и тем самым обесценивают ее. В современных условиях, когда информация не только быстро создается, но и быстро устаревает, это совершенно недопустимо. А, кроме того, только «узкий» специалист может решить, какую статью стоит перевести полностью, а какую лишь частично. Переводчик может быть опытным человеком в данной отрасли, владеть терминологией, и все-таки он неизбежно будет допускать ошибки в выборе эквивалента.

Только «узкий» специалист знает, какой из вариантов значения слова подходит в данном конкретном случае.

Одной из задач преподавателя английского языка в неязыковых вузах является с одной стороны увеличение словарного запаса студента, а с другой – научить его ориентироваться в очень обширной английской лексике, то есть правильно определять основной смысл изучаемого слова и его характерные отличия от других схожих (синонимических) слов.

Синонимами, как известно, называют слова, совпадающие или очень близкие по значению. Например: помогать, поддерживать, выручать. Подобных синонимов в английском языке, как и в русском, очень много, и при этом между ними практически нет точных синонимов (полностью совпадающих), каждый имеет свой оттенок смысла и стилистические различия (слово может относиться к официальному, литературному, разговорному или жаргонному языку). С одной стороны, широкий выбор слова способствует гибкости языка, помогает избежать повторов и однообразия в речи, позволяет выразить свою мысль наиболее точно и понятно, но с другой стороны, это вызывает немало затруднений и ошибок у студентов, когда возникает необходимость конкретного выбора нужного слова из синонимического ряда. Так, вместо более употребительного в английской разговорной лексике слова «*tosocialize*» (общаться), студенты часто используют близкий по значению, но принадлежащий письменной речи глагол «*tocommunicate*», что делает фразу неуклюжей и тяжелой. И это относится к тысячам слов. Трудность выбора нужного слова заключается не только в стиле. Даже смысловые значения английского и русского слов далеко не всегда совпадают.

Например, если взять слово «помогать», которое в русско-английском словаре А.И. Смирнитского имеет несколько эквивалентов: «*tohelp*», «*toaid*», «*toassist*», то видно, что состав одного языка не совпадает с составом другого, и что в любом языке слова получают значение не только от корня, от которого они происходят, но и от употребления. Так, английский глагол «*tohelp*» переводится как «помогать», то есть: 1) выполнять часть работы другого или облегчать выполнение работы; 2) способствовать улучшению, развитию. Например: «*It'sadifficulttext, letmethelpyou to translate it.*» (этотрудныйтекст, разрешитепомогу).

Глагол «*toaid*» также переводится как «помогать», но часто подразумевает сильную сторону (которая помогает) и слабую сторону (которой оказывается помощь) и особенно подчеркивает необходимость, нужду в помощи «*Shealwaysaidedpoorpeoplewithmoney*» (Она всегда помогала деньгами бедным людям). Следует отметить, что в разговорном языке глагол «*toaid*» почти не встречается, его можно чаще увидеть в газете в политическом или в социальном контексте: «*toaiddevelopingcountries*» (помогать развивающимся странам), «*toaidpoorfamilies*» (помогать бедным семьям). Как существительное, слово «*aid*» в большинстве случаев означает социальную и гуманитарную помощь, пособие и употребляется в словосочетаниях «*firstaid*» (первая помощь), «*technical/medical/financialaid*» (техническая/ медицинская/ финансовая помощь).

Глагол «*toassist*» имеет значение «помогать», «принимать участие в качестве помощника исполнителя» и отчетливо указывает на второстепенную роль в действии «*Twonurseswereassistingthesurgeonduringtheoperation*» (Хирургу во время операции помогли две медсестры).

Насколько иногда важно сделать правильный выбор, хорошо показывает классический пример с прилагательными «*comfortable*» и «*convenient*», которые могут иметь одинаковый перевод на русский язык – «удобный», но в английском языке вообще не являются синонимами, поскольку первое означает «уютный, комфортабельный», во второе – «подходящий, устраивающий».

Что касается медицинских терминов, то обычно они не представляют особых затруднений для специалистов, поскольку в большинстве случаев происходят от греческого и латинского языков и относятся к интернациональной лексике. Однако среди этих терминов попадаются так называемые «ложные друзья переводчика». Это слова, которые в русском и английском языках приобрели разные, а иногда и прямо противоположные значения. Так, например, английский термин

«record» обозначает рекорд, летопись, протокол, репутация, в то время как по-русски – это какое-то достижение.

Источником интернационализмов могут быть не только латынь, но и французский, испанский, английский языки и вообще какой-то третий язык. Перевод интернационализмов нетруден для студентов, если их значение одинаково в разных языках. Сравните: dialect, control, contrast, etc. Однако, есть интернационализмы близкие по звучанию, но разные по значению. Ср.: англ. Compositor – «наборщик», conductor – «кондуктор, дирижер».

Поиск точного русского эквивалента того или иного английского медицинского термина – задача не всегда простая. Это объясняется рядом обстоятельств. Первое из них заключается в обилии синонимов в обозначении одного и того же понятия, второе обстоятельство связано с тем, что многие английские термины обозначают реалии не существующие в нашей стране, и поэтому не имеющие русских эквивалентов. Это относится к ряду организационных форм оказания медицинской помощи, названиями должностей медицинского персонала, некоторых типов медицинских учреждений и др. Например, «openhospital» – больница, в которую врачи, не входящие в штат, могут направлять своих пациентов и осуществлять их лечение.

Наконец, третье обстоятельство заключается в том, что современная медицинская литература содержит много терминов появившихся в течение последних лет. Некоторые из ранее употреблявшихся терминов приобрели новые или дополнительные значения, а часть из них стала исчезать из употребления, переходя в разряд устаревших.

Кроме того, часто незнание элементарных фразеологизмов, идиом английского языка, неумение работать со словарем приводят к забавным языковым опусам.

Так, слово «*Palecomplexion*» (бледный цвет лица) переводят как «бледная фигура», «drugcabinet» (шкаф для лекарств) – «лекарственный кабинет», а «codliveroil» (рыбий жир) оказывается «печенью трески».

Таким образом, из всего вышесказанного следует сделать вывод, что при введении новой лексики, преподаватель должен учитывать многозначность слова. Отсюда встает вопрос, необходимо ли усваивать все значения одного слова сразу.

Большинство лингвистов единодушны во мнении, что в речи слово теряет свою многозначность и актуализирует только одно из своих значений. Поэтому не следует давать одновременно все или несколько значений нового иноязычного слова, а овладевать каждый раз каким-то одним значением, необходимым для той или иной речевой ситуации. А это требует определенной организации процесса формирования лексических навыков: четкой характеристики слова с учетом его синтагматических связей, подбором конкретного учебного материала и сопровождения его упражнениями в ситуативном выборе данного слова, а также наличие соответствующих словарей, пособий и методических разработок.

Литература

1. Медникова Э.М. Значение слова и методы его описания. М., 1974
2. Кацнельсон С.Д. Содержание слова, значение и обозначения. М., 1965
3. Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов. М., 1966
4. Кунанбаева С.С. Уровни и содержание высшего иноязычного образования (Концепция развития иноязычного образования в РК). – Алматы: Иностранные языки в высшей школе, 2006.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА МОДУЛЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

*Баяхметова А.А., руководитель модуля пропедевтики терапевтической стоматологии
КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова*

Вузовская лекция и сегодня остается одной из важных форм учебной деятельности в высшем учебном заведении. Недостатки традиционного чтения лекций в значительной мере могут быть преодолены правильной методикой и рациональным построением материала, а проблема формирования способности студентов к самостоятельному мышлению может быть решена применением в учебном процессе нетрадиционных видов чтения лекций, предполагающих активное участие студентов в различных формах живого речевого общения. Решением указанных выше проблем является активное внедрение в образовательный процесс интерактивных методов обучения.

Ключевые слова: традиционное чтение лекций, интерактивная лекция, лекция-пресс-конференция, лекция – беседа или «диалог с аудиторией».

Терапиялық стоматология пропедевтикасы модулінде интерактивті оқыту тәсілдері

*Баяхметова А.А., терапиялық стоматология пропедевтикасы
модулі меңгерушісі*

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ.

Үйін Жоғары оқу орындық дәріс бүгінгі күнде де жоғарғы оқу мекеменің оқу жұмыстарының маңызды формаларының бірі болып қалуда. Дәстүрлік дәріс оқудың айтарлықтай шамадағы кемшіліктері бұл дұрыс әдіс және материалдың орынды құрастырылуының орынды болуы мүмкін, ал студенттердің өзіндік жеке пікірлеуін қалыптастыратын мәселе бұл студенттерді әртүрлі формалды жанды тілдесуге үйрететін дәстүрлік емес дәріс оқу тәсілдерін қолданған жағдайда ғана мәселе шешіледі. Жоғарыда көрсетілген мәселенің шешімі болып интерактивті дәріс оқу тәсілдерін белсенді түрде оқу үрдісіне енгізу б.т.

Үйінді сөздер: дәрісті дәстүрлік тәсілмен оқу, дәрісті оқу, интерактивті дәріс, дәріс-пресс-конференция, дәріс – отырыс «тыңдаушылармен сөйлесу».

Interactive teaching methods on a module propaedeutics dentistry *Bayakhmetova AA, the head module propaedeutics dentistry KazNMU S.D.Asfendiyarova*

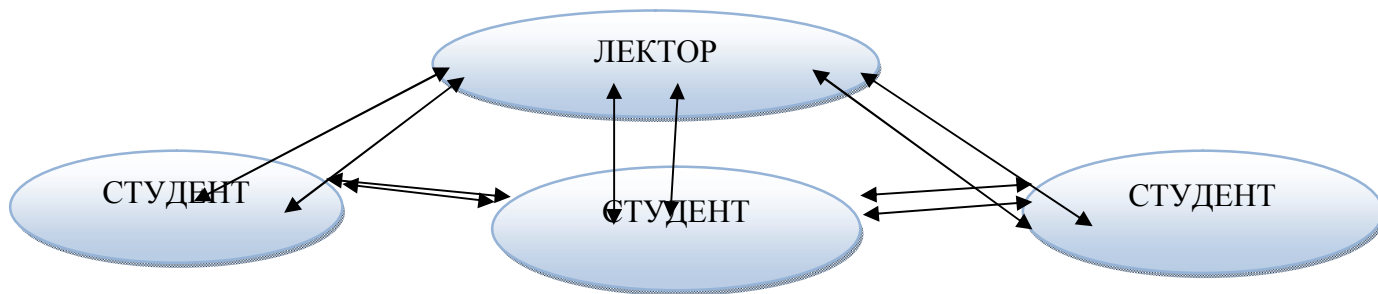
The lecture and today remains one of the most important forms of learning activities in higher education. The disadvantages of the traditional lecture to a large extent can be overcome by proper technique and management of construction material, and the problem of formation of students' ability for independent thinking of students can be solved in the learning process using non-traditional lectures, involving the active participation of students in various forms of live speech communication. The solution of the above problems is the active implementation of the educational process of interactive learning methods.

Key words: the traditional lecture, the interactive lecture, the lecture-press-conference, lecture - talk or "dialogue with the audience."

Парадигмальный сдвиг в системе вузовского образования в республике Казахстан с ориентацией на международные стандарты предполагает переход к новым методам обучения с внедрением современных педагогических технологий. Одной из важных форм учебной деятельности в высшем учебном заведении являются лекции. Вузовская лекция - главное звено дидактического цикла обучения, на котором происходит формирование ориентировочной основы для последующего усвоения студентами учебного материала. Лекционный материал представляет накопленные научные знания по изучаемой дисциплине, показывает историю и перспективы развития соответствующей области науки, акцентирует внимание студентов на сложных проблемных вопросам дисциплины.

Однако следует признать, что при традиционном чтении лекций студенты пассивно воспринимают информационный материал и чужие мнения, как правило, отсутствует, тормозится и не развивается самостоятельное мышление. Очень небольшая часть студенческой аудитории способна осмыслить получаемый материал, основная масса студентов механически записывает слова лектора, стремясь записать дословно слова лектора. Вместе с тем общеизвестно, что отказ от лекций снижает уровень научной подготовки студентов, что объясняет тот факт, что и на сегодняшний день лекция продолжает оставаться ведущей формой организации учебного процесса в вузе. Указанные выше недостатки традиционного чтения лекций в значительной мере могут быть преодолены правильной методикой и рациональным построением материала, а проблема формирования способности студентов к

Рис. 1. Схема. Интерактивная лекция.



На модуле пропедевтики терапевтической стоматологии были прочитаны лекция - пресс-конференция и лекция – беседа или «диалог с аудиторией». Перед лекциями студенты были ознакомлены с текстовыми материалами лекций и презентациями лекций в мультимедийном формате.

Лекция – пресс-конференция. После оглашения темы лекции-пресс-конференции студенты в течение 2-3 минут сформулировали письменно вопросы по теме лекции. Лектор в течение нескольких минут провела сортировку вопросов по их содержанию и приступила к лекции. Изложение лекции представляло собой связанное изложение лекционного материала, но в процессе чтения лекции формулировались заданные студентами вопросы, назывались студенты, задавшие тот или иной вопрос. В конце лекции лектором был проведен анализ заданных студентами вопросов. Качество формулирования студентами вопросов и их содержание позволяет лектору оценить уровень подготовленности студентов. Известно, что необходимость сформулировать вопрос и грамотно его задать активизирует мыслительную деятельность, а ожидание ответа на свой вопрос концентрирует внимание студента. Опыт участия в лекции-пресс-конференции позволяет преподавателю и студентам отработать умения задавать вопросы и отвечать на них, выходить из трудных коммуникативных ситуаций, формировать навыки доказательства и опровержения, учета позиции человека, задавшего вопрос. Лекция - пресс-конференция протекала в соответствии с планом, цель лекции была достигнута.

