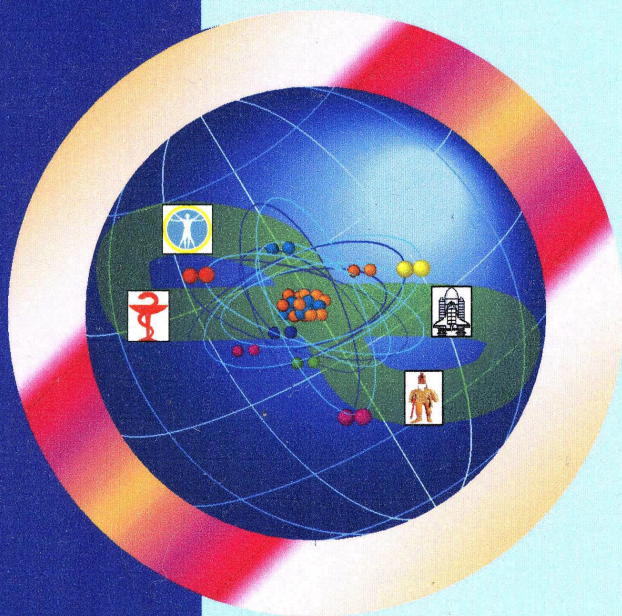




Science & Health Care

Научно-практический журнал

Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение



1'2011

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан.
Журнал зарегистрирован в
Министерстве культуры,
информации и общественного
согласия РК. № 10270-Ж
ISBN 9965-514-38-0

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический
журнал
№ 1 2011 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в
перечень изданий, рекомен-
дованных ККСОН РК

Учредитель:
Государственный
медицинский университет
г. Семей

E-mail: sms@relcom.kz
selnura@mail.ru

Адрес редакции:
071400, г. Семей
ул. Абая Кунанбаева, 103
контактный телефон:
(7222) 56-33-53
факс: (7222) 56-97-55

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900
АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684
КБЕ 16
Технический секретарь
Сапаргалиева Э.Ф.

Ответственность за
достоверность информации,
содержащейся в рекламных
материалах, несут
рекламодатели

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г. Семей

Главный редактор:
доктор медицинских наук, профессор
Т.К. Рахыпбеков

Зам. главного редактора:
доктор медицинских наук
Т.А. Адылханов

Редакционный совет:

Аканов А.А.	(Алматы)
Арзыкулов Ж.А.	(Алматы)
Андерссон Р.	(Швеция)
Виткрафт С.	(США)
Жузжанов О.Т.	(Астана)
Жумадилов Ж.Ш.	(Астана)
Иар Лампл	(Израиль)
Икеда Т.	(Япония)
Кулмагамбетов И.Р.	(Караганда)
Кульжанов М.К.	(Алматы)
Ланд Ч.	(США)
Миттельман М.	(Израиль)
Саймон С.	(США)
Сексенбаев Б.Д.	(Шымкент)
Султаналиев Т.А.	(Алматы)
Султанбеков З.К.	(Усть-Каменогорск)
Хамзина Н.К.	(Астана)
Хоши М.	(Япония)
Шарманов Т.Ш.	(Алматы)
Ямашита С.	(Япония)

Редакционная коллегия:

Жуаспаева Г.А., Иванова Р.Л.,
Раисов Т.К., Каражанова Л.К.,
Еспенбетова М.Ж., Рахметов Н.Р.,
Шаймарданов Н.К., Джаксылыкова К.К.,
Хайбуллин Т.Н., Манамбаева З.А.

Содержание

Лекции, обзоры

Л.Қ. Қаражанова, Ш.Т. Жукушева	5
Жүрек-тамырлық асқынудың жоғарғы қаупі бар наукастар емінің қазіргі кездегі стратегиясы	
Т.А. Адылханов	8
Современные взгляды на проблему качества жизни у больных раком молочной железы (Обзор литературы)	
Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васьковский, А.А. Кусаинов	10
Современное состояние проблем тиреологии (Обзор литературы)	
Т.А. Адылханов	13
Современные методы оценки качества жизни в онкологии	
Организация здравоохранения Республики Казахстан	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева	16
Развитие семейной медицины в контексте Государственной программы «Саламатты Қазақстан»	
С.У. Сыздыков	18
Анализ оказания стационарной медицинской помощи населению в областной больнице им. Г.Султанова	
М.К. Нурбикенов	20
Аналитический обзор деятельности больницы скорой медицинской помощи г. Усть-Каменогорск в контексте повышения качества медицинского обслуживания населения	
Вопросы медицинского образования	
Э.О. Балтабаева	22
Роль межпредметных связей в обучении профессиональному общению студентов медицинского профиля	
Л.Қ. Қаражанова, Ж.Қ. Смаилова	23
Құзыретті медицина мамандарын дайындау – қоғамдық денсаулық сақтау саласының өзекті мәселесі ретінде	
Статьи	
З.Қ. Сұлтанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, А.С. Конурбаева, Ж.Н. Баткульдина, А.К. Кумарова	25
Шығыс Қазақстан облысында экологияға тәуелді аурулардың даму қаупі	
О.З. Ілдербаев	29
Иммундық статус пен пуриндік алмасудың шаңрадиациялық фактор және ОП-10 фитозаттың әсерінен өзгеруі	
А.А. Мусина, А.С. Шокабаева	31
Перспективность методики биологической обратной связи для коррекции различных функциональных состояний	
О.З. Ілдербаев	33
Асбест шаңы мен б гр радиацияның кейінгі кезі және ОП-10 фитозатының әсерінен иммунологиялық реактивтіліктің өзгерісі	
Р.Е. Кулубеков, К.Ш. Амренова, Ш.Ш. Амренова	35
Стандартизация антибиотикотерапии при сепсисе различной этиологии в г. Семей	
О.Г. Цой, Е.А. Тайгулов, Ж.М. Балжанов, А.Е. Гуляев, С.А. Сатвалдиев, А.А. Логвиненко, Д.С. Сеитова, А.А. Курманкина	37
Иммунокорригирующее действие ронколейкина у больных острым холангитом при различных способах применения	
И.Ж. Валишаев	39
Экстракорпоральный метод лечения мочекаменной болезни	
Ж.М. Балжанов	41
Местный иммуномодулирующий эффект ронколейкина, включенного в аутологичные эритроцитарные оболочки у больных острым холангитом	
А.А. Кусаинов, В.Б. Нуркенова, М.А. Зейнелова, Б.С. Уалиев, М.А. Пайзуллаев	43
Хирургическая тактика при остром холецистите	
О.Г. Таштемирова, С.У. Сыздыков, А.К. Ситказинов, Р.Л. Жалтыров, С.Ю. Зуев	45
Состояние неотложной помощи при некоторых острых патологиях органов брюшной полости	
А.А. Кусаинов, М.А. Пайзуллаев, М.Н. Жуманов, М.А. Зейнелова	46
Аппендициттің атипті формаларын диагностикалау қиындықтары	
И.Ж. Валишаев	48
Консервативное лечение болезни Пейрони	
А.А. Бекимов, К.К. Смаилов	49
Хирургическая тактика при сочетанной травме в условиях отдельного медицинского отряда	

З.К. Жумадилова, Р.С. Аубакирова, К.Ш. Жылкыбаева, Н.Р. Баркибаева, Г.К. Калимолдина	51
Терапевтические аспекты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	
А.А. Хамзин	54
Инвазивные методы диагностики венозной формы эректильной дисфункции	
С.Б. Имангазинов, С.Н. Ардабаева, Н.И. Бабина, Л.В. Мирза, А.К. Молдабаева, Б.К. Жанахметова, Н.М. Садыков	55
Эффективность мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих секс с мужчинами	
Г.О. Адильханов	57
Судебно - медицинская оценка вреда здоровью в случаях насилия в семье	
Е.К. Шаймарданов	59
Национальные особенности взаимосвязей депрессивного и тревожного синдрома и зависимостей среди студентов высшей школы	
Ж.А. Жолдасова, А.А. Абетова	61
Эффективность психотерапии соматоформных расстройств	
Г.К. Алшынбекова	64
Соотношение активности показателей ЭЭГ у детского контингента, проживающего вблизи трамвайных линий г. Темиртау	
А.С. Тлемисов, А.Р. Алимбаева	66
Семей қаласындағы 1 жасқа дейінгі сәбилерде жамбас-сан буындарының дисплазиясының өту ерекшеліктері мен оңалту әдіс тиімділігін анықтау	
Г.Т. Камашева, Е.Г. Белухина, Г.К. Шарипова, Б.К. Кариполлин	69
Характеристика микробиоценоза верхних дыхательных путей у часто болеющих детей г.Семей	
М.Ш. Карасаева	72
Определение факторов риска и вклада их модифицирующего влияния на формирование болезней системы кровообращения у жителей города Актау	
Р.М. Жумамбаева, Н.А. Балашкевич, Л.Б. Дюсенова, Ш.Н. Райсханова	73
Агрегационные свойства эритроцитов и обмен липидов у больных с метаболическим синдромом под влиянием эбрантила	
Д.Х. Даутов, Г.М. Шалгумбаева, С.Б. Кайдарова	74
Метаболизмдік синдромында кешенді емдер қолдану тиімділігі	
И.А. Избасарова, Д.К. Кожаметова, А.Б. Калымжанова	76
Опыт применения амплиина при лечении артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом	
М.Ш. Карасаева	77
Основные принципы и методы первичной профилактики артериальной гипертензии среди подростков	
К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.Е. Мансарина, С.М. Сагайдачный, А.Г. Абдыкаримова, З.Г. Кездыкбаева	79
Терапия артериальной гипертензии ко-диротонном	
Р.Р. Нурланова	81
К вопросу лечения начальных проявлений нарушений когнитивных расстройств	
А.С. Керимкулова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.И. Абайханова	83
Оценка состояния липидного обмена у больных артериальной гипертензией в зависимости от пола	
Е.В. Иволгина	84
Постинсультная спастичность и ее лечение	
С.С. Касбаева, Б.Х. Оразгалиева, М.В. Черкасова	87
Прогностическое значение безболевого ишемии миокарда у лиц среднего возраста	
С.Н. Нурбикенова	88
Использование небиволола в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	
Ш.Т. Жукушева, Қ.С. Зуриканов, Ш.Н. Райсханова, Р.Б. Егаубаева, Г.Ы. Какиманова	91
Клиникалық тәжірибиеде тромбоциттер ингибициясы және антиагрегант – кардиомагнилдің ролі	
Л.Қ. Қаражанова, Н.Т. Аубакирова	93
Бругада синдромы	
Л.Қ. Қаражанова., Д.Д. Жанпеисова	96
Қарыншалардың ерте реполяризациясы синдромы	
Р.Р. Нурланова	100
Лечение компрессионно-ишемических невропатий с использованием тебантина	
М.С. Адишева, Н.С. Смаилов, Р.Р. Нурланова	101
К вопросу реабилитации и консервативного лечения остеохондроза позвоночника	
Р.Р. Нурланова	103
К вопросу консервативного лечения поясничного остеохондроза	

Р.Е. Тулеутаева, М.Т. Икенова, А.Р. Махатова, Т.Т. Садыков	105
Комплексная терапия пневмонии на фоне ХОБЛ с применением системной энзимотерапии	
Р.Е. Кулубекоев, К.Ш. Амренова, Ш.Ш. Амренова	107
Клиническая и бактериологическая оценка эффективности антибиотиков при лечении внебольничной пневмонии у лиц до 55 лет	
К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, А.Г. Абдыкаримова, С.М. Сагайдачный, А.Е. Мансарина, З.Г. Кездыкбаева	109
Ретроспективный анализ острой пневмонии	
Р.С. Игембаева, К.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадилова, А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, К.Сексенбаев	111
Характеристика больных туберкулезом органов дыхания	
К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.М. Адылканова, С.М. Сагайдачный, Ж.Т. Байбусинова, З.Г. Кездыкбаева	112
Применение вобэнзима при бронхиальной астме	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадилова, А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, Ш. Астаева	113
Эффективность лечения больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких с применением методики DOTS	
Н.К. Кудайбергенова	114
Условия труда работников водного транспорта по г. Семей	
С.М. Саркулова	115
Состояние регуляторных механизмов в процессе адаптации у рабочих свинцового производства	
С.А. Мукашева, А.Б. Исакова	120
Негормональная терапия в комплексном лечении больных миомой матки	
А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, Ж.Д. Кадырова	123
Лечение анемии у гинекологических больных	
А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А. Глядинцева, Ж.Д. Кадырова	124
Иммунокорригирующая терапия неспецифических бактериальных вагинитов	
Г.О. Адильханов	125
Распространенность и социально-демографические характеристики завершенных суицидов среди женщин	
Ш.М. Кенесарина	127
Сравнительный анализ тестирования в скрининговых исследованиях на маркеры вирусов гепатита в и с среди доноров крови	
М.К. Байгиреев	128
Применение автоматических гематологических анализаторов в клинико-диагностических лабораториях и интерпретация их анализов	
Е.Т. Тлеубергенов	130
Балалар мен жасөспірім спортшылардың бас миларының биоэлектрлік белсенділігі	
Случаи из практики	
Ю.М. Семёнова	132
Случай из практики. Проникающее огнестрельное ранение глазного яблока и черепа	
М.С. Ожиков	133
Туберкулез текті созылмалы бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігі, аддисон ауыруы /тәжірибеден алынған жағдай/	
М.И. Исабекова	134
Случаи из практики внутрисердечной миксомы левого предсердия	
М.И. Исабекова	137
Клиническое значение и сложность дифференциации синдрома ранней реполяризации желудочков	
Ю.П. Пашенцев	139
Выбор метода лечения пациентов с мочекаменной болезнью аномалийных почек	
Г.К. Гайсин	141
Эффективность использования малоинвазивных технологий в лечении постренальной анурии на фоне мочекаменной болезни	
Н.К. Мажинов	144
Наш опыт применения синтетических протезов в оперативном лечении женщин при стрессовом недержании мочи	
Юбилей	
Чиныбаев Абилябек Игасимович. К 70-летию со дня рождения	147

УДК 616.1-06-079-08

**ЖҮРЕК-ТАМЫРЛЫҚ АСҚЫНУДЫҢ ЖОҒАРҒЫ ҚАУПІ
БАР НАУҚАСТАР ЕМІНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ СТРАТЕГИЯСЫ****Л.Қ. Қаражанова, Ш.Т. Жукушева****Семей қ. мемлекеттік медициналық университеті**

Жоғары жүрек-тамырлық қаупі бар науқастарды уақытында анықтау және оларды жүргізудің дұрыс стратегиясы асқынулардың жиілігін біршама төмендетуі мүмкін. Жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастарды жүргізудің қазіргі кездегі стратегиясы күшейтілген медикаментозды емді қажет етеді. Осы науқастардың емдеу тактикасы созылмалы жүрек-тамыр аурулары бар науқастардың емін жүргізу ұстанымдарымен бірдей. Медикаментозды емнің антигипертензивті, липид-төмендетуші және антиагрегантты компоненттері тиянақты түрде зерттеліп талқыланды.

Жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастар санатына ауырлық дәрежесі әр түрлі науқастар жатады. Мысалы, Европалық ұсыныстарға сүйенсек жүрек-тамырлық аурулардың алдын алу бойынша клиникалық тәжірибеде (2007), жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастарға атеросклероздың түрлі (коронарлық, милық, перифериялық) көріністері бар, сонымен қатар, атеросклероз көріністері жоқ, бірақ оның жоғары даму қаупі бар науқастар жатады. Европалық және Ресейлік кеңестердегі Артериялық гипертонияның диагностикасы және емдеуі жөніндегі соңғы ұсыныстары бойынша, жүрек-тамырлық жоғары қаупі бар науқастарға 3 қауіп факторы, метаболизмдік синдром немесе нысана мүшелердің субклиникалық зақымдалуы бар адамдар жатады. Егер артериялық гипертониясы бар науқастарда қосымша жүрек-тамырлық аурулар болса, онда олар өте жоғары жүрек-тамырлық қаупі бар науқастар санатына жатқызылады. Жүрек-тамырлық қауіпті нақты анықтау үшін қауіп факторлардың белгілі концепциясын еске түсіру қажет. Жүрек-тамырлық аурулардың, бір-бірін өзара толықтыратын және асқынулар қаупін максималды төмендетуге бағытталған, үш түрлі: популяциялық стратегия, жоғарғы қауіпті стратегия және екіншілік алдын алу бойынша алдын алу стратегиялары бар.

Популяциялық стратегия тұрғылықты халықтың жалпы тұрғындар арасында, қоршаған ортасының және өмір сүру салтының жүрек-тамырлық аурулардың қаупін арттыратын жағдайларына әсер етуге бағытталған.

Атеросклероздың түрлі (коронарлық, милық, перифериялық) көріністері бар науқастарды алсақ, олар жүрек-тамырлық аурулардың үдеуін алдын алуға бағытталған екіншілік алдын алудың нысанасы болып табылады. Жүрек-тамырлық жоғарғы қауіпті стратегиясының өзектілігі: жоғарғы қаупі бар науқастардың жалпы кардиологиялық науқастар арасында үлесі басым, сондықтан да негізгі асқынулар осы топта кездеседі. Осыған байланысты, жоғары қауіп тобындағы науқастарды дер кезінде анықтау және оларды дұрыс жүргізу, асқынулар жиілігін біршама азайтады. Соңғы жылдары жоғарғы қауіп тобындағы науқастарды жүргізу стратегиясында өте қатты өзгерістер байқалды, медикаментозды емдеудің маңыздылығы артты. Негізінде, осы науқастардың жүргізу ұстанымдары жүрек-тамыр жүйесінің аурулары бар науқастарды жүргізумен бірдей. Мысалы, тұрақты стенокардиясы бар науқастардың емдеу

ұстанымдарын талдап қарасақ (1-сурет), оның екі кезеңнен тұратынын байқауға болады – белгілерді жою үшін (нитраттар) және болжамын жақсартатын препараттар қолданылады: β -адреноблокаторлар, статиндер, антиагреганттар.

Жоғарғы қауіпті артериялық гипертониясы бар науқастарды жүргізу ұстанымдары осыған ұқсас: артериялық қан қысымын төмендету үшін антигипертензивті препараттар және науқастардың жағдайын жақсартатын препараттар мен аурудың болжамын жақсартатын статиндер және антиагреганттар тағайындалады. Алайда, жүрек-тамырлық жоғары қаупі бар науқастардың мәселесі өте жоғары қаупі бар науқастарға қарағанда, емделуге аз бағытталғанында. Сондықтан да, науқастар интенсивті медикаментозды ем алудан қашқақтайды. Бұл басқа мәселе, мұндай жағдайда дәрігер осы науқастарға дер уақытында ем тағайындауға тырысуы керек.

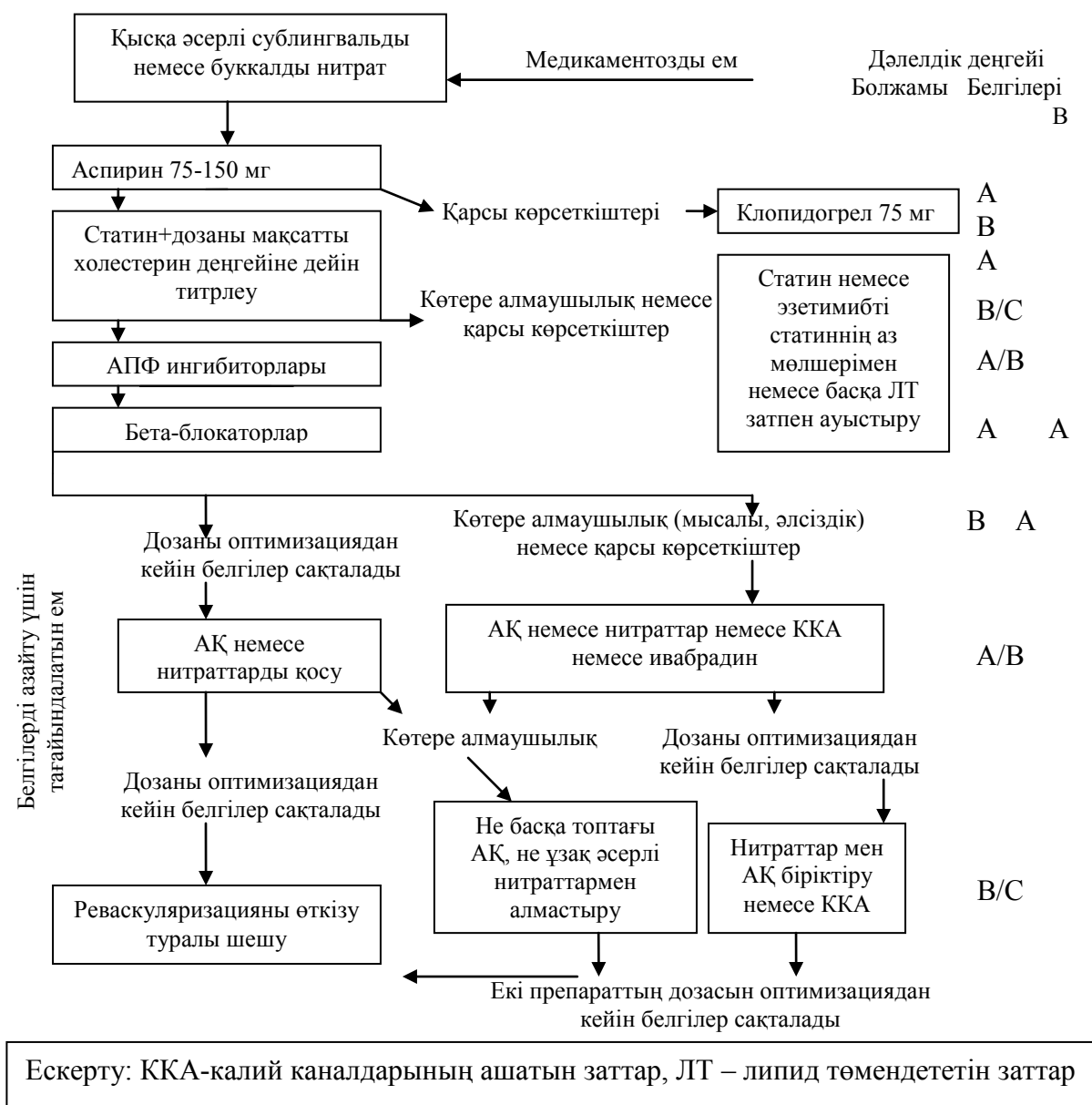
Жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастардың медикаментозды емі заманауи ұстанымдарға сәйкес келуі керек. Осы науқастардың медикаментозды емінің негізгілеріне тоқтала кетейік.