Вторая лекция была прочитана как **«лекция – беседа или «диалог с аудиторией»**. Лекция-беседа, или «диалог с аудиторией», проводилась при непосредственном контакте лектора с аудиторией за общим столом. Студентам было предложено формулировать и задавать вопросы по плану лекции, представленному на экране монитора, что было сделано для логично последовательного обсуждения темы лекции. В ходе лекции-беседы лектор акцентировала внимание студентов на наиболее важных вопросах темы лекции, в процессе беседы использовались слайды мультимедийной презентации. Лекция-беседа протекала в соответствии с планом, цель лекции была достигнута. Следует отметить, что несмотря на то, что аудитория не была многочисленной (3 группы студентов, итого 17 человек), не все студенты были в равной мере вовлечены в активный обмен мнениями. Лектору было необходимо в ходе беседы задать лично вопрос студенту, не участвующему в беседе, и спросить его личное мнение по обсуждаемому вопросу. Не все студенты готовы к активному мышлению, обмену мнениями, суждениями, собственным умозаключениям, сказывается многолетняя привычка

самостоятельному мышлению студентов может быть решена применением в учебном процессе нетрадиционных видов чтения лекций, предполагающих активное участие студентов в различных формах живого речевого общения. Решением указанных выше проблем является активное внедрение в образовательный процесс интерактивных методов обучения. С этой целью на модуле пропедевтики терапевтической стоматологии внедряются интерактивные методы чтения лекций, которые подразумевают активное взаимодействие не только лектора и студентов, но и студентов между собой в процессе обсуждения нового информационного материала. Лектор направляет ход обсуждения лекционного материала, но непременным условием является доминирование активности студентов (рис.1).

студентов к роли пассивных слушателей- «приемщиков готовой информации», которую желательно «слово в слово записать» и восприятие этой информации «априори», как «истины в первой инстанции». Форма лекции «лекция – беседа или «диалог с аудиторией» позволяет вовлекать в процесс обсуждения не только лектора и одного студента, но и других студентов, обмену суждениями, мнениями студентов между собой, т.е. является действительно интерактивной.

Выводы.

Несомненным положительным моментом в чтении интерактивных лекций является вовлечение студентов в образовательный процесс, превращение студента в его активного участника.

Использование интерактивных форм чтения лекций предъявляет серьезные требования к перестройке мышления и восприятия, педагогических подходов в образовательном процессе не только преподавателей, но и студентов.

У преподавателей и студентов сложилось стереотипное восприятие лекции в традиционном формате, что требует перестройки и адаптации не только со стороны преподавателей, но и студентов.

Однако положительной настрой и интерес студенческой аудитории к интерактивным методам обучения, стремление преподавателей к совершенствованию методов чтения лекций в интерактивной форме позволяет полагать, что адаптация является вполне реально осуществимой задачей.

Список литературы:

1. Модель медицинского образования Казахского Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова. Вып.1. – Алматы: КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, 2010. - Часть 3. Методы и формы обучения. – 72 с.
2. Мынбаева А.К., Садвокасова З.М.. Инновационные методы обучения, или как интересно преподавать: учебное пособие. – 4-е изд., доп. – Алматы, 2010. – 344 с.
3. Сарсенбаева С.С., Рамазанова Ш.Х., Баймаханова Н.Т. Активные методы обучения в медицинском вузе. Учебное пособие. - Алматы, 2011. - 45 с.

БИОФИЗИКА И ЕЕ МЕСТО В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Нурмаганбетова М.О.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова

Биофизика занимает определенное место в медицинском образовании. Изучает физические и физико-химические процессы в биологических объектах. В учебном процессе целесообразно использование виртуальных работ. Инновационные методы способствуют улучшению учебного процесса. Биофизика способствует развитию научного мышления.

Ключевые слова: виртуальные работы, образовательный процесс, инновационный метод.

BIOPHYSICS AND ITS PLACE IN MEDICAL EDUCATION

Biophysics has a definite place in medical education. Examines the physical and physico-chemical processes in biological objects. In the educational process appropriate to the use of virtual work. Innovative techniques help to improve the educational process. Biophysics contributes to the development of scientific thinking.

Keywords: virtual work, the educational process, an innovative method.

БИОФИЗИКА ЖӘНЕ ОНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ САЛАСЫНДАҒЫ ОРНЫ

Биологиялық нысандарда физикалық және физика-химиялық процестерді зерттейді. Оқу процесінде виртуалды жұмыстарды қолдану орынды болады. Инновациялық әдістер оқу процесінің жетілдірілуіне ықпал жасайды. Биофизика ғылыми тұрғыда ойлаудың дамуына себеп болады.

Кілттік сөздер: виртуалды жұмыстар, білім беру процесі, инновациялық әдіс. Биофизика медициналық білім беруде белгілі бір орынға ие.

В настоящее время актуальным является изучение живого организма на различных уровнях его организации, используя универсальность физических законов и строгость математических решений [1-3]. Исследование сложных макроскопических молекулярных систем (клетки, организмы) является задачей биофизики. Управление и регуляция в организме осуществляются посредством молекулярных сигналов, преобразователей и рецепторов информации. Биологические закономерности изучаются с помощью физических концепции и методов. Биофизика является обязательной частью общей профессиональной подготовки студентов медицинских вузов и как фундаментальная дисциплина основывается на новейших научных достижениях (физики, химии, биологии, и т.д.) и изучает физические и физико-химические процессы в биологических объектах. При изучении курса используются знания по физике, математике, общей биологии и тем самым выполняет функцию интегрирующей науки. Биофизика состоит из разделов: биофизика клеток (посвящена физическим и физико-химическим свойствам клеточных и субклеточных структур); квантовая биофизика (исследует механизмы энергетических процессов, протекающих в организме на субклеточном уровне); биофизика экологии (рассматривает влияние внешних факторов) и др.

В частности, радиационную биофизику интересует биофизическое действие ионизирующих излучений, механизмы поглощения их. В медицине возникает необходимость определения интенсивности радиоактивного излучения для регистрации различных доз: поглощенной (энергия ионизирующего излучения, поглощенная единицей массы поглощающего вещества.); экспозиционной (общее количество радиоактивного излучения, достигающего вещества) и биологической (эквивалентной) доз. Биологическая доза, которая зависит от вида излучения, используется для оценки биологического эффекта излучения, в то время когда поглощенная и экспозиционная дозы характеризуют только физический эффект излучения. Коэффициент относительной биологической эффективности (ОБЭ) характеризует зависимость биологического эффекта ионизирующего излучения от вида излучения и который определяется экспериментально путем сравнения производимых ими эффектов с эффектами действия на биологические объекты, определенных стандартных доз рентгеновского излучения. Биологическая (эквивалентная) доза излучения определяется умножением поглощенной дозы на коэффициент ОБЭ.

В процессе обучения дисциплины медицинской биофизики не проводятся эксперименты на биологических объектах, к тому же радиоактивные излучения оказывают вредное воздействие, то возникает необходимость для выяснения фундаментальных принципов влияния ионизирующего излучения на живой организм использовать другие способы, в частности, интерактивную форму обучения.

Исследования показали, что опасные дозы, приобретенные постепенно в течение длительного периода времени, могут привести к раковым заболеваниям. Все это свидетельствует о нецелесообразности использования для проведения экспериментов ионизирующих излучения в процессе обучения (за исключением экспериментов, проводимых в специализированных лабораториях). Значимость создаваемых виртуальных работ, для исследования биофизических процессов, происходящих в организме (биофизическое воздействие высокоинтенсивного лазерного излучения на биологические ткани, определение энергии гамма-излучения по поглощению в веществе и др.) возрастает с необходимостью применения новейших технологии обучения. Рост познавательной и творческой активности требует создание инновационного пространства, среды развития компетентности личности, которые достигаются введением инновационных методов в образовательный процесс.

Литература

1. Биофизика: учебник для вузов /Под ред. В.Г.Артюкова.- Екатеринбург: деловая книга, 2010.-293с.
2. Виртуальный практикум [электронный ресурс]. – режим доступа: <http://www.distance-learning.ru>
3. Нурмаганбетова М.О. Информационные системы в медицине //сборник международной конференции «актуальные вопросы современной техники и технологии» т.1, г.Липецк, РФ, 2010, С.71-74.

НУТРИЦИОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНЫҢ ОҚУ ҮРДСІНДЕ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011-2015Ж» БАҒДАРЛАМАСЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДА ИНТЕРБЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕРДІҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ

*Қожахметова А.Н., Бужикеева А.Б., Хасенова Г.Х., Ли М.В., Сукенова Д.А.,
Ушанская Е.Ю., Нуржанова Қ.С., Рыстығұлова Ж. Алдиярова С., Бердіғалиев А.Б.
С.Ж.Асфендияров ҚазҰМУ нутрициология кафедрасы*

Түйін Мақалада нутрициология кафедрасы профессор-оқытушылар құрамының «Саламатты Қазақстан 2011-2015ж.» мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыруда медициналық жоғары оқу орындарындағы білім беру моделдерінің кеңінен қолданылып, интербелсенді әдістер тиімділігінің оқу үрдісіндегі маңызы берілген.

Кілттік сөздер интербелсенді оқыту әдістері, нутрициология, салауатты тамақтану.

Опыт применения интерактивных методов в процессе обучения кафедрой нутрициологии в реализации государственных программ «Саламатты Қазақстан 2011-2015ж.»

Резюме. В данной статье изложены значимость модели образования в высших медицинских вузах и эффективность интерактивных методов в процессе обучения по реализации государственной программы «Саламатты Қазақстан 2011-2015ж.» ППС кафедры нутрициологии.

Ключевые слова: интерактивные методы обучения, нутрициология, здоровое питание.

Experience of using of interactive methods in teaching at the Department of Nutrition in the implementation of government programs "Salamatty Kazakhstan 2011-2015"

Abstract This article describes the significance of the model of higher education in medical universities and the effectiveness of interactive methods in the learning process for implementation of the state program "Salamatty Kazakhstan 2011-2015". Teaching staff of Department of nutrition.

Keywords Interactive methods, nutriciology, health food,

Нутрициология кафедрасы Қазақстан Республикасындағы жоғары оқу орындарының ішіндегі қоғамдық денсаулық сақтау мен болашақ гигиенист мамандарды даярлаудағы 1994 жылдан бері қомақты үлес қосып отырған бірден бір кафедра. Кафедра ұжымы халық денсаулығы мен тағаммен байланысты туындайтын инфекциялық емес аурулардың алдын алуда, халықтың тамақтану нормаларын өңдеуге бағытталған мемлекеттік ғылыми жобаларды жүзеге асыруда белсенді ат салысып, профилактикалық мақсаттағы ұсыныстар әзірлеуге қатысады.

Соңғы медициналық жоғарғы оқу орындарындағы білім берудің моделін жүзеге асыруда жан-жақты ізденістер, табысты жетістіктерге қол жеткізуге мүмкіндік беріп отыр. Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы бойынша студенттердің білімге қызығушылығын арттыруда дәстүрлі оқу үрдісінен гөрі, интербелсенді әдістерді кеңінен меңгеріп, қолдану кафедра оқытушылары мен студенттер үшін дәстүрге айналған. Қазіргі кезеңде өзекті болып отырған азық-түлік өнімдерінің сапасына қатысты, "азық-түлік қауіпсіздігі" ұғымы яғни, адам ағзасына тигізетін әсері көпшілікті толғандырады. Тамақ өнімдерінің әр түрлі вирус, паразиттермен залалдануы адам денсаулығына қауіп төндірші негізгі факторлардың бірі. Соңғы кездері адамзатты алаңдатқан сиыр құтырмасы, құс тұмауы, жануарлар мен құс еттерінде сальмонелл бактерияларының пайда болуы, өнімнің экологиялық залалдануы сияқты адам өмірі мен денсаулығына зиян келтіретін көптеген қауіпті факторлар пайда болуда. Тамақ өнімдерін өндіру, айналымға жіберу барысындағы контаминация (қауіпті факторлардың өнім құрамына енуі) қауіптілігі күрт жоғарылауда. Мұндай қауіптілік физикалық, химиялық және биологиялық сипатта, өнімнің өмірлік циклінің кез келген сатысында – шикізатты өндіруден бастап дайын өнімді пайдалануға дейінгі аралықта пайда болуы ықтимал. Осы сияқты тағам, азық-түлік, салауатты тамақтану қағидаларын қамтитын көптеген мәселелерді қозғайтын оқу жоспарының тақырыптарын ашуда пікірталастар, дифференциалар, ролдік ойындар, тапқырлар клубы, пәндік олимпиадалар, топ аралық сайыстар, бес құзырды қамтитын ашық сабақтар жиі өткізіліп отырады. Мұндай интербелсенді технологиялық әдістер келешек мамандардың тек білім алып қана қоймай, алған білімін кез-келген ортада жетілдіріп, дәлелді түрде сендіру, ақпаратты тиісті мақсаттарда орынды қолданып, командамен жұмыс істегенде өзінің талпынысымен айрықша көзге түсуі, құқықтық құзыр бойынша іс-әрекетінің заңдылық құжаттарға сүйеніп дұрыстығын дәлелдеуге бейімдеп, болашақ маманның кәсіби біліктілігін заманауи талаптарға сай қалыптастыруға септігін тигізеді.

Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы басқа медицина саласындағы дәрігерлері секілді науқастармен тығыз жұмыс істемегенімен, профилактикалық бағыттағы ұйымдардағы профилактикалық және сауықтыру шараларын ұйымдастырып, түрлі жас және кәсіби топтарының арасында санитариялық-ағарту жұмыстарын жүзеге асырады. Сондықтан, кез-келген

топтар не тұтынушылар арасындағы дұрыс тамақтану, алиментарлық аурулар, азық қауіпсіздігі туралы мәліметтерді қоғамның арасында кеңінен тарату, халықтың санасына нанымды түрде жеткізу әдістемелік дайындық пен коммуникативті дағдыларға тікелей байланысты. Осы орайда кафедраның оқу үрдісінде білім беру бағдарламаларына сәйкес, аралық бақылау сағаттары, студенттердің оқытушы жетекшілігімен орындайтын өзіндік жұмыстарында студенттердің білімі мен дағдыларды игеріп, меңгеруін ұштастыру үшін тиімді қолдану мақсатында, топтар арасында әр кредит тақырыптары аясында сайыстар өткізеді. Сайыс: 1) команданың тақырыптық ұраны, эмблемасы; 2) «Сен білесің бе?»; 3) Кім жылдам?; 4) Кім тапқыр?; 5) Капитандар сайысы; 6) Азық-түліктер фестивалі, ассортии сияқты бірнеше турдан тұрады.

Ұранды, эмблема дайындау салауатты тамақтануға шақыратын, қолдайтын ұран мен тос белгі жасау. Олардың оқу танымдық шығармашылықты қалыптастыру;

Кім тапқыр? - Өздері алған терең білімді тиімді қолдану, ізденушілік, қозғаушылық түйіндерін ояту. Командамен жұмыла ұйымдасуына жағдай жасау;

Сен білесің бе? - Білімді, шеберлікті, ауызша ұғындырып, компьютерлік технологияны қолдана отырып, тыңдармандарды сендіре талдап қорытып, сөйлеудегі коммуникативті қабілетін дамыту. Салауатты тамақтануды насихаттауда жоғары деңгейде біліктілікті арттыру;

Жанкүйерлер сайысы - Азықтың сипатын, оқу танымдық шығармашылықты іске асырып, білімді, ұшқыр ой мен тапқырлықты, ізденімпаздықты дамытып, ой тұрткі болып, білімді шыңдау;

Кім жылдам? Мақал мәтел сайысы - Ас, тағам жайлы нақыл сөздердің салауатты тамақтануды насихаттауда орынды қолданылуы мен олардың тәрбиелік ықпалын қалыптастыру, сананы қалыптастыруға әсерін дамыту;

Капитандар сайысы - Қазақстан халқының салауаттылығын арттыруда, қоғамның денсаулығын жақсартуда және тағам қауіпсіздігін қамтамасыз етудегі қолданылатын нормативтік, заңнамаларды денсаулық сақшысы ретінде, құқықты білімді қалыптастыруып, ұйытқы бола білу қасиетін дамыту;

Жеміс немесе көкөніс ассортиментін дайындау- Азықтарды алиментарлық аурулардың алдын алуда тиімді қолданып, тәжірибелік, коммуникативтік, шығармашылық дағдыларды қалыптастыруып, күнделікті тұрмыста, үй жағдайында пайдалы, сапалы азық алуына баулиды.

Сондай-ақ халық денсаулығы деңгейінің төмен болуының себептері тамақтану мәселелерінде халықтың жеткіліксіз ақпараттандырылуы, сауаттылығының төмендігінен екендігі анықталып отыр. Сонымен қатар, кейбір оңай олжа тапқысы келетін санасы төмен адамдардың заңсыз әрекетінен базарда жалған өнімдердің пайда болуын да жоққа шығаруға болмайды. Жалған өнім жасаушылар тұтынушыларды алдап қана қоймайды, кейбір жағдайларда сол жалған өнімдерімен адам денсаулығына зиян келтіріп, өміріне қауіп төндірші де мүмкін. Әсіресе, тамақ өнімдерінің белгілі бір құрамдарын арзан да сапасыз қоспалармен алмастыру арқылы олардың санын немесе салмағын молайту, өнімнің сыртқы орама, қапшығына оның құрамы мен тағамдық құндылығы туралы жалған ақпарат беру (мысалы, табиғи емес өнімді табиғи етіп көрсету), т.с.с. тәсілдерді қолдана отырып тұтынушыны алдап, жаңылыстыратын әрекеттер жиі ұшырасады. Сондықтан мұндай әрекеттердің жолын кесу үшін Үкімет пен тұтынушы қауым күш қосып күресуі қажет. Осы тұста тұтынушылардың сауаттылығын жоғарылатуда «Саламатты Қазақстан 2011-2015жыл» мемлекеттік бағдарламасында Елбасының, тұтынушылардың өнімнің сипаттарын жақсы түсінуі, сапалы тамақ өнімдерін таңдауды қолдау мен тағам өнімдерін қауіпсіз сақтау тапсырмасы бойынша студенттер арасында барлық гигиеналық тақырыптар мен мысалы анемия, йод жетіспеушілік ауруларының алдын алу т.б тақырыптарда бес құзырлық негізінде топ өз дағдылары мен машықтарын көрсетеді. Оның сценарийі:

1 компетенция –Білімді (теориялық ақпарат) презентация;
2 компетенция- Тәжірибелік дағды – белгілі тақырып бойынша фильм, видеоролик ролдік ойындар көрсету;
3 компетенция - Коммуникативті дағды- жаңа терминдік сөздер, анықтама, түсініктерді игеру. Тақырыпқа сәйкес 4-5 қажетті терминді ұсыну.

4 компетенция- Құқықтық компетенция - азық-түліктерді сатып алуға, тұтынуға, сақтауға, сапасына қандай талаптар мен ережелерді сақтауға көңіл қойып, назар аудару қажет; Тұтынушылар тарапынан азықтың сапасы мен қауіпсіздігіне күмән туындағанда тұтынушы құқығы қалай қорғалатын; Тамақтану ұлану жағдайларының сақтық шаралары үшін білу

қажетті мағлұматтарды Азаматтардың денсаулығын сақтау мен қорғау Кодексі, Тұтыну құқығын қорғау Заңы, Сан. ережелердің нақты бабы, тармағына сүйеніп, тамақтан ұлануға себепші болуы мүмкін азықтарды сол орында қолмен ұстап, нақты дәлелмен демонстрация жасап көрсету.

5 компетенция- Студенттердің өз білімін нақтылау, жетілдіру. Тақырыпқа сәйкес кроссворд, ребус, сөзжұмбақ әзірлеп, кері байланыс болуын көрсету.

Осы тақырыптар бойынша кафедра студенттері сабақтан тыс уақыттарда Алматы қаласындағы жоғарғы оқу орындарының әкімшілігімен келісе отырып, Абай атындағы Алматы педагогикалық университеті, Т.Жүргенов атындағы Өнер академиясы, Қазақ қыздар педагогикалық институты, Қ.Сатбаев атындағы политехникалық институты, өзіміздің медициналық университеті студенттері арасында жоспарланған түрде сапалы, қауіпсіз азық таңдауға, тиімді тамақтану дағдыларына, күнделікті тағамдары үйлесімді пайдалануды үйрететін семинарлар, шебер-класстар өткізді.

Бұл шаралардың көздейтін мақсаты мемлекеттік бағдарлама негізінде Елбасымыздың тапсырмасын, денсаулық сақтау проблемаларын шешуде барлық осы сала мамандары серіктесіп, жұмыла жұмыс атқарса және тек медицина саласындағы қызметкерлер ғана атсалысып қоймай, әрбір қазақстандық азамат өзінің және отбасының денсаулығы алдындағы жауаркершілікті жоғары қойып, салауатты тамақтануы арқылы қаншалықты аурулардың алдын алып, дүниеге дені сау ұрпақ әкеліп, аурушаңдық және аурушаңдық салдарынан туындайтын өлім-жітім көрсеткішін төмендетіп, еңбек қабілеттігін сақтап еліміздің экономикалық ахуалына еңбек етуімен өз үлесін қосуға шақыру болып табылады.

Сонымен қатар, микронутриенттік жетіспеушіліктің алдын алуға бағыттайтын басқа да кеңестерін осы кафедрада интербелсенді әдістерді жұмылдыра отырып меңгерген білімі мен машықтарын оқытушылар алдында ғана емес, үлкен аудиторияда, басқа маман иелері алдында өздерінің кәсіби біліктілігі мен коммуникативті шеберліктерін пысықтай түседі. Мұндай әдістер білім берудің жаңа инновациялық технологиялық әдістерінің тиімділігін арттырып қоймай, студенттеріміздің салауатты тамақтануды насихаттаудағы тәжірибелерін шыңдап, өз мамандықтарына деген қызығушылығын арттырады. Тәрбиесіз білім болмайтынын ескерсек, осы тәрбиелеудегі түрлі айла-амалдар, білім берудегі озық модельдер келешек маманның заман сұранысына кәсіби лайықты болуын көздейді. Кафедра қызметкерлері қоғам денсаулығын сақтау мен салауатты тамақтануды насихаттаудағы Елбасының тапсырмаларын жүзеге асыруда, бәсекеге қабілетті білікті мамандар дайындаудағы өз тәжірибелерін халықаралық деңгейдегі инновациялық әдістерді оқу үрдісіне енгізіп, өз тәжірибелерін жетілдіре түседі.

ТӘУЕЛСІЗДІК ТҰҒЫРЫНЫҢ НЕГІЗІ – ОТАНСҮЙГІШТІК

Қайырғали Ш.М., Көлбаев М.Н., Исаева Б.Г., Калиева Г.А., Жубаева Г.С.
ҚазҰМУ. Амбулаторлы-емханалық терапия кафедрасы
№ 137 ЖББ мектеп

ТӘУЕЛСІЗДІК ТҰҒЫРЫНЫҢ НЕГІЗІ – ОТАНСҮЙГІШТІК

Қайырғали Ш.М., Көлбаев М.Н., Исаева Б.Г., Калиева Г.А., Жубаева Г.С.*

ҚазҰМУ. Амбулаторлы-емханалық терапия кафедрасы

**№ 137 ЖББ мектеп*

Авторлар бұл мақалада өз тәжірибелеріне сүйене отырып тәрбие жұмысының әртүрлі бағыттарын көрсетеді. Атап айтқанда жауынгерлік даңқ орындарына, Қазақстан Республикасының Орталық мемлекеттік мұрағаттарына экскурсия ұйымдастырудың жолдары айтылады. Сонымен қатар студенттер мен оқушылардың патриоттық сезімін қалыптастыруда өткізілген шаралардың тиімді жолдары атап көрсетіледі.

ПАТРИОТИЗМ – ОСНОВА НЕЗАВИСИМОСТИ

Қайырғали Ш.М., Көлбаев М.Н., Исаева Б.Г., Калиева Г.А., Жубаева Г.С.

ҚазНМУ. Кафедра амбулаторно-поликлинической терапии

**Общобразовательная школа № 137*

В данной статье, авторы опираясь на свой опыт, указывают различные направления воспитательной работы, в частности пути организации экскурсий по местам боевой славы, а также в государственные архивы Республики Казахстан. Кроме того, прослеживаются пути достижения эффективности проводимых мероприятий в формировании патриотизма у студентов и школьников.

PATRIOTISM IS THE BASIS OF INDEPENDENCE

Qayyrgali Sh. M., KOLBAEV M., Isaev, BG, Kaliyeva GA, GS Zhubaeva KazNMU. Department of outpatient therapy

**Secondary school № 137*

In this paper, the authors based on their experience, indicate the different areas of educational work, in particular the way the organization Excursions to places of military glory, and to the State Archives of the Republic of Kazakhstan. Also seen towards the effectiveness of interventions in the formation of patriotism among students and school children.

Тәуелсіз елдің ұрпақтарын, соның ішінде студент жастарды және оқушыларды отансүйгіштік рухта тәрбиелеу оқу тобы тәлімгерлері мен мектеп ұстаздарының басты мақсаты болып

табылады. Себебі жаһандану заманында ұлттық салт-дәстүріне сай келмейтін жат елдің рухани құндылықтарына бойұру жастардың арасында барған сайын өршіп келеді. Егер өркениет осы бағытта дами берсе осындай жойқын ақпарат ағыны кезінде ұлттық бағыт - бағдарынан айырылып қалған жастар әртүрлі экстремисттік діни ағымдардың шырмауына тез шалынады. Сол себепті жастардың патриоттық сезімін қалыптастыру жұмысы сөз жоқ күрделіне түспек. Сондықтанда, ондай қоғамдық кеселдің алдын алған дұрыс болады. Бұл салада студент жастар мен оқушылардың арасында әртүрлі, тәрбиелік мәні бар жұмыстарды жүйелі түрде жүргізу керек. Бұл бағытта жұмыс жүргізген кезде жастарды аға ұрпақтың жеңісті жолдарымен таныстыру ерекше рөл атқарады. Ол үшін тәлімгерлер мен мектеп ұстаздары тәрбие жұмысының жоспарын жан – жақты ойланып құрғаны дұрыс. Жоспарда тәрбие жұмысының әртүрлі бағыттары көрініс табуы керек. Бұл арада ағаұрпақтың еліміздің тәуелсіздігі жолындағы шешуші шайқастар өткізген жерлерге немесе Ордабасы сияқты ел бірлігінің символына айналған мекендерге экскурсия ұйымдастыруға болады. Алайда алыс аймақтарға мұндай экскурсия ұйымдастырудың өзіндік қиыншылықтары бар. Атап айтқанда студенттер мен оқушылардың өтініштерінен басқа олардың әрқайсысының денсаулықтарына байланысты дәрігерлік құжаттар қажет. Сонымен қатар міндетті және манызды автопарк әкімшілігімен алдын-ала келіскен дұрыс болады. Экскурсияға баратын аймақтың жергілікті әкімшілік органдарымен де студенттер мен оқушыларды жататын жермен, тамақпен қамтамасыз ету жөнінде күнібұрын хабарласу керек.