Антигипертензивті терапия (АГТ). Қазіргі кезде артериялық гипертонияның емінде АГТ-дың 5 тобы ұсынылған: диуретиктер, β АБ, кальций антагонисттері, ангиотензин айналдырушы фермент ингибиторлары, ангиотензин II рецепторларының антагонисттері. Халықаралық, көп орталықтық зерттеулер нәтижесіне сүйене отырып, қорытындылай келе, АГТ ішінде ешқайсысы да АҚҚ төмендетуде және жүрек – тамырлық асқынулардың алдын алуда бір – бірінен асып түспейді. Комбинациялық терапия компоненті ретінде I1 имидазолинді рецепторлардың агонистерін (ИРА) және α –АБ қолдануға болады.

Артериялық ипертензия кезінде препаратты таңдау осы аурумен қосарласатын көп факторларға тәуелді: нысана ағзалардың зақымдалуы, ассоциацияланған клиникалық жағдайлар, бүйрек патологиялары, қант диабеті және т.б. аурулар. Осылайша, АГТ әрбір тобы өз қолдану аясын табады, тек абсолютті және салыстырмалы қарсы көрсеткіштерін ескеру керек. Қай препаратты таңдамасаң да, АГТ-ның негізгі мақсаты барлық АГ науқастаында АҚҚ $<140/90$ мм с.б.б. – мақсатты қан қысымына жету. Тағайындалған терапияны ұзақ уақытқа тағайындай отырып, АҚҚ төмен деңгейлерге дейін түсірген жөн. Артериялық гипертонияның қант диабетімен немесе бүйрек зақымдалуымен қосарласқан жағдайында, АҚҚ $<130/80$ мм с.б.б. дейін түсіру ұсынылады. Артериялық гипертонияны емдеудің стратегиялық мақсаты – мақсатты қан қысымына жетіп, жүрек-тамырлық асқынулардың дамуын мүмкіндігінше төмендету.

Жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастардың қазіргі кездегі тағайындауларымен сәйкес, өте жоғары қауіп тобындағы науқастар бастапқы көшенді емді қажет етеді.

Қазіргі кездегі ұсыныстарға сәйкес, жоғары жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қаупі бар науқастар өте жоғары қаупі бар науқастар сияқты бастапқы көшенді емді қажет етеді (2-сурет).

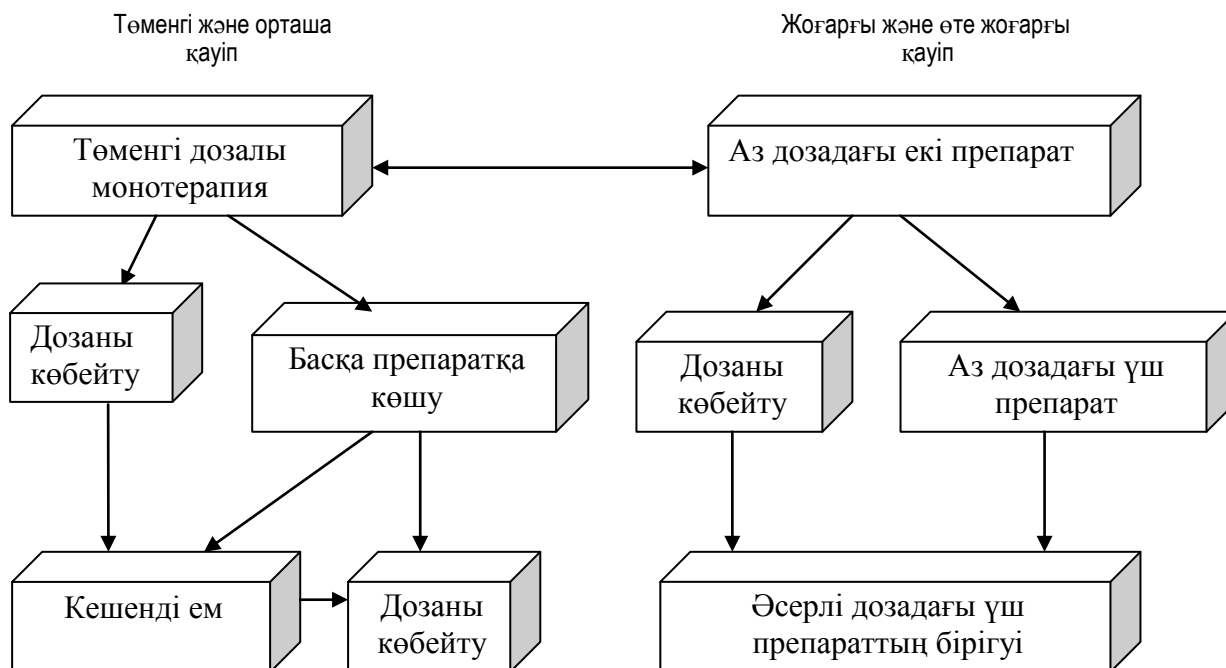


1 - сурет. Тұрақты стенокардияның медикаментозды емі.
Европалық кардиологтары қоғамының ұсыныстары 2006 жыл.

Липидтерді төмендететін (ЛТ) ем. Соңғы жылдардағы зерттеулер липидтерді төмендететін емнің қолдану аясын кеңейтті. Жақында ғана статиндерді тағайындауда жүрек-тамыр ауруының бар болуымен түсіндірілсе, қазіргі кезде ЛТ біріншілік алдын алу препараты ретінде де көрсетілген. Бұған дәлел ретінде уақытынан бұрын аяқталған, рандомизирленген ASCOT-LL зерттеулері болып табылады. Аторвастатиннің біріншілік алдын алу әсерін зерттеуде 40-79 жас аралығындағы, шамалы артериялық гипертензиясы бар, анамнезінде жүректің ишемиялық ауруы жоқ, бірақ оның дамуында кемінде оның үш қауіп факторы бар, артериялық гипертензиядан басқа шамалы гиперлипидемия – плазмадағы жалпы холестерин < 6,5 ммоль/л, үшглицеридтер < 4,5 ммоль/л 10305 науқас қатысты. Қолданыстағы ұсыныстар бойынша статиндерді тағайындау міндетті емес артериялық гипертензиясы бар, орта жастағы науқастарда аторвастатин 3,5 жыл аралығында фаталды емес

миокард инфаркты және жүрек ишемиялық ауруындағы өлімділік қаупін 36%-ға төмендетті, жалпы жүрек-тамырлық аурулар қаупі мен реваскуляризацияға қажеттілікті 21%-ға, коронарлық асқынулардың қаупін 29%-ға, инсульттер мен тұрақты ЖИА дамуын 41%-ға төмендетті. Осылайша, ASCOT-LL зерттеулері бойынша, орта жастағы, артериялық гипертензиясы бар және жүрек-тамырлық аурулар даму қаупінің қосымша факторлары бар науқастарға, плазмадағы липидті спектрдің атерогенді фракцияларының қалыпты немесе сәл жоғарлауы болса да, статиндерді алдын алу ретінде тағайындау қажеттігі сөзсіз.

Антиагрегантты ем. Атеросклероздың түрлі клиникалық көріністері кезіндегі антиагреганттардың әсерлілігін бағалауға негізделген Antiplatelet Trialists' Collaboration зерттеулердің біріктірілген анализі жүрек-тамырлық себептердің қаупін төмендету мүмкіншілігін көрсетті. Мета-анализге енген ең таралған препарат болып ацетилсалицил қышқылы (АСК) болды.



2-сурет. Жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қауіп бар науқастардың түрлі топтарының бастапқы емін таңдау

Қазіргі кезде алдын алу мақсатында АСҚ үш түрлі дәрілік нұсқасы дайындалды: төменгі дозада АСҚ бар кәдімгі таблеткалар; ішекте еритін АСҚ бар таблеткалар (Аспирин®, Кардио, Байер Шеринг Фарма АГ, Германия); антацидпен біріккен АСҚ препараттары, буферлі түрлері (Кардиомагил, Никомед, Дания). Асқазанның шырышты қабатын қорғауда ең дәлелді берілгендер - ішекте еритін АСҚ дәрілерінде.

Соңғы жылдары Аспирин® препаратаының қолдану аясы кеңейді. Бұл препаратты жүрек-тамырлық аурулардың жоғары қауіп бар, яғни атеросклероздың клиникалық белгілері жоқ науқастарда қолдану мүмкіншілігі пайда болды.

Қазіргі кезде кейбір ұсыныстар бойынша, аз дозадағы Аспирин® препаратын антиагрегантты ем ретінде атеросклероздың клиникалық көріністері бар науқастарда ғана емес, сонымен қатар клиникалық көріністері жоқ, жүрек-тамыр қауіп SCORE бағанасы бойынша > 10%, науқастарда да қолдану ұсынылады.

Кең таралған көзқарастар бойынша, екіншілік алдын алу кезінде Аспирин® Кардио препаратын қолдануының әсерлілігі мен қауіпсіздігінің ара қатынасы көрсеткіші, препаратты біріншілік алдын алу ретінде қолданумен салыстырғанда, жоғары болып келеді. Осыған байланысты, жүрек-тамыр асқынуларын біріншілік алдын алу үшін Аспирин® Кардио препаратын тағайындаған кезде тиімділік/қауіп қатынасын индивидуалды түрде бағалау қажет.

Әдебиеттер:

1. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // European Journal of Cardiovascular

Prevention & Rehabilitation: September 2007 – Volume 14 – Issue – PP E1-E40.

2. ВНОК мен РМОАГ артериалды гипертензияны диагностикалау және емдеу жөніндегі ұсыныстардың үшінші қайта қаралымы. Кардиоваск тер профил 2008; 4(3) 1-бөлім: 105-20.

3. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multi-centre randomised controlled trial. //The Lancet, Volume 361, Issue 9364, Pages 1149-1158, 5 April 2003.

4. Brugs J.J., Yetgin T., Hoeks S.E., Gotto A.M., et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. //BMJ 2009;338:b2376.

5. Jaszewsky R. Frequency of gastroduodenal lesions in asymptomatic patients on chronic aspirin or nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy. J Clin Gastroenterol 1990; 12: 10-3.

6. Walker J, Robinson J, Stewart J, et al. Does enteric-coated aspirin result in a lower incidence of gastrointestinal complications compared to normal aspirin? Interact Cardiovasc Thorac Surg 2007; 6(4): 519-22.

7. Dietz R, Raunch B. Leitlinie zur Diagnose und Behandlung der chronischen koronaren Herzerkrankung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK). Z Kardiol 2003; 92: 501-21.

8. Collaborative Group of the Primary Prevention Project. Low-dose aspirin and vitamin E in people at cardiovascular risk: a randomised trial in general practice. Lancet 2001; 357: 89-95.

УДК 618.19–006.6–089.87:615.849.12

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ
РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Т.А. Адылханов*****Государственный медицинский университет города Семей***

Прогресс в диагностике и терапии онкологических заболеваний, позволяющий сегодня большинство опухолей, выявленных на ранней стадии, потенциально рассматривать как излечимые, поставил задачу сохранения качества жизни (КЖ) онкологического больного [9].

По мнению современных исследователей, главной целью всей системы медицинской помощи в онкологии является восстановление и/или сохранение КЖ [10]. В рамках этого определения выживаемость, то есть сама жизнь – первая цель. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения – ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т.д. – вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как новую цель лечения [11].

Впервые этот термин в лексикон онкологии ввели в 1949 году D.A. Karnovsky и J.H. Burchenal [14]. В настоящее время КЖ становится одним из центральных понятий этой дисциплины и фокусом множества исследований. Согласно некоторым авторам, при оказании помощи онкологическим больным, прежде всего, следует руководствоваться не столько возможностью продления их жизни, сколько ее качеством [15]. По мнению же Н.Н. Блинова и соавт. (1989) [16], каждый человек стремится не только к качественной, но и к продолжительной жизни.

Оценка статуса больного человека по 10-балльной шкале Карновского (1949 г.), которая отражала КЖ онкологических больных в процессе химиотерапии, долгие годы была единственным методом оценки качества жизни. В дальнейшем были предложены другие методики в виде опросников и линейных аналоговых шкал, которые заполнялись самим больным или врачом, и отражали различные стороны человеческой жизни.

Понятие КЖ больного в настоящее время широко используется в медицине зарубежных стран [17]. В Европе под КЖ понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека [18]. Американские авторы определяют КЖ как физическое, эмоциональное, социальное, финансовое и духовное благополучие человека [19].

Российские исследователи [20], дают следующее определение: КЖ – совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического и сексуального благополучия, психологические особенности личности в виде степени фрустрированности, бытовой и трудовой активности.

По В.А. Горбуновой, В.В. Бредер (2000), КЖ – это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения [10, с.125].

КЖ – это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания,

процесса лечения и системы оказания медицинской помощи.

Оценка КЖ представляет собой простой и надежный метод изучения состояния здоровья человека, основанный на субъективном восприятии и дающий интегрально-цифровую характеристику его физического, психологического и социального функционирования.