Сонымен қатар тиімді түрде жүргізуге студенттер мен оқушыларды мұрағат, мұражай мекемелеріне алып барып аға ұрпақтың Ұлы Отан соғысы майдандарында және тылдағы ерліктеріне байланысты сирек кездесетін фото, кино және қағаз бетіне түсірілген тарихи құжаттармен таныстыру, ардагерлермен кездесулер өткізудің отан сүйгіштік қасиетті қалыптастыруда маңызы зор.

Біз тәрбие жұмысының осы аталған арналары ішінен мұрағат мекемелері мен істелінетін жұмыстарға тоқталып өтпекпіз. Алматы қаласында орналасқан Қазақстан Республикасының Орталық мемлекеттік мұрағатында, сонымен қатар Қазақстан Республикасының Орталық кино-бейне және дыбыс құжаттары

мұрағаты қорларында жерлестеріміздің Ұлы Отан соғысы майдандарындағы және еңбектегі ерліктерін айғақтайтын құжаттар мөлінін жинақталған. Осындай құнды құжаттармен танысу сөз жоқ студенттер мен оқушылардың отан сүйіштігі және ұлтжандылық сезімін орнықтыра түседі.

Мұрағат мекемелері режимдік мекемелердің қатарына жатады. Сондықтан оған кітапханаға, мұражайға барғандай кезектелген уақытта кіруге болмайтындығын есте ұстаған жөн. Ең алдымен оқу орнынан арнайы хат алып барып мұрағат мекемелерінің басшыларымен экскурсия өткізетін күннің уақытын келісіп алу керек, сонда ғана бұл жұмыс нәтижелі болады. Мұрағат қызметкерлері студент жастар мен оқушыларды Ұлы Отан соғысына байланысты деректі филмдермен, бейне құжаттармен таныстыра алады. Атап айтқанда Кеңестер Одағының Батырлары Б.Момышұлының, М.Ғабдуллиннің жеке қорларындағы ерлікке толы сәттерді баяндап бере алады. Бұл деректермен танысқан студенттер мен оқушылар даңқты жерлестеріміздің майдандағы ерлік істеріне куә болса, екінші жағынан қазақ халқының жауынгерлік дәстүрлерінің сабақтастықтарын өз көздерімен көруге мүмкіншілік алады. Қазақстан Республикасының Орталық мемлекеттік мұрағатының ғимаратында тұрақты құжаттық көрме де ұйымдастырылған екен. Оның сөрелерінен Кеңес Одағының екі мәрте батыры атағын алған Т.Бегелдиновтың ұшқыштық кітапшасымен, Ө.Молдағұлованың туыстарына жазған хаттары мен республика халқының қазақ жауынгерлеріне арнап жазған т.б. құжаттарымен де таныса алады.

Бұл құжаттық көрмеде сонымен қатар Қазақстан еңбекшілерінің тылдағы ерліктерін айғақтайтын деректерде қойылған. Атап айтқанда майданға қару-жарақ, азық-түлік тасымалдауда ерекше көзге түскен қазақ ұлтынан шыққан тұңғыш Социалистік Еңбек Ері паровоз жүргізушісі Ж.Асаиновтың, тары өнімінен әлемдік рекорд жасаған Ш.Берсиевтің т.б. еңбек озықтарының жетістіктерін көрсететін құжаттармен танысуға болады. Осындай тарихи деректерді өз көзімен көрген студент жастар мен оқушылардың тұған елне деген сүйіспеншілігі артып, ұлттық рухы асқақтай түседі. Тәлімгерлік және сынып сағаттарында студенттер мен оқушыларға экскурсия кезінде өздері көрген деректерге байланысты 3-4 студентке немесе оқушыға рефераттар жазғызып оларды келесі тәрбие сағатында тыңдап талқылап, пікір - сайыстар ұйымдастыруға болады.

Топ тәлімгері мен ұстаз тәрбие жұмысының жоспарын құрған кезде мұрағат мекемелерінің басшыларымен алдын-ала келісіп алса мұндай экскурсияларды ақысыз ұйымдастыруға болады. Нарық заманында бұл жағында ескерген дұрыс болады. Себебі егер экскурсия тек ақылы ғана болса оған кез-келген студенттің немесе оқушының материалдық жағдайы көтере бермейді. Сөйтіп тәуелсіздік тұғырын нығайтамыз десек студент жастар мен оқушыларды отансүйіштік рухта тәрбиелеудің маңызы зор деп айта аламыз. Тек сонда ғана біз әлемдік өркениет көшінен қалып қоймай әлемдік үдерісте тиісті орнымызды таба аламыз. Қорыта айтқанда тәрбие жұмысын тиімді жүргізсек: Біріншіден студент жастармен оқушылардың дүниетанымы қалыптасып әртүрлі діни секталардың жетегінде кетпейде, теріс жолға түспейді;

Екіншіден өскелең ұрпақ елін қорғауға жан – тәнімен берілген отаншыл белсенді азамат болып қалыптасады; Үшіншіден алған білімін өз елінің өркендеуі үшін жұмысайтын патриот болып өседі; Төртіншіден өз халқының тарихын, салт-дәстүрін нық меңгеріп алады.

УДК 378.144/.146:301 (574)

СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ УНИВЕРСИТЕТСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

*Третьякова С.Н., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Жантуриев Б.М., Жунистаева Ж.К., Игисенова А.И., Жусупова Ж.М.
Казхский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова*

В статье на примере национального медицинского университета рассматривается индивидуальная интерпретация студентами реализации организационно-воспитательной и социально-культурной работы, которая разрабатывается на каждый учебный год и утверждается ректором университета в виде специальных программ.

Ключевые слова: мнение студентов, творчество, мотивация, самовоспитание, социализация студентов

Университеттің білімі арқылы әлеуметтендіру

Третьякова С.Н., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Жантуриев Б.М., Жунистаева Ж.К., Игисенова А., Жусупова Ж.М.

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

Түйін Ұлттық Медициналық Университеттің мысалының мақаласында жекелей студентпен талданатын ұйымдастыру-тәрбиелік және әлеуметтік-мәдени жұмыстар орындалуы қаралады, сонымен бірге әр жылда дайындалып және университеттің ректорымен арнайы ақпарат түрінде бекітіледі.

Кілттік сөздер: Студенттердің пікірі, творчестволық мотивация, өзін-өзі тәрбиелеу, студенттердің әлеуметтенуі.

Socialization through the university education

Tret'yakova S.N., Turdalieva B.S., Aimbetova G.E., Zhanturiev B.M., Zhunistaeva J.K., Igiseno A., J.M. Zhusupova

Kazakh National Medical University after SD Asfendiyarova

In this article an example of the National Medical University is considered an individual interpretation of the student organization and implementation of educational and socio-cultural work that is being developed for each academic year and approved by the rector of the university as a special program. Kazahsky National Medical University after SD Asfendiyarova.

Key words: views of students, creativity, motivation, self-education, the socialization of students.

Общеизвестно, что университет формирует элиту нации, а также в высоком смысле слова – интеллигенцию. В стенах университета не просто наполняется «образовательный портфель» и «предъявляется гуманитарная картина мира», но

на этой основе формируется мировоззренческий диапазон, гражданская ответственность, духовная (нравственная, морально-этическая) зрелость. Со времен классического и неоклассического развития университетов признана роль университетов как культуропорождающих центров. «В формировании нового научного мировоззрения» значение университета трудно переоценить. Университеты – уникальный социальный институт, где формируется два типа знания – знание как наука и знание как культура» [1].

Социализация через университетское образование всегда была направлена на формирование интеллектуала и гражданина. В настоящее время это путь к самоопределению, самоутверждению и самореализации личности.

Для обеспечения реализации научно-образовательной миссии университета, несущего ответственность за подготовку социально и профессионально компетентных, мобильных, толерантных, физически и нравственно здоровых граждан, необходима действующая учебно-воспитательная система. Поэтому профессорско-преподавательский состав КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова традиционно поддерживает и развивает творческие и деловые связи со многими вузами и образовательными организациями республики, создает наиболее благоприятные условия для воспитания творческой инициативной личности, имеющей фундаментальную научную подготовку, обладающей способностью самостоятельно формировать и практически решать профессиональные и социальные проблемы в современных условиях.

В настоящее время в университете ведется практическая работа по нескольким направлениям, в том числе по расширению индивидуальной работы со студентами. На II этапе воспитательной работы акцент делается на выполнении культурной программы среди студентов 1-го курса – это посещение театров, концертных залов, музеев и т.д., на III этапе идет приобщение студентов 2-ого курса к общественно-полезному труду и корпоративной культуре. Студенты 3 и 4 курсов задействованы в программе «Милосердие требует дел». Старшекурсники выступают с лекциями по вопросам профилактики туберкулеза, СПИДа и гепатита и др. заболеваний в различных учебных заведениях.

На основе изучения 591 анкеты, что составило 7% от всего обучающегося контингента университета, мы попытались определить общий уровень информированности наших студентов в вопросах самосовершенствования и отношение к воспитательным мероприятиям, а также измерить вклад воспитательных мероприятий в формировании личности потенциальных врачей. Выборку составили представители всех факультетов университета в 2010 году: респонденты 1-го курса - 8,1% от общего контингента обучающихся на 1-м курсе, респонденты 2-

го курса - 10%, респонденты 3-го курса - 6%, респонденты 4-го курса - 6,2% и респонденты 5 и 6-х курсов по 4,6% от их общей численности. При этом большая доля первокурсников зарегистрирована на факультетах ОМ и МПФ, а второкурсников на МПФ, ОМ и стоматологическом факультетах. В целом, среди опрошенных студентов, как видно на рисунке 1, преобладали возрастные группы 20-24 года (54,1%) и до 19 лет (44,2%), далее следуют возрастные группы 25-29 лет (1,5%), 30 и более (0,2%) (рисунок 1).

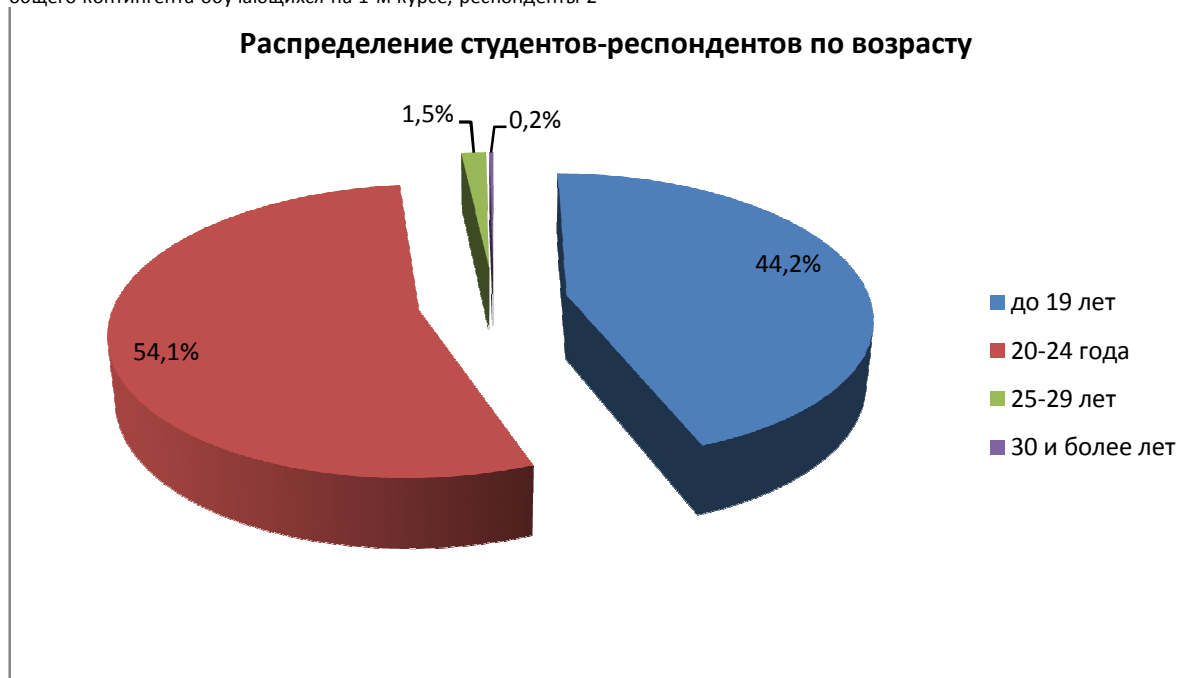


Рисунок 1 - Распределение всех респондентов по возрастным группам

В результате исследования были получены определенные сведения об отношении студенческой молодежи к творчеству.

Интересные ответы были получены на вопрос анкеты о значении творчества в формировании личности врача в университете. Личный интерес, стремление к развитию способностей к творчеству, к самореализации и самовыражению выразили 90,9% студентов 1-го курса, при этом 9,1% затруднились ответить.

Известно, что образование должно всегда способствовать развитию каждого студента. В быстро меняющемся мире особое место будет принадлежат именно воображению и творчеству, угрозу которым несет стандартизация индивидуального поведения. Студенчество, как и все молодые люди, должно располагать большими возможностями для экспериментов и открытий в эстетической, художественной, спортивной, научной, культурной и социальной областях. Этому активно содействует наличие поэтапной организации воспитательного процесса в университете. В соответствии с основными приоритетами воспитательной работы на младших курсах, которые заключаются в формировании духовно-нравственной гуманистической личности (общечеловеческих этических принципов и морали, развитии самосознания через этические принципы морального Кодекса Университета, формировании эстетической культуры), по распоряжению ректора постоянно обеспечиваются посещения спектаклей и концертов в лучшие театры города за счет бюджета университета. Следовательно, есть определенный культурный путь в нашем университете к расширению кругозора, который позволяет будущему врачу лучше понять окружающий мир, содействует развитию интеллектуальной любознательности. Формированию критического взгляда на жизнь, становлению самостоятельного мышления. И это отчетливо констатируется в ответах студентов университета: посещение театров, музеев, концертов дает новую информацию для развития считают 42,2%, способствует престижу - 18,7%, помогает решать новые вопросы - 13,4%, служит средством развлечения - 10,7%.