Методы оценки КЖ широко применяют для оценки состояния здоровья больных в кардиологии, онкологии, гематологии, ревматологии, нефрологии, гастроэнтерологии, хирургии, пульмонологии, эндокринологии, неврологии, а также при трансплантации органов и тканей. В онкологии оценка КЖ больных играет особенно важную роль. Примерно половина всех исследований КЖ после 1980 года связана с лечением онкологических больных. Эти исследования проводились в 30 странах, главным образом в Северной Америке и Европе, а также в Азии и Австралии. Ряд работ выполнен в России [21–27]. В последние годы в Республике Казахстан также проводятся исследования, посвященные КЖ онкологических больных, и опубликованы работы, в которых имеются сведения о КЖ больного [28, 29].

В клинической онкологии оценка КЖ, обусловленная здоровьем, исследуется в нескольких направлениях:

- контроль симптомов, обусловленных как заболеванием, так и лечением;
- при лечении злокачественных заболеваний с плохим прогнозом;
- при изучении режимов с одинаковой выживаемостью;
- при изучении влияния поддерживающего лечения;
- для оценки прогноза выживаемости.

Несмотря на короткую историю исследований КЖ в онкологии, уже получена важная информация. Результаты некоторых клинических исследований не совпадают с общепринятым мнением. Например, в рандомизированном исследовании у пациенток с диссеминированным раком молочной железы параметры КЖ были выше при проведении непрерывной химиотерапии, чем при использовании прерывистого лечения [30].

Наряду с традиционными клиническими критериями (выживаемость, непосредственная эффективность лечения – «опухолевый ответ», безрецидивная выживаемость) КЖ является одним из надежных критериев оценки результатов лечения. На конференции Национального Института Рака США (NCI) и Американского Общества Клинической Онкологии (ASCO) в 1990 году был сделан вывод, что КЖ является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и является более важным, чем первичный опухолевый ответ. В многоцентровых рандомизированных исследованиях КЖ может быть дополнительным или основным критерием оценки эффективности терапии в зависимости от целей, задач и результатов протокола. КЖ оказывается основным критерием в том случае, если не выявлены достоверные различия в выживаемости между группами больных, включенных в протокол исследования. В этом случае именно на основании данных КЖ может быть сде-

лан выбор правильной программы лечения заболевания.

Несколько исследований выявили ценность КЖ как фактора прогноза выживаемости. Например, в исследовании А. Coates и соавт. (1997) [31], проводившемся в группе женщин, получавших химиотерапию по поводу РМЖ, показано, что индекс качества жизни и шкала физического благополучия являются более точным индикатором прогноза, чем такой известный параметр, как показатель объективного состояния больного. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше. Аналогичные результаты, свидетельствующие о важности параметра КЖ как фактора прогноза выживаемости, были получены в ряде рандомизированных клинических исследований [32]. Параметр КЖ при распространенном немелкоклеточном раке легкого [33, 34] имел большую прогностическую значимость для продолжительности жизни, чем общепринятые клинические данные о распространенности заболевания и эффективности первичного лечения.

Таким образом, КЖ имеет прогностическое значение для оценки эффективности противоопухолевой терапии, толерантности больного к лечению и выживаемости, что показано в многочисленных многоцентровых рандомизированных исследованиях [31, р.1838, 33, р.174, 34, р.241, 35, 36]. Установлено, что онкологические больные, у которых КЖ изначально было выше, имеют лучшие результаты лечения. Некоторые исследователи указывают, что показатели КЖ онкологического больного до лечения коррелируют с отдельными побочными эффектами комбинированной терапии и возможностями их коррекции [37].

Изучение КЖ больного до начала лечения и в процессе терапии позволяет получить ценную многомерную информацию об индивидуальной реакции человека на болезнь и проводимую терапию. При планировании программы лечения онкологических больных анализ КЖ важен не только из-за необходимости учета индивидуальных черт больного, но и в связи с данными о высокой корреляции уровня КЖ с показателями выживаемости при ряде злокачественных опухолей. Целью изучения КЖ является не измерение или описание каких-то параметров, а составление программы, направленной на повышение качества жизни той или иной категории населения.

Включение оценки КЖ в онкологические исследования является важным элементом, позволяющим улучшать качество исследования [38]. Данный метод прост, надежен и высокоинформативен. Однако полученные данные по КЖ могут быть использованы только в том случае, если соблюдены следующие условия: правильная постановка задачи исследования; выбор адекватного опросника; корректный выбор точек обследования. Основные трудности метода заключаются в сборе данных, их анализе и интерпретации.

Одним из противоречий в лечении онкологического больного является необходимость, с одной стороны, проводить стандартную, строго регламентированную терапию по поводу определенной злокачественной опухоли, с другой, индивидуализировать лечение (известный принцип медицины «Лечить не болезнь, а больного») [37, р.116].

Таким образом, на основании данных литературы можно сделать вывод, что оценка КЖ является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья больного как на групповом, так и на индивиду-

альном уровне. В онкологических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение. Оценка КЖ может помочь врачу индивидуализировать симптоматическую терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Данные КЖ могут стать основой, на которой разрабатываются реабилитационные программы для онкологических больных. Оценка КЖ в клинических исследованиях улучшает качество самого исследования. С помощью КЖ может быть реализован основной принцип медицины – «лечить больного, а не болезнь».

Литература:

1. Герасименко В.Н. Принципы реабилитации онкологических больных: дис. ... док. мед. наук. – М., 1978. – С. 89-97.
2. Горбунова В.А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // Матер. 4 Рос. онк. конф. – М., 2000. – С.125-127
3. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // Supp. Care Cancer. – 1997. – Vol.5. – P.100-104.
4. Karnovsky D.A., Burchenal J.H. Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. C. M. MacLeod. – New York, 1949. – P.191-205.
5. Fitzharris B.M. Breast cancer - progress but slow // Aust. N. Z. J. Med. – 1984. – Vol.14, Suppl. 4. – P. 950-961.]
6. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопр. онкол. – 1989. – Т. 35, № 6. – С. 643-648
7. Spilker B. Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials. – 2nd edition. – Lippincott-Raven, 1996
8. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи: дисс. ... док. мед. наук. – СПб., 1998. – 298 с.
9. Блинов Н.Н. Некоторые гуманистические аспекты онкологии (докл.) // Вопросы онкологии. – 1996. – № 3. – С.108.
10. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Лазо В.В. и др. Пути повышения качества жизни онкологических больных: пособие для врачей онкологов и научных работников. – СПб, 1996. – 18с.
11. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1996. – № 5. – С.70-73.
12. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Чулкова В.А. и др. Комплексное лечение - путь к улучшению качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1997. – № 1. – С.67-71.
13. Евтюхин А.И., Шульга Н.И., Дунаевский И.В. Гипербарическая оксигенация - метод, улучшающий качество жизни онкологических больных в процессе хирургического и комбинированного лечения // Вопросы онкологии. – 1996. – № 5. – С.90-92.
14. Семиглазов В.Ф. Разработка новых подходов к лечению рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 1997. – №1. – С. 22-26.
15. Адылханов Т.А. Диагностика и дифференцированное хирургическое лечение рака молочной железы: автореф. ... док. мед. наук: 14.00.14. – Астана, 2008. – 40 с.
16. Масадыхов А.С. Качество жизни больных, перенесших операции по поводу рака щитовидной железы, и тиреоидный статус // Достижения современной онколо-

гии: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием. – Барнаул, 2010. – С.206-207.

17.Coates A., Gebiski V., Bishop J.F., et al. Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. A comparison of intermittent and continuous treatment strategies // New Engl. J. Med. – 1987. – Vol. 317(24). – P. 1490-1495.

18.Coates A., Gebiski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. –1992. – Vol. 10. – P. 1833-1838.

19.Curbow B., Bowie J.V., Martin A.C., et al. Quality of life in cancer chemotherapy randomized trials // Quality of Life Res. – 1997. – Vol. 6. – P. 684.

20.Earlam S., Glover C., Fordy C., et al. Relation between tumor sizes, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases // J. Clin. Oncol. – 1996. – № 4. – P. 171-175.

21.Kaasa S., Mastekaasa A., Lund E. Prognostic factors for patients with inoperable non-small cell lung cancer,

limited disease // Radiother. Oncol. – 1989. – Vol.15. – P.235-242

22.Loprinzi C.L., Laurie A.J., Wieand B. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patients-completed questionnaires // J. Clin. Oncol. – 1994. – Vol. 12. – P.601-607.

23.Sedman A.D., Porteney R., Yao T.J. et al. Quality of life in Phase II Trials: a study of methodology and predictive value in patients with advanced breast cancer treated with Paclitaxel plus granulocyte colony stimulating factor // J. Nat. Cancer Inst. –1995. – Vol. 87. – P. 1316-1322.

24.Osoba D., Zee B., Pater J. et al. Determinants of post-chemotherapy nausea and vomiting in patients with cancer // J. Clin. Oncol. –1997. – Vol. 15. – P. 116-123.

25.Osoba D. The Quality of Life Committee of the Clinical Trials Group of the National Cancer Institute of Canada: organization and functions // Ibid. –1992. – Vol. 1. – P. 211 - 218.

26.Slevin M.L., Plant H., Lynch D. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? // Brit. J. Cancer. –1988. – Vol. 57. – P. 109 -112.

УДК 614.2-616.441-08-039.76.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ ТИРЕОИДОЛОГИИ

(Обзор литературы)

Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васьковский, А.А. Кусаинов

Государственный медицинский университет города Семей

Щитовидная железа играет огромную роль в нормальной жизнедеятельности всех систем организма, начиная с самого раннего детского возраста и на протяжении всей жизни человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, на Земном шаре зарегистрированы более 300 миллионов больных зобом и гипотиреозом.

По материалам тиреологов различных стран мира недостаток йода в окружающей среде грозит развитием заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у трети населения Земли.

На протяжении долгих десятилетий основным проявлением йододефицита считался эндемический зоб. Действительно эндемический зоб является самым распространенным заболеванием щитовидной железы в зонах пониженного потребления йода (т. е. при потреблении йода менее 50-60 мкг в сутки). В регионах с сильным дефицитом йода (потребление йода менее 20 мкг в сутки) по данным различных авторов 25-30 % населения имеют ту или иную патологию ЩЖ. Более того, заболевания ЩЖ непосредственным образом влияют на развитие патологии других различных органов и систем, интеллектуальные способности снижаются у 30-70% населения.

По данным международной конференции «круглый стол по проблеме профилактики ЙДЗ» (г. Москва, 29 апреля 2008 г.), ведущие ученые различных континентов мира привели примеры результатов борьбы с дефицитом йода. Наиболее эффективным путем решения проблемы дефицита йода является распространение йодированной соли населению. Ученым разных стран удалось добиться принятия программы йодирования соли на государственном законодательном уровне, что по дальнейшим наблюдениям исследователей под-

тверждает значительное сокращение дефицита йода, а в некоторых странах полное решение проблемы недостаточного потребления йода населением.

В зонах эндемичных по зобу наиболее распространенным являются узловые формы, которые достигают 50-70% от всей патологии. По данным С. Wang (1997) до 50% людей из общей популяции, имеют узловые образования в щитовидной железе различного размера, которые, как правило, определяются специальными методами обследования. За последние десятилетия рост больных с патологией ЩЖ связан не только с высокой заболеваемостью, но и с бурным прогрессом и внедрением новейших методов обследования, высоких технологий в диагностическую программу.

Рост узловых форм поражения щитовидной железы, в большинстве регионов Казахстана, в первую очередь обусловлен сочетанием эндемии и возрастающего влияния антропогенных факторов: повышение уровня промышленного производства, урбанизация, загрязнение окружающей среды техногенными токсическими веществами.

В частности население Семейского региона подвергалось таким факторам риска развития патологии ЩЖ как йододефицит и хроническая радиация.

По данным В.В.Фадеева частота выявления узловых образований у населения достигает 10-40%. Валдина Е.А. приводит данные о том, что при ультразвуковом обследовании узлы в щитовидной железе выявляются у 20-44% женщин и у 17-19% мужчин.

Среди новообразований ЩЖ значительный процент составляют образования неопухолевой природы (узлы). Многие из этих образований имеют кистозные изменения. Самостоятельная киста или частично кистозные узлы составляют 6% -25%, от солитарных узлов ЩЖ.

Большая часть кистозных поражений ЩЖ доброкачественна, хотя некоторые карциномы ЩЖ могут иметь кистозные компоненты или быть чисто кистозными.

Малигнизация кистозно-узловых образований и развитие первичного рака щитовидной железы среди всех новообразований, по данным разных авторов, встречается в 3-5% наблюдений. Заболеваемость раком щитовидной железы в среднем составляет примерно 1% всех злокачественных опухолей человека и 21% всех опухолей щитовидной железы. Заболеваемость раком ЩЖ на 100000 населения составляет 0,9. Рак ЩЖ наиболее часто возникает в возрасте 40 - 60 лет, однако довольно часто встречается и в юношеском возрасте в 13-15% случаев и в детском 6-7% случаев. Рак щитовидной железы у женщин развивается в 3-4 раза чаще, чем у мужчин.

Рак щитовидной железы возникает в 80-90% случаев вследствие фоновых заболеваний, и в 10% является первичным заболеванием. По данным В.В. Старинского с соавт., риск малигнизации диффузного токсического зоба составляет 2,5-8,4%, а при узловой его форме - 4,6-31,4%. Данные о частоте рака щитовидной железы у больных с солитарным узлом и многоузловым зобом неоднородны. По результатам исследований ряда авторов в 14,5-21,7% случаев рак щитовидной железы возникает на фоне узлового зоба, а при множественных узлах в 10,1-25,0% наблюдений. Нередко (в среднем от 8% до 10% случаев) злокачественную трансформацию обнаруживают у больных, перенесших операцию на щитовидной железе. Так, из 6220 больных оперированных по поводу диффузного токсического зоба у 29 (0,5%) была обнаружена карцинома ЩЖ.

Не менее актуален вопрос выбора оптимальной тактики лечения пациентов с заболеваниями ЩЖ. До недавнего времени врачи-эндокринологи, хирурги имели в лечебном арсенале только консервативную терапию и хирургическое вмешательство. Оперативное лечение показано при подозрении на рак щитовидной железы, а также при больших размерах узла с проявлением компрессионного синдрома. Выполняемые объемы операций варьируют от простой энуклеации и экономной резекции до субтотальной резекции и тиреоидэктомии, что чаще определяется сложностью интраоперационной дифференциации злокачественного процесса, а также неудовлетворительными отдаленными результатами в виде рецидивов заболевания и различных осложнений. Анализ литературных данных выявил, что гипотиреоз в послеоперационном периоде встречается в 6,5-33%, кровотечения - в 2,8%, парез голосовых связок - в 4,6%, рецидив заболевания - в 6,9% и гнойно-воспалительные осложнения - в 9,4% случаев. Послеоперационный гипотиреоз является одним из наиболее распространенных и значимых осложнений у больных, перенесших оперативное вмешательство на щитовидной железе. Кононенко С.Н. считает, что в послеоперационной медикаментозной коррекции тиреоидными гормонами нуждаются до 93% пациентов. Операция позволяет быстро и радикально исцелить пациента, но является для организма тяжелой травмой, сопровождается риском развития специфических осложнений и рецидива заболевания.