Развитие творчества, в свою очередь, позволит повысить ценность устной культуры, знаниями. Безусловно, это обязывает и преподавателей оптимизировать деятельность в этом направлении.

Большинство первокурсников (83,7%) посещают театры (филармонию, музеи) и получают положительные эмоции, три четверти респондентов (77,1%) получают эстетическое наслаждение и улучшают свое настроение.

Напротив, среди 12,2% респондентов, не посетивших за последние три года театры, больше тех, кто проживает в сельской местности (37,2%) или ссылается на значительную занятость в учебе и по дому (44,2%). Другая часть респондентов твердо убеждена, что от посещения театров мало зависит продвижение по службе в дальнейшем (3,1%) и в житейском плане знакомства явно выгоднее настоящих эстетических знаний (6,2%), каждый двенадцатый считает, что актеры не оправдывают своей игрой условность театрального приема.

Первокурсники посещают театры и концертные залы чаще всего с целью получения информации (27,9%) и углубления своих знаний (27,4%), а также чтобы снизить ощущение усталости (25,3%), испытать релаксацию (8,9%) и повысить свой престиж среди студентов (10,5%).

Современное искусство, безусловно, впитывает в себя все самое лучшее, что было создано искусством прошлого, а шедевры этого последнего всегда будут представлять огромный интерес для многих, как видно из перечисленных студентами спектаклей.

Лучшими спектаклями, оставившими большой след в душе среди студентов были названы такие, как Ромео и Джульетта, Кыз Жибек, Томирис, Жизель, Сыған серенадасы, Ыпке, Актриса, Баһытсыз Жамал, Мәгілік махаббат, Мәгілік бала бейне, Жәреик жүрек ауыртпай, Мәлдір махаббат, Әаракәз, Әара кемпір, Әозы Кәріпеш және Баян Сәлу, Айман Шолпан, Чио-Чио-Сан, Отелло, Бұл-Бұлдар тәні, Махаббат дастаны, Абай, Шелкунчик, Ревизор, Кәзгі романс, Ымырттаа махаббат, Юнона и авось, Лебединое озеро, Абылай Хан, Гамлет.

По мнению студентов, эти спектакли привлекают внимание огромным богатством идей, выдающейся способностью донести эти идеи до зрителя. Особенное внимание студентов в содержании художественных произведений привлекают переживания, порождаемые творчеством, дружбой, любовью, жизнью людей современников художника.

Таким образом, возможности воспроизведения шедевров художественных произведений в театрах г. Алматы и возможности их просмотра открывают новые горизонты воздействия на студенческую аудиторию.

Самовоспитание обусловлено внешними условиями, внешними воздействиями. Они всегда опосредуются через индивидуальности, психические особенности. Поэтому в рассмотренном и утвержденном на заседании Ученого совета Документе от 27 апреля 2010 года «Политика и цели КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова в области качества» излагается главная задача, заключающаяся в реализации образовательно-

профессиональных программ по медицинским специальностям путем создания необходимых для этого условий, направленных на формирование, развитие и профессиональное становление личности врача на основе национальных и общечеловеческих ценностей, достижений науки и практики.

В этом направлении в КазНМУ предусматривается проведение организованной деятельности среди студентов в плане выполнения работ в библиотеке, книгохранилище, аудиториях, виварии, в благоустройстве и озеленении территории общежитий Университета, городских субботниках и студенческих стройотрядах.

Личность не может развиваться в рамках потребления, ее развитие предполагает смещение акцента на созидание, которое одно не знает границ. По мнению психологов, личность творит себя сама и несет перед обществом и собой ответственность за свое самовоспитание, так происходит сотворение личности.

Результаты ответов на вопрос об удовлетворенности общественно-полезной работой в университете показали положительное отношение студентов к приобщению их к общественно-полезному труду и корпоративной культуре в 64,9%, но 11,5% не совсем удовлетворены и 17% затруднились ответить, отрицательно высказались 6,6%. Большинство респондентов (84,2%) убеждены, что владеют достаточными навыками и умениями общественно-полезной работы.

Таким образом, в анкетах нашли отражение разноречивые мнения. Одни студенты отмечают (цитируем дословно) «недостаток культуры и уважения к ним со стороны персонала», других не удовлетворяет «обращение к студентам как к рабочей силе», им жалко времени, которое они тратят на общественно-полезный труд, их не удовлетворяет благоустройство общежитий. Здесь, проделав небольшой теоретический анализ, мы пришли к выводу, что некоторые студенты не желают идти путем самопринуждения, в результате которого создаются нужные качества, и в этом направлении необходимо работать кураторам и педагогам университета.

Совершенно противоположное мнение имеет другая часть респондентов, которым хотелось бы, чтобы студенты сами

рвались к общественно-полезной работе, чтобы все студенты были включены в общественно-полезный труд, а общежития были бы комфортными и благоустроенными для проживания.

В соответствии с программой университета «Милосердие требует дел» результаты анкетирования студентов показали, что более половины студентов 3-его (52,8%) и только 20,2% студентов 4-го курса никогда не сталкивались с проблемой ухода за тяжелооболными. Однако 33,7% респондентов с 3-его курса и 19,0% с 4-го курса лично посещали ветеранов университета на дому, а также 5,6% третьекурсников и 8,3% четверокурсников осуществляли уход за тяжелооболными. В процессе обучения этот мотив не остается неизменным: от 3-его курса к 4-му курсу нарастая.

В мотивации студентов, обучающихся на 3 – 4 курсах, по уходу за тяжелооболными, а также при общении с ветеранами университета, преобладают гуманистические и альтруистические мотивы, так 86,5% респондентов 3-его и 95,5% респондентов 4-го курсов отметили именно их. Можно считать, что почти все студенты, проработавшие четыре года в университете, сознательно решили овладеть профессией врача, исходя из гуманистической ценности этой профессии. Очевидно, что знание этого факта позволяет строить процесс обучения на апелляции к ценностям высшего порядка, поддерживая данную ориентацию. Тем не менее, по мнению 13,5% (3 курс) и 4,5% (4 курс) студентов, оказался значимым такой побудительный мотив по уходу за тяжелооболными, как достаточное по их меркам вознаграждение.

Одна четвертая часть студентов (25,9% третьекурсников и 22,6% четверокурсников) в процессе общения с тяжелооболными испытывают трудности психологического характера. Логично то, что от 3-его курса к 4-му трудности общения уменьшаются, свидетельствуя о том, что студенты адаптируются в ходе образовательного процесса, который в рамках университета должен контролироваться преподавателем.

По мнению 64,0% 3-его курса и 56,0% студентов 4-го курса реализация программы университета «Милосердие требует дел» вызывает положительное отношение и интерес (рисунок 2).

Интересна ли для студентов программа УВР: "Милосердие требует дел" ?

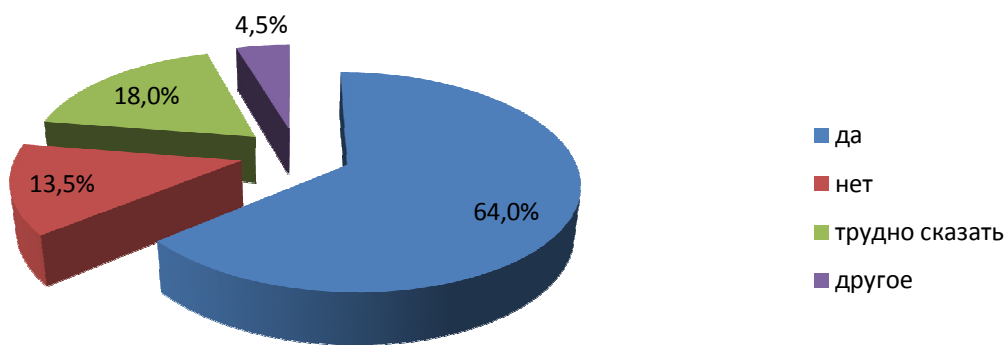


Рисунок 2 - Распределение ответов студентов 3-его курса

При посещении детских домов, хосписов, домов престарелых, домов малюток студенты 3-его курса испытывают гамму чувств: «умиление и презрение, жалость и сострадание, милосердие, страх, боль и чувство одиночества, беспомощность, сожаление, что не могут помочь, сопереживание, желание оказать необходимую помощь, радовать детей и быть рядом, искреннее желание помочь (от всего сердца)», некоторым хотелось бы самим воспитывать этих детей. Были и такие ответы, что еще не приходилось посещать эти учреждения, но очень хотелось бы.

Основные трудности, по мнению студентов, заключаются в следующем: найти правильный (индивидуальный) подход, преодолеть недоверие, не перейти границы между состраданием и жалостью. Кроме этого, трудности могут быть, если больные замкнуты, ограничены в возможностях.

Большинство студентов считает, что должна быть волонтерская помощь, добрые, искренние отношения людей друг к другу, необходимо создавать лучшие условия жизни, помогать материально и духовно, больным нужна помощь, а не жалость; со стороны государства необходимо больше внимания и

помощи, выделять деньги на решение этих проблем, повышать интерес у докторов к тяжелооболным, больше действовать и помогать, чаще контактировать и общаться с больными.

Есть и отдельные мнения, что к больным нужно относиться также, как к здоровым, никогда не заострять внимание на их болезнях.

При посещении детских домов, хосписов, домов престарелых, домов малюток студенты 4-го курса испытывают сочувствие и сопереживание, желание оказать необходимую помощь, чувство милосердия, любовь, жалость и боль, сострадание и долг перед ними, чувство стеснения в груди. Студентам морально тяжело видеть беспомощность больных, хочется облегчить жизнь, дать детям-инвалидам то, чего у них нет и оказать незамедлительную помощь, на их месте может оказаться каждый.

Студентам морально тяжело видеть больных, они испытывают трудности в отсутствии у них терпения и умения общаться с больными, трудности в незнании корректного подхода к таким

больным, а у детей недопонимание и страх белых халатов, больные смотрят на мир другими глазами (некоторые замкнуты и озлоблены), студентам хочется им помочь, но они не знают как это сделать; необходимо найти контакт с человеком, преодолеть недоверие, психологические трудности; необходим индивидуальный подход.

Четверокурсники предлагают выделение достаточных средств со стороны государства, создание лучших условия жизни, помощь должна быть материальная и духовная, общение с детьми на их уровне, больше уделять им времени и искренне заботиться, в то же время студентам очень нужны психологические курсы и психологическое воспитание.

Научно-образовательная миссия университета осуществляется через распространение идей, знаний, разработок здоровье сберегающих технологий, просвещение населения. В связи с этим студентами 5-6-х курсов читаются лекции в школах, колледжах и других учебных заведениях, темами которых являются наиболее актуальные для нашего города проблемы здравоохранения, вопросы профилактики туберкулеза, СПИДа и гепатита и др. заболеваний. Этой тематике отводится важное место в ходе ежегодного обучения учащейся молодежи в целях интенсивной массовой информации по различным аспектам проблемы инфекционных заболеваний.

Таким образом, важнейшим направлением деятельности коллектива КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова является сопряжение здоровья, образования и формирования гармоничной (всесторонне развитой) личности будущего специалиста. Встраивание программ воспитательных мероприятий в учебный процесс обусловило позитивные сдвиги в общественном сознании с точки зрения объединения усилий в формировании специалистов высокой квалификации, в целенаправленной активной социально полезной деятельности каждого участника учебно-воспитательного процесса.

Студенты положительно относятся ко всем воспитательным мероприятиям программы Университета, включающей и посещение театров, и приобщение студентов к общественно-полезному труду, и общению с инвалидами в детских домах, а также к чтению лекций в школах, оценивая позитивный вклад их в формирование гармонически развитой личности будущих медиков.

Нам представляется, что неоднозначность ответов студентов происходит в силу различных внешних и внутренних процессов развития, особенностей тех культурных комплексов, в которых студенты росли и воспитывались до поступления в университет и данный факт нельзя не учитывать в работе со студентами.

Комплексное исследование проблем будущих медиков связано со всеми без исключения социальными явлениями (т.е. со всеми аспектами жизнедеятельности человеческого общества), без рассмотрения особенностей каждого направления в отдельности – трудно разобраться. Данный аспект работы свидетельствует о необходимости проведения постоянного социологического исследования (мониторинга нужд потребителей, духовной трансформации студентов) культурного движения и целенаправленной социально полезной деятельности студентов университета, так как воспитание в период обучения в вузе – существенный этап социализации личности. В это время человек в целом завершает выработку своей жизненной позиции, т.е. определяет отношение к миру и собственной жизни в этом мире, переходит к осознанному саморазвитию и самовоспитанию. Анализ современного духовного состояния и образа жизни молодежи свидетельствует о ее очевидной социальной дезориентации у некоторой части молодежи, их негативного отношения к действительности. Это обуславливает необходимость усиления воспитательной работы с молодежью, повышению ее эффективности.

Таким образом, следуя курсом гуманизации, активизация человека в процессе обучения, наиболее полное использование его творческого потенциала современное образование может поставить в центр всей учебно-воспитательной работы развивающуюся личность. При этом особое внимание будет уделяться учету ее индивидуальных свойств и особенностей, а также творческому характеру процесса обучения.

Литература:

1. Казакова Н.Д. Глобализация и университеты // В сб. материалов «круглого стола» «Глобализация и образование. Болонский процесс». Серия: научные семинары, «круглые столы», дискуссии. – 2004. – Вып. 2. – С. 57 – 64.

ЮБИЛЕЙНАЯ ЭСТАФЕТА

Котовой Альбине Леоновне – 80!

Котова Альбина Леоновна, 1932 года рождения, белорусска, в 1950 году окончила среднюю школу в г.Алма-Ате, в 1956 г. – окончила лечебный факультет Казахского государственного медицинского института (Алма-Ата) - получила диплом врача. С 1956 по 1959 гг. – работала преподавателем микробиологии в мед. училище в г. Петропавловск. В 1962 г. – окончила аспирантуру на кафедре микробиологии АГМИ (Алма-Ата) и успешно защитила диссертацию «Характеристика вирулентных культур, выделенных от больных и бактерионосителей в г. Алма-Ате (1960-1962)». С 1962-64 гг. – ассистент кафедры микробиологии АГМИ. В течение последующих 16 лет с 1964 по 1980 гг. являлась организатором и руководителем микробиологической лаборатории в ЦНИЛ АГМИ.

В 1983 г. защитила в ИЭМ им. Гамалеи (Москва) докторскую диссертацию «Значение биологических особенностей и состояния микробного ценоза кишечника при сальмонеллезах».

С 1986 по 2001 гг. заведовала кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии АГМИ. С 1995 г. Врач-бактериолог – высший категории. С 2001 г. и по настоящее время работает профессором кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии.

За время всей своей трудовой деятельности Котова А.Л. постоянно оказывала большую помощь организационную, учебно - методическую и научную помощь медицинским ВУзам

Казахстана: так по приказу Минздрава республики была командирована в 1964 г. в Семипалатинский медицинский институт, где в качестве и.о. зав.кафедрой микробиологии осуществляла общее руководство кафедрой, читала лекций, проводила консультации, прием зачетов и экзаменов. В 1965 г. была первым организатором и заведующим кафедрой микробиологии в Целиноградском медицинском институте, где провела ремонт помещения, полностью произвела материальное оснащение; с нуля создала и организовала весь учебный процесс, провела большую методическую работу (написала Программы по микробиологии, лекции, планы практических занятий; экзаменационные билеты, создала базу ТСО и пр.). За время своей трудовой деятельности неоднократно читала выездные лекции для студентов и врачей в других вузах Казахстана (для вновь организованного Чимкентского медицинского института, на вновь организованном медицинском факультете Туркестанского университета (г.Кентау); вновь организованного медицинского факультета в Кзыл-Ординском факультете), там же проводила планирование и руководство НИР преподавателей.

Постоянно читает лекции для врачей-интернов-терапевтов, педиатров, акушеров-гинекологов по темам: «Госпитальным инфекциям» и «Дисбактериозу».

По линии ФПК читала лекции для слушателей ФПК (заведующих кафедрами медицинских ВУЗов

Казахстана) «О лекторском мастерстве»; «О подготовке преподавателей на кафедрах медицинских ВУЗов». Постоянно оказывает помощь органам здравоохранения: ежегодно консультирует свыше 120-130 бактериологических анализов на дисбактериоз, микрофлору зева, мочи у взрослых и детей г. Алматы. Рецензирует отчеты СЭС; профильных НИИ (по линии МЗ и Академии наук РК). Участвует в комиссиях по аттестации лабораторий разного уровня.

В практику здравоохранения внедрены результаты ее работ по микробиологии следующих инфекций: дифтерия, сальмонеллез, туберкулез, кампилобактериоз, геликобактериоз, хламидиоз, иерсиниоз, кандидоз; по проблеме дисбактериозов госпитальных инфекций, санитарной микробиологии.

В рамках международной научно-практической конференции провела для бактериологов РК Мастер класс «Нормофлора и дисбактериоз организма» (Алматы, 2007).

Котова А.Л. является автором и составителем всех Типовых программ по микробиологии в Казахстане с 1986 года для студентов всех специальностей (по линии РУМО РК). В 2002 г. совместно с профессором С.М.Плешковой. была составителем Государственного Стандарта обучения на медико-биологическом факультете для мед. ВУЗов РК.

Ею в 2003 г. впервые в медицинских ВУЗах Казахстана предложено и введено обучение по «Клинической микробиологии», для чего в 2004 г. написано и издано пособие по «Клинической микробиологии» (165 стр.); разработана Программа, Учебный план; создан банк клинически значимых культур УПМ, создан банк мазков, разработаны тесты, ситуационные задачи и пр.

По предложению Котовой А.Л. в 2007 г. впервые в медицинских ВУЗах Казахстана предложено и внедрено в программу кафедры микробиологии обучение по «Медицинской паразитологии», для чего через аспирантуру подготовлен преподаватель; коллективом сотрудников написаны лекции, методические указания к практическим занятиям.

Разработана программа и в течение 3-х лет работала субординатура по микробиологии для студентов санитарно-гигиенического факультета.

В настоящее время активно внедряет новые формы обучения (кредитная технология) и принимает активное участие в написании учебно-методических материалов для обучения студентов по элективному курсу «Лабораторная диагностика ИППП и микозов».

В рамках учебно-методической работ ею были написаны и созданы полные тексты 41 лекции и свыше 600 наглядных пособий к ним, которые доступны для всех преподавателей. Пересмотр,

дополнение текстов, иллюстраций производится ежегодно с внесением современных взглядов и аспектов.

Впервые в работе КазНМУ, разработаны и внедрены в работу кафедры «Профессорские семинары по различным разделам» для обучения молодых преподавателей методам практической микробиологии.

Ею впервые на кафедре организована табличная комната – обновлены, существенно пополнены и тиражированы учебные таблицы на русском и казахском языках, сделана их опись.

Наряду с другими видами работ Котова А.Л. проводит большую воспитательную работу как среди студентов, так и среди преподавателей: выступление по телевидению о дисбактериозах, кандидозах, сальмонеллезе и пр; проводит «Круглые столы» по вопросам кишечных инфекций, сальмонеллез, листериоза; ею в 1988 г. инициирована идея, разработана программа и сценарий ежегодной студенческой конференции по ВИЧ-СПИД инфекции. В 2011 г. прошла 23 конференция. В задачу этой многоплановой работы входит ежегодное анкетирование молодежи (школьники, студенты); беседы по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп риска; в 2002 г. инициирована идея и внедрено ежегодное проведение также для студентов конференции по «Биотерроризму».

Котова А.Л. постоянно проводит большую научно-исследовательскую работу. Она является создателем и первым руководителем (более 20 лет) микробиологической лаборатории ЦНИЛ АГМИ (КазНМУ), на базе которой подготовили диссертации (докторские, кандидатские) 112 сотрудников КазНМУ.

В течение 9 лет (с 2000 г.) руководила работой научно-проблемной комиссии «Научные основы эпидемиологии, профилактики, диагностики при туберкулезе и других инфекционных заболеваниях» - анализируя десятки докторских и кандидатских диссертаций; обеспечивая предзащиту (апробацию) диссертационных работ.

В течение 5 лет была заместителем председателя диссертационного Совета Д 09.01.01 при КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. В течение этих лет рецензировано, апробировано свыше сотни докторских и кандидатских диссертаций; оказывалась консультативная помощь по планированию и выполнению научных исследований.

На базе кафедры создана школа «Молодых микробиологов» для повышения интеллектуального уровня аспирантов, докторантов, соискателей (посещают сотрудники разных кафедр).

Поддерживались серьезные научные связи с учеными института Гамалеи (Москва); ЦНИИЭ (Москва); института клеточных технологий (Оренбург), военно-медицинской академии (Ленинград), НИИ Пастера (С-Петербург), НИИ пульмонологии (Ленинград), кафедрами микробиологии мед. институтов Москвы, Ленинграда, Минска, Киева, Рязани, Владивостока, Симферополя и др.; института химии (Алма-Ата, института микробиологии АН РК (Алма-Ата) и мн. др.

Выполнены НИР в рамках программы АН СССР, международных организаций, штаба вооруженных сил РК, Министерства внутренних дел РК, фонда «Бобек»; в рамках Международной программы по Аральскому морю: «The Roial Swidich Academi of Sciencis Environmental pollution and child health in the Aral Sea region Kazakstan»; рамках Гранта Фонда Науки и Новых технологий РК «Диагностика гастритов у детей – профилактика онкологических заболеваний взрослых»; в рамках научно-практического Гранта Фонда Сорос – Казахстан по проблеме туберкулеза и др.

Выступала с десятками научных докладов в Москве, Ленинграде, Минске, Барнауле, Ташкенте, Бишкеке, Виннице, Львове, Израиле, Стамбуле, Астане, Алма-Ата, Караганде, Чимкенте, Балхаше и мн. др. городах на съездах, конференциях, круглых столах, Советах.

Под ее непосредственным руководством подготовлено 52 специалиста высшей квалификации – (10 докторов, 48 кандидатов медицинских наук).

Опубликовано более 400 научных работ, из них: 1 учебник, 4 монографии, 6 научных сборников, 10 учебных пособий на казахском языке, 25 учебно-методических пособий, указаний, рекомендаций, брошюр. Имеются 4 изобретения, 11 рац. предложений; 4 депонированных штамма сальмонелл.

Много лет являлась членом конференции КазНМУ, член Ученого Совета КазНМУ, член совета санитарно-гигиенического факультета; членом ЦМК, ЦМС; членом Научного совета КазНМУ; членом конкурсной комиссии КазНМУ; председателем комиссии по назначению академического звания «Профессор КазНМУ»; председателем предметной комиссии по микробиологии при МЗ РК; секретарем и членом Правления Казахского Научного общества эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов; членом Высшего научно-технического экспертного Совета при МН-АН РК; членом предметной комиссии по микробиологии при МЗ СССР; членом Правления Всесоюзного научного общества эпидемиологов, микробиологов, инфекционистов

им. И.И.Мечникова; членом лабораторного Совета при МЗ РК.

Имеет следующие награды: 1980 г.- Знак «Отличник здравоохранения СССР»; 1997 г.- Знак «Қазақстан Республикасы денсаулығы сақтау ісінің іздігіне»; 2001 г. -Медаль «Қазақстан Республикасының тәуелсіздігіне он жыл». С 1997 по 1999 гг. получала Государственную стипендию «За выдающийся вклад в развитие науки и техники». В 2006 г. Удостоена Золотой медали КазНМУ и признана лучшей в номинации «Человек действий» за организацию Школы Казахстанских микробиологов. Имеет много численные грамоты разного уровня.

Как человек, Альбина Леоновна Котова, пользуется заслуженным уважением и любовью как учеников, сотрудников кафедры, так и всех тех людей, с кем ей довелось сотрудничать в различных областях своей многогранной деятельности.

Альбина Леоновна является родоначальником медицинской династии, ее дочь, Дерябина Л.В - к.м.н., доцент, инфекционист; зять - д.м.н., профессор, иммунолог; внуки Дерябина А.П и Дерябин Л.П. тоже врачи.

Коллектив кафедры микробиологии, соратники, друзья, родные поздравляют Альбину Леоновну с 80-летним юбилеем и желают крепкого здоровья, долгих лет активной жизни.

К 50 летию проф. Б.Б. Баймаханова

Баймаханов Болат Бимендиевич родился 3 сентября 1962г в г.Кзыл-Орда. В 1979 году закончил школу и поступил по конкурсу на лечебный факультет Алма-Атинского Государственного медицинского института. Закончив ВУЗ в 1986г, по направлению работал врачом-хирургом, эндоскопистом в Кзыл-Ординской областной больнице. Дальнейшая практическая работа и научная карьера Б.Б. Баймаханова связана с ведущим научным учреждением Казахстана - Институтом клинической и экспериментальной хирургии им А.Н. Сызганова: с 1990г научный сотрудник, с 1995г старший научный сотрудник, зав отделом хирургии печени и поджелудочной железы, директор института. В 2000г назначен на должность начальника Южно-Казахстанского областного управления здравоохранения, с 2008 по 2011г начальник управления здравоохранения Кзыл-ординской области, эту работу он совмещал с должностью председателя Совета Директоров АО «НЦХ им А.Н. Сызганова», когда, в полной мере, проявился его организаторский талант.

Занимая ответственные должности Б.Б. Баймаханов нашел возможность получить звание бакалавра экономики, закончив в 2006г экономический факультет Казахского экономического университета им. Т. Рыскулова.

В 2011г работал в должности председателя Совета Директоров АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» г. Астаны. В настоящее время проф. Б.Б. Баймаханов возглавляет многопрофильную клиническую больницу №7 г.Алматы, которая оказывает специализированную медицинскую помощь.

В 2000г. защитил диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук на тему: «Эзофагопластика при послеожоговом рубцовом сужении пищевода». И кандидатская, и докторская диссертации защищены под руководством выдающегося ученого-хирурга академика НАН РК М.А. Алиева. Диссертация представляет собой фундаментальный научный труд, основанный на большом практическом материале с использованием современных методов исследования и лечения.

Научно-исследовательская деятельность профессора Б.Б. Баймаханова нашла отражение в более чем 200 научных работах, 4 монографиях, 42 патентах на изобретение. Под его руководством было защищено 16 диссертаций, в том числе 4

докторские. Научным направлением Б.Б. Баймаханова является хирургия пищевода, панкреато-гепато-билиарная хирургия, эндовидеолапаро,- торакоскопическая хирургия, трансплантация органов и тканей. Практическим выходом последнего направления работы явилась, выполненная впервые в Казахстане, видеоассистированная трансплантация родственной почки с благоприятным ближайшим и отдаленным результатом.

За выдающиеся заслуги, значительный вклад в практическую медицину д.м.н. профессор Б.Б. Баймаханов избран действительным членом АМН РФ, является членом: Всемирной Ассоциации хирургов (Нью-Йорк), Всемирной Ассоциации хирургов-гепатологов, почетным членом Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, врач-хирург высшей категории.

Работая директором «НЦХ им А.Н. Сызганова», создал печатный орган хирургов Казахстана – «Вестник хирургии Казахстана», который вошел в реестр ВАКа РК, является членом редколлегии международного журнала хирургов-гепатологов России и стран СНГ.

Б.Б.Баймаханов высокоэрудированный специалист, прекрасный организатор, отличающийся комплиментарностью и коммуникативным талантом, является руководителем здравоохранения новой генерации, создал свою школу хирургов,занимается большой общественной работой.

Заслуги Б.Б. Баймаханова перед Родиной отмечены правительственными наградами: юбилейная медаль «Қазақстан Республикасының тәуелсіздігіне 10 жыл» -2001г., юбилейная медаль «Астанаға 10 жыл»-2008г., орден «Құрмет» -2006г. и государственными знаками отличия: «Денсаулық сақтау ісінің үздігі» -2001г., «Алтын дәрігер»-2010г., Лауреат стипендии Президента Республики Казахстан –молодым ученым.

Коллектив кафедры хирургических болезней №3, коллеги, ученики поздравляют Болату Бимендиевича с юбилеем, желают дальнейших творческих успехов, семейного благополучия, здоровья.

*Зав. кафедрой «Хирургические болезни №3»
КАЗНМУ
профессор А.С. Ибадильдин.*

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Клинические дисциплины

Анестезиология и интенсивная терапия

Зрячев В.М. ПОСТПУНКЦИОННАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ЕЁ РАЗВИТИЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАНЦЕТОВИДНЫХ ИГЛ (3)

Зрячев В.М. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (4)

Внутренние болезни

Касымжанова Ж.Б. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ (6)

Данышбаева А.Б. МОНИТОРИНГ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ (8)

Нурмуханбетова А.А. ПРИНЦИПЫ ОБУЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СБРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (11)

Гинекология

Абдукаюмова У.А., Аленова А.А., Рамазанова М.А. ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ (14)

Абдукаюмова У.А., Рамазанова М.А., Кажибекова Г.А., Сагындыкова З., Кызаева А.Д. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ - КАК ИНТЕГРАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН (16)

Кажибекова Г.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИВИТАМИНОВ В ПЕРИОД ЗАЧАТИЯ И ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ (17)

Дерматовенерология

Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Земцов Е.Е., Сатвалдиева А.Д. СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА (19)

Кабулбекова А.А., Оспанова С.А., Земцов Е.Е. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ, ВКЛЮЧАЮЩАЯ ВАЛАЦИКЛОВИР И ГЕНФЕРОН В ЛЕЧЕНИИ ГЕНИТАЛЬНОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (22)

Земцов Е.Е. МЕДИКО – СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ И ЛИЦ С ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕАКЦИЯМИ НА СИФИЛИС (24)

Кабулбекова А.А., Емельянов В.В., Оспанова С.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛУБОКИМ МИКОЗОМ – ХРОМОМИКОЗ (26)

Иммунология

Нурмуханбетова А.А. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУНОДЕФИЦИТНОГО СОСТОЯНИЯ (28)

Инфекционные болезни

Муковозова Л.А., Кулжанова Ш.А., Смаил Е.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИКЛОФЕРОНА И АМИКСИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ (29)

Кардиология

Коспанов Н.А., Айдашова Б.Б. ЗАВИСЯТ ЛИ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕКТОМИИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТЕРОСКЛЕРОЗА (34)

Абдильманова Б.Р., Тулеуов Ж.М., Исакова Ф.Е., Байдрахманова Г.М. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕМОФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСМОЛЯРНЫМ ОТЕКОМ МОЗГА (35)

Абылаева М.Т. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ РАССТРОЙСТВ (37)

Аубакирова Б.К. ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ

ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (39)

Аубакирова Б.К., Бегайдарова Л.С., Квак Е.В., Алимкожа А.Б., Садыкова С.К. ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА (42)

Есетова К.У., Насырова С.Р., Имашова Ш.О., Мухамеджанова Г.С., Айтжанова Г.Б., Амиркулова М.К. ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ТОКСИЧНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА (45)

Макеева З.И. ЗНАЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА (47)

Каймулдина Ж.Б., Бакирова К.Б., Мырзалы Н.Ж., Садуакасова А.К., Кусумжанова Д.К. ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (48)

САГЕЕВ С.С., КРАВЧЕНКО Н.П. ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (49)

Канимкулова Ф.А. ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПЕРЕСТРОЕК НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ССЗ) У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ (53)

Неврология

Жармухамбетова Л.Т., Нуржанова Р.Б., Раимкулова К.Б., Фадеева А.В., Раимкулова Х.Б., Бхат Н.А., Раимкулов Б.Н. ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (54)

Бхат Н.А., Жармухамбетова Л.Т., Нуржанова Р.Б., Раимкулова Х.Б., Раимкулова К.Б., Фадеева А.В., Раимкулов Б.Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (56)

А.А. Ашимов ЗАБОЛЕВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К ПСИХОРЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ И ОПЫТ РАБОТЫ С ТАКИМИ БОЛЬНЫМИ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ (ОРИТ РНЦПН) (59)

А.Н. Ховдаш КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СОЗНАНИЯ (63)

М.Н. Мырзаханова РЕФЛЕКТОРНЫЕ СДВИГИ ГЕМО- И ЛИМФОДИНАМИКИ ПРИ РАЗДРАЖЕНИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У НИЗШИХ ПОЗВОНОЧНЫХ (66)

Онкология

Жакенова Ж.К., Хамзин А.Х., Тулеутаева З.К., Касымбекова Г., Ковчегова М., Жанбырбаева А. МАММОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (69)

М.А. Кузикеев, М.С. Садыков ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ (73)

Кайдаров Б.К., Афонин Г.А., Кайдарова Д.Р., Джансугурова Л.Б., Музыка С.В., Любченко Л.Н., Жунусова Г.С., Ерещенко С.С. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И СКРИНИНГА СЕМЕЙНЫХ И СПОРАДИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ (75)

Кузикеев М.А. ОПЫТ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ МАЛОГО ТАЗА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ (80)

Б.Д.Шалабаев ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (82)

Б.Д. Шалабаев, Г.О. Миненков ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРАНИЦ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕЙ И ДЕСТРУКТИВНЫХ ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (85)

Оториноларингология

Бурхина Е.И. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (89)

Кудайбергенова С.Ф., Джаркинбекова Г.К., Суатбаева Р.П., Ищанова Д.М., Расулова М.С. ОСТЕОМА НОСОВОЙ ПОЛОСТИ (92)

Офтальмология

Альмешева Г. К. ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ (94)

Абышова Б.Д. ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРИ ИНТОКСИКАЦИИ АЛКОГОЛЕМ (96)

Патологическая анатомия

Исмаилова Ю.С., Гончарова А.В., Умбеталиев С.Г. КЛИНИКО – МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МАТЕРИАЛОВ МЕРТВО- И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА (99)

Нартаева А.Е. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА - СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ (101)

Педиатрия

Катарбаев А.Қ., Берденова Г.Т., Кулебаева Э.К. ЭНТЕРОВИРУСЫ МЕНИНГИТТЕРТІҢ БАЛАЛАРДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМ ЕРЕКШЕЛІГІ (106)

Катарбаев А.К. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (108)

Божбанбаева Н.С., Байгазиева Г.Ж., Абдуллаева Г.М., Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А. Бейсекова А.А. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В ПЕДИАТРИИ (110)

N.S. Bozhanbayeva, A.A. Berikbayeva, A.I. Amanbekova, A.S. Kurbanova ANALYSIS OF PERINATAL AND NEONATAL MORTALITY CAUSES IN ALMATY IN 2008-2010 (11)

Байгазиева Г.Ж., Божбанбаева Н.С., Ксетаева Г.К., Турланова А.К., Султанбаева С.Н. ИНДЕКС АВИДНОСТИ АНТИТЕЛ КАК ВОСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ (113)

З.С.Жапарханова, А.А.Нурбекова, И.А.Аскаророва, Ю.Л.Стрелецкая ЭНДОКРИННАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ МЕДЕУСКОГО РАЙОНА Г. АЛМАТЫ (114)

Кайбагорова Н.Н. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ (117)

Кайназарова С.Е. СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕЧЕНИ У РЕБЕНКА (119)

Д. САМАТҚЫЗЫ, А.П.ВИБЕ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ХРОМОСОМНОЙ АНОМАЛИИ У РЕБЕНКА (121)

Мамбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыкова А.Ж., Еспанова А.С., Шугаева Н., Нургельдиева Л.С. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ (122)

А.А.Курмангалиева., К.А.Умешева., Б.К.Оразалиев КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕУТОЧНЕННОЙ (124)

Наумова Н.В. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ В РАЗЛИЧНЫЕ ЭПИДЕМИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ (126)

Божбанбаева Н.С., Байгазиева Г.Ж., Абдуллаева Г.М., Мустафазаде Т.Ш., Есенова С.А., Султанбаева С.Н., Бейсекова

А.А. ФАКТОРЫ РЕАКТИВАЦИИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (128)

Хайбуллина Г.М., Соколова Е.П., Хван О.Э., Чередниченко О.Н., Смирнов К.А., Касаинова Р.К., Тойшибекова Г.А., Есенжанова М.А. ЖЕЛТУХА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ (130)

Умбетова Л.Ж. ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА (132)

Стоматология

К.Б.Дюсупов, В.О.Кенбаев СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (135)

Ермуханова Г.Т. ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ МАГНИЕВОГО СТЕРЖНЯ НА ГЕМАНГИОМАТОЗНУЮ ТКАНЬ В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ (136)

Г.Т.Ермуханова, А.А.Тулетаев ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ (138)

Д.К.Келденова ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА МЕТОДОМ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ (141)

Мезгильбаева Д.М., Кунанбаева Т.С. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НЕОВИРА И ВИРОГЕЛЯ (143)

Мангытаева Б.Б., Бекболатова К.А. ОЗОНДЫ ТЕРЕҢ ТІСЖЕГІНІҢ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ (145)

Н.М. Онайбекова ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА РАНО ПРОРЕЗАВШИХСЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИЗЛУЧЕНИЯ ЭРБИЕВОГО ЛАЗЕРА (148)

А.М.Курмашева ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ХОЛИСАЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА (149)

Н.Г. Сапаева ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ КАЗНМУ (150)

Д.К.Кельденова ПРИМЕНЕНИЕ КУПРАЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА (151)

М.А.Спатаев ПРИМЕНЕНИЕ АРТИКАИНА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (153)

А.М.Курмашева ПРИМЕНЕНИЕ МАЛАВИТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО

ГИНГИВИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА (154)

Г.А.Даулетбаева ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕКСИКОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА (156)

Дюсупов К.Б., Кенбаев В.О. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ (157)

СУПИЕВ Т.К., НЕГАМЕТЗЯНОВ Н.Г., КАТАСОНОВА Е.С., КОЖАБЕКОВ Е.М. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА (161)

Уразбаева Б.М. ЭНДОДОНТИАЛЫҚ ЕМ ЖҮРГІЗГЕНДЕ ӨЗЕКТІ УАҚЫТША ПЛОМБЫЛАУДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ЗАМАНАУИ МАТЕРИАЛДАР (167)

Каржаубаева Г.Е. ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ Г.ТАРАЗ И ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2006-2011 ГОДЫ (169)

Каржаубаева Г.Е. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЗУБОВ (171)

Мирзакулова У.Р. ДИАГНОСТИКА СЛЮННОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (174)

Мирзакулова У.Р., Бегайдарова Б.М., Кабышева З.М. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛАДЕНИТА (178)

Кабулбеков А.А. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ (180)

В.О.Кенбаев, К.Б.Дюсупов ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАНЕВЫХ ИНФЕКЦИЙ (183)

Бакбаев Б.Б., Мезгильбаева Д.М., Абдикаримов С.Ж., Кунанбаева

Т.С., Жаксыбаев Б.С. ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ИЗМЕНЕНИЙ В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ (185)

Терапия

Макеева З.И. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО РАССТРОЙСТВА (189)

Ф.А. Алдешова СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) (191)

Верхотурцев А., Курманова Г.М. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С (193)

Мухамеджанова М.Х., Кайыргали Ш.М., Жуматаева С.А., Каирбаева С.М. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ФЛУРБИПРОФЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ (199)

Хайдарова Ю.М., Курманова Г.М. СИНДРОМ КРИОГЛОБУЛИНИИ ПРИ ГЕПАТИТЕ С (200)

Жанбырбаева А. Қ., Имангалиева А. С. ЭРИТРОПОЭТИКАЛЫҚ (ТУА ПАЙДА БОЛҒАН) ПОРФИРИЯНЫ ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ (208)

Урология

Айтбаева Ж.Т. ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВ ПРИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ (210)

Кабулбаев¹ К.А., Абеуова² Б.А., Чингаева¹ Г.Н., Шепетов¹ А.М., Нугманова¹ А.М., Досым¹ С.М., Наушабаева¹ А.Е.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ (211)

А.Е. Наушабаева¹, Б.А. Абеуова², Г.Н. Чингаева¹, К.А. Кабулбаев¹, А.М. Нугманова², Досым С.М.¹ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ВАРИАНТЫ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА (214)

К.В.Рахимова, З.И. Стафиевская ФИТОПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ (216)

Г.Н. Чингаева¹, Б.А. Абеуова², К.А. Кабулбаев¹, А.М. Нугманова¹, А.Е. Наушабаева¹, К.Т. Баякова¹, М.М. Уристомов³ ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНАЦИИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ ПОЧЕК (217)

А.М. Шепетов, Г.Н. Чингаева, К.А. Кабулбаев, А.М. Нугманова, А.Е. Наушабаева, К.Т. Баякова, М.М. Уристомов СОЗЫЛМАЛЫ

БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ОСТЕОПЕНИЯ ЖӘНЕ ОСТЕОПОРОЗ (220)

Фтизиатрия

МАДАЛИМОВА М.Ж. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ФТИЗИАТРА (223)

Сыздыкова Н.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА (225)

Хирургия

Коспанов Н.А., Омаров А.А. РОЛЬ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ (226)

Султанов Э.Ш., Зайналов А.К., Басуева Е.Г., Оразгалиев Т.Б., Санатов С.С., Бетирова Д.Ш., Мырзашева Ж.И., Масимжанова Д.А., Жамбулова А.С., Ерманов Е.Ж., Балабеков А.Г. ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (228)

Миербеков Е.М., Артыкбаев Ж.Т., Жазылбеков А.А., Камалов И.А. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИИ И ВЕДЕНИЯ БЛИЖАЙШЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ ПЕЧЕНИ (230)

Ибадильдин А.С., Шарунов Г.И., Зяблицкая М.С.К. ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (231)

А. Ж.Нурмаков ОСТРЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ (234)

A.S. Ibadildin, B.M. Nokerbekova, N.E. Sarmanov, M.S. Zyablitskaya GENERALIZED PERITONITIS -PRINCIPLES OF TREATMENT (236)

С.Б. Рахов КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (238)

Рахов С.Б. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА (241)

Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Сабитов Д.Ф. СОСТОЯНИЕ ГОМЕОСТАЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БИЛИАРНОЙ ОККЛУЗИИ (242)

Ибадильдин А.С., Кузьмин Д.Ю. СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ, ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТЕЛЬНОГО ЭХИНОКОККОВОГО ЭРИТРОЦИТАРНОГО ДИАГНОСТИКУМА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦИСТОБИЛИАРНОГО СВИЩА (244)

Раздел 2. Теоретические дисциплины

Биофизика

Алмабаева Н.М., Бопанова А.О. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ПОЛЕЙ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА (247)

Алмабаева Н.М., Бопанова А.О., Умирбекова З.К. РЕНТГЕН СӨУЛЕЛЕРІ ҚОЛДАНЫЛУ АЙМАҒЫ (248)

Гигиена

Д.М. Анабаева ФАКТОРЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ (249)

Варданян К.К., Думанян К.Г., Айрапетян А.К. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ СОСТОЯНИЯ ОЗЕЛЕНЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕГМУ (251)

Еспанова А.С., Нургельдиева Л.С., Анабаева Д.М., Айтжанова Л.Б., Байзахова Г.А. Мамбетова И.З. Зулхажы Айгул. ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (259)

Лабораторная медицина

Демидчик Л.А.¹, Ключев Д.А.², Колесникова Е.А., Муравлева Л.Е., Молотов-Лучанский В.Б., Чайковская Н.А. ТЕЗИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЯХ (262)

З.Ғ. Айташева, З.С. Оразымбетова, М.Ж.Жұмағұл, А.Қ.Қыдырбаева ГЕНДІК ТЕРАПИЯ ЖӘНЕ МЕДИЦИНА ЖЕТІСТІКТЕРІ НЫҒАЮ ЖОЛЫНДА (264)

А.П. Богоявленский, А.С. Турмагамбетова, В.Э. Березин АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРИППА (266)

Краморенко Ю.С., Азнабакиева М. М., Степанова И. С. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ (267)

Ж.Н. Сулейменова, А.К. Молдабаева, Н.А. Мухаметова, Г.Р. Керимбекова, Л.К. Каримова, А.К. Акшалава, А.У. Байгабулова РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕПАТИТА В И С В ЦЕЛЕВЫХ ГРУППАХ РИСКА У ВЗРОСЛЫХ ПО ДАННЫМ СКРИНИНГА ЦЕНТРА ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕХНОЛОГИИ Г. АСТАНЫ (268)

З.Н. Карамендина ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ И ОТЕКОМ КВИНКЕ (269)

К.А. Абылкасымова СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МЕТОДОВ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ (ИФА И ПЦР) ИНФЕКЦИИ *HELICOBACTER PYLORI* (271)

С.Б. Калимолдаева, Д.М. Нурадилова, З.Н. Карамендина ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (272)

Кауламбаева М.З., Ахметсадыков Н.Н., Стабаева Г.С. ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ КЛЕТОЧНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ТКАНЕВОЙ ИНЖЕНЕРИИ НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ «АНТИГЕН» К ВОПРОСУ О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (274)

М.Ж. Жарасов, Кауканова В.Ю. К ВОПРОСУ О ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ (276)

М.Ж. Жарасов, В.Ю. Кауканова, М.Т. Зимбиева, Б.Ж. Мекебай БАКТЕРИОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА (277)

Неталина Г.Ж. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ (278)

Хабижанов Б.Х., Нургалиева Ж.Ж., Курманбекова С.К., Хитуова Л.К., Баймуратова А.Д., Канагатова Г.М., Кайназарова С.Е., Тулебаева А.К., Кисленко А.В. ВЗАИМОСВЯЗИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ЧАСТОТЫ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА (280)

О.С. Тураров, М.Ж. Жарасов, Ш.Б. Насухин, М.С. Курмангазин ЭНТЕРОБАКТЕРИИ В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ (281)

М.Н. Мырзаханова, Н. Мырзаханов ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В БЕЛКОВОМ СОСТАВЕ ЛИМФЫ И КРОВИ СОБАК ПРИ НЕКОТОРЫХ ВОЗДЕЙСТВИЯХ НА ОРГАНИЗМ (282)

Мирзакулова У.Р. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПРОТЕИДА ЛАКТОФЕРРИНА И СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРЕНХИМАТОЗНОМ СИАЛАДЕНИТЕ (284)

Организация здравоохранения

Бегларян М. Г., Саакян К. М., Амирджанян А.А. АНАЛИЗ ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЛОЯЛЬНОСТИ СРЕДИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК ГОРОДА ЕРЕВАН (287)

Уразбахов Ж.Ж. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К БИЗНЕС-ПЛАНИРОВАНИЮ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (291)

Даришева Д.А. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОГО, СОЦИАЛЬНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ (292)

Абдыкырова М.Т., Сиражева К.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ ПО РАЙОНАМ ГОРОДА АЛМАТЫ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА (294)

Бишораева Т.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕННОЙ ПАСПОРТИЗАЦИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ (295)

Абдыкырова М.Т., Сиражева К.Г. АНАЛИЗ ВЫЯВЛЕННЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА (297)

Ауелбекова Ж.Б. ОЦЕНКА КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА (299)

Ахметова Г.М., Таргынова С.Т., Чистякова М.С. АНАЛИЗ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2011 ГОДЫ (301)

Ахметова Г.М., Чистякова М.С., Юсупова Р.А., Абдыкырова М.Т., Таргынова С.Т. АНАЛИЗ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ НА ВИЧ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2011 ГОДЫ (302)

Ахметова Г.М., Абдумананова М.К., Абдыкырова М.Т., Тажибаева Г.Х., Таргынова С.Т. АНАЛИЗ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ ПО КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА 2010-2011 ГОДЫ (304)

Варданян К.К., Думанян К.Г., Айрапетян А.К. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕР ПО УЛУЧШЕНИЮ

СОСТОЯНИЯ ОЗЕЛЕНЕНИЯ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЕГМУ (305)

Берденнова Г.Т., Қатарбаев А.Қ. СЕМІЗДІККЕ ШАЛДЫҒУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН КЕЙБІР ФАКТОРЛАРДЫ ЗЕРТТЕУ (313)

Жыланбаева Б.К., Рахымбаева Г.С. ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА ӨДІСТЕМЕСІ (314)

С.Ә.Ибраев ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСТЫҚ ІШКІ ІСТЕР ДЕПАРТАМЕНТІ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТІ ЕМХАНАСЫНЫҢ ЖҰМЫСЫ ТУРАЛЫ (315)

Aigulsum Izenkova SOME QUESTIONS OF RESEARCH ACTIVITY IN KAZAKHSTAN (317)

Кулмаганбетова Л.Д. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ (319)

Жыланбаева Б.К., Рахымбаева Г.С. МЕМЛЕКЕТТІК ТІЛДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕРМИНДЕР (321)

Мамбетова И.З., Смагулова А.Б., Жадыхова А.Ж., Курманбекова Г.С., Алтынбекова З.А., Аккулова Г.А. МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ У ДЕТЕЙ (322)

Абдыкырова М.Т. ПОДХОДЫ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ Г.АЛМАТЫ) (324)

САГЕЕВ С.С., КРАВЧЕНКО Н.П. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (326)

Сейдуманов М.Т. ОРГАНИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (329)

Сиражева К.Г. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ РАБОТНИЦ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2011 ГОДА (332)

Бужикеева А.Б., Қожахметова А.Н., Хасенова Г.Х., Ли М.В., Чуенбекова А.Б., Ушанская Е.Ю., Суkenova Д.А., Нұржанова Қ.С., Рыстығұлова Ж., Аллиярова С. ХАЛЫҚТЫҢ САЛАМАТТЫ ТАМАҚТАНУЫН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДЕГІ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011-2015» МЕМЛЕКЕТТІК БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ РОЛІ (334)

Е.Е. Земцов АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИППП И КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011 ГОД (335)

Тузақбаев Н.Б. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ (337)

С.Н. Третьякова, М.К. Кошимбеков, Г.Ю. Денисова, С.А.Маленкова, А.Т. Джуланова О РОЛИ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ (339)

Botagoz Turdalieva, Aigulsum Izenkova PROBLEMS OF SCIENTIFIC RESEARCHES MANAGEMENT IN HEALTH SERVICES IN THE PRESENT CONDITIONS (340)

Чистякова М.С. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ (343)

Судебная медицина

А.А. Карибаева, М.Б. Шевченко, Д.В. Филимонов, Исакова Ф.Ф., Кемелов К.А. АКОНТИН (347)

Д.К. Ким ЗНАЧЕНИЕ И ТАКТИКА ПЛАНКТОНОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СЛУЧАЕ МАССОВОГО ПОСТУПЛЕНИЯ ПОГИБШИХ ПРИ НАВОДНЕНИИ (348)

Фармация и фармакология

Келимханова С.Е., Сатаева Л.Г., Баелова А.Е., Буранбаева К.Д. ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫ МЕН ФИТОПРЕПАРАТТАР САПАСЫНА ҚОЙЫЛАТЫН ФАРМАКОПЕЯЛЫҚ ТАЛАПТАРҒА ШОЛУ (350)

Мухамеджанова Г.С., Пичхадзе Г.М., Пралиев К.Д., Кадырова Д.М., Есетова К.У., Насырова С.Р., Имашова Ш.О., Амиркулова М.К., Айтжанова Г.Б. МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНОГО ПИПЕРИДИНА (МАВ-54) В КОМБИНАЦИИ С ВАЗОКОНСТРИКТОРОМ (352)

Хажиidinov К.С., Азембаев А.А., Абжалелов А.Б. FACTORS INFLUENCING TO THE CONDUCT OF CLINICAL TRIALS FOR DRUG DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN (355)

Кусниева А.Е., Азембаев А.А. СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРЕДПРИЯТИЯ ПО ТРЕБОВАНИЯМ GMP, КАК ЭЛЕМЕНТ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (357)

Раздел 3. Профилактическая медицина

Геронтология

Зиманова Г.С., Жангелова Ш.Б., Альмухамбетова Р.К., Исаков Б.С. PNEUMONIA AND LUNG TUMOR IN ELDERLY PATIENTS (360)

Абикулова А.К. МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА АЛМАТЫ ОБ УПОТРЕБЛЕНИИ РАЗНООБРАЗНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ (361)

Исраилова Ш.В. ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ (362)

Спортивная медицина

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко ВРАЧЕБНО - ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ СПОРТСМЕНОВ (364)

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко ПИТАНИЕ СПОРТСМЕНОВ (366)

М. В. Назарова, Л. В. Бабенко СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЯ МИОКАРДА У СПОРТСМЕНОВ (369)

Раздел 4. Инновационные методы обучения

Сүлейменова О.Я., Садыкова А.А. К ВОПРОСУ О ФОРМИРОВАНИИ ЛЕКСИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ (370)

Баяхметова А.А. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА МОДУЛЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ (371)

М.О. Нурмаганбетова БИОФИЗИКА И ЕЕ МЕСТО В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ (373)

Қожахметова А.Н., Бужикеева А.Б., Хасенова Г.Х., Ли М.В., Сүкенова Д.А., Ушанская Е.Ю., Нұржанова Қ.С., Рыстығұлова Ж. Аллиярова С., Бердіғалиев А.Б. НУТРИЦИОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫНЫҢ ОҚУ ҮРДСІНДЕ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011-2015Ж» БАҒДАРЛАМАСЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДА ИНТЕРБЕЛСЕНДІ ӘДІСТЕРДІҢ ҚОЛДАНЫЛУЫ (374)

Қайырғали Ш.М., Қолбаев М.Н., Исаева Б.Г., Калиева Г.А., Жубаева Г.С. ТӘУЕЛСІЗДІК ТҰҒЫРЫНЫҢ НЕГІЗІ – ОТАНСҮЙГІШТІК (375)

Третьякова С.Н., Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Жантүриев Б.М., Жунистаева Ж.К., Игисенова А.И., Жусупова Ж.М. СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЧЕРЕЗ УНИВЕРСИТЕТСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (376)

Юбилейная эстафета (380 - 383)