Традиционное консервативное лечение основывалось на применении тироксина или радиоактивного йода. Целью консервативного лечения при доброкаче-

ственных узловых образованиях является предотвращение дальнейшего роста узлов в щитовидной железе. Более сложной задачей является уменьшение размеров уже существующего узла с помощью препаратов, содержащих тиреоидные гормоны. Радиоактивный йод не нашел широкого применения из-за высокой частоты осложнений в виде гипотиреоза и дороговизны лечения. Выявлено, что выбор консервативного метода лечения оправдан при наличии у больного доброкачественного узла, размером до 1 см в диаметре, при отсутствии факторов риска, а также клинических и цитологических признаков рака щитовидной железы. Показанием к продолжению консервативного лечения является отсутствие роста узла за период лечения и наблюдения (рост узла - это увеличение его диаметра на 5 мм от исходного за 6 месяцев). Чаще всего для супрессивной консервативной терапии доброкачественных узловых образований щитовидной железы, используют комбинированные препараты, содержащие тироксин и физиологическое количество йода. Гормональная терапия при дозах, сдерживающих секрецию тиреотропного гормона, представлена как лечение только для малых узлов и в молодом возрасте, при этом, чтобы лечение не привело к тиреотоксикозу необходимо проводить лабораторный мониторинг. Консервативное лечение узлового зоба препаратами йода и гормонами щитовидной железы, к сожалению, имеет низкую эффективность и не всегда хорошо переносится пациентами. В лучшем случае удастся лишь только сдержать темп роста узла, а полный регресс его практически невозможен.

Поэтому сегодня назрела необходимость внедрения в клиническую практику новых методов лечения, которые позволили бы добиться локальной деструкции ткани узла, не оказывая при этом воздействие на окружающую паренхиму, то есть быть минимально инвазивными для больного. В течение последних 10-15 лет в мире с успехом разрабатываются и применяются малоинвазивные методы лечения, связанные с локальным непосредственным дозированным воздействием на ткань железы или отдельные ее участки химическими веществами, лекарственными препаратами или физическими факторами (температура, излучение) под контролем современной диагностической аппаратуры (УЗ, УЗДГ). К таким методам относятся чрескожное введение этанола и других склерозирующих веществ, лазерная коагуляция, диатермокоагуляция и криодеструкция ткани узлов. Последние годы широкое применение нашла склеротерапия, которая является альтернативной операцией методикой лечения некоторых заболеваний щитовидной железы. В литературе есть данные о том, что введение спирта в кисты и узлы как способ их лечения предлагалось еще в конце XIX века (Gherardt, 1882). С появлением новых склерозантов в арсенале ученых и врачей данный метод совершенствуется с каждым днем и приобретает более широкое применение.

По данным Т.Б. Моргунова, Ю.А. Мануйлова, М.Ш. Мадиярова, Н.В. Лиходей, В.В. Фадеева проведена оценка качества жизни пациентов с гипотиреозом, где сопоставлялись показатели качества жизни пациентов с узловым зобом и без патологии щитовидной железы. У всех пациентов оценивали показатели качества жизни (MOS SF-36) и уровень депрессии (шкала депрессии Бека). Практически по всем шкалам опросника SF-36 (кроме общего здоровья и ролевого эмоционального

функционирования) показатели качества жизни у пациентов с компенсированным гипотиреозом были статистически значимо ниже ($p = 0,05$), чем в группе здоровых людей. При сравнении качества жизни пациентов с гипотиреозом с качеством жизни пациентов с узловым зобом по шкалам ролевого физического функционирования ($p = 0,042$), жизнеспособности ($p = 0,015$), социального функционирования ($p = 0,0$) и психологического здоровья ($p = 0,021$) показатели пациентов с гипотиреозом были значимо хуже по сравнению с пациентами с узловым эутиреоидным зобом. При оценке выраженности депрессии сумма баллов по шкале депрессии у пациентов с компенсированным гипотиреозом была значимо выше по сравнению с результатами пациентов с узловым зобом и здоровыми людьми ($p = 0,014$). У пациентов с гипотиреозом даже при стойкой компенсации заболевания практически по всем параметрам качество жизни хуже, чем у людей без нарушения функции ЩЖ и по многим шкалам (ролевого физического функционирования, жизнеспособности, социального функционирования и психологического здоровья) хуже по сравнению с пациентами с узловым эутиреоидным зобом. Выраженность депрессии у пациентов с компенсированным гипотиреозом существенно выше по сравнению с пациентами с узловым зобом и здоровыми людьми, что может служить одной из причин ухудшения общего самочувствия этих пациентов и снижения качества жизни.

Все вышеуказанные данные свидетельствуют о высокой заболеваемости населения патологией щитовидной железы, а цифры динамических исследований и наблюдений свидетельствуют о росте данной патологии, что характеризует актуальность данной проблемы. Большое количество новейших методов диагностики, разработка и применение различных способов профилактики и лечения патологии ЩЖ в последние годы стали основным направлением работы многих ученых мира.

Литература:

1. Еспенбетова М.Ж. Изменения эндокринного статуса у жителей регионов, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, как отдаленные последствия ядерных испытаний: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Алматы, 1994. - 36с.
2. Жумадилов Ж.Ш., Жигитаев Т.Х., Баттачарджи Д., Абишева Г.Н. Совершенствование алгоритма скрининга и лечения при узловых заболеваниях щитовидной железы // Медицина. - 2003. №3.

3. Фадеев В.В. Узловые образования щитовидной железы: международные алгоритмы и отечественная клиническая практика // Врач. - 2002. №7;
4. Александров Ю.К. Морфологические и ультразвуковые особенности рецидивного узлового зоба / Ю.К. Александров, Е.А. Павлова, Ю.Н. Агапитов // Современные аспекты хирургической эндокринологии: Материалы девятого (одиннадцатого) Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. - Челябинск, 2000;
5. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы / Е.А. Валдина. - СПб.: Питер, 2001.;
6. Дмитриев А.Е., Кармилов В.А., Кальченко Б.Л. и др. Диагностика рака щитовидной железы // Хирургия, 1991, №10.;
7. Жумадилов Ж.Ш., Мусинов Д.Р., Васковский Г.Г. Рак щитовидной железы // Акмолинский медицинский журнал, 1998, №1.;
8. Т.Б. Моргунова*, Ю.А. Мануйлова*, М.Ш. Мадиярова*, Н.В. Лиходей*, В.В. Фадеев. Качество жизни пациентов с гипотиреозом // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2010. № 2.
9. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: Учеб. пособие / Под ред. Шевченко Ю.Л. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.
10. Балаболкин М.И. Решенные и нерешенные вопросы эндемического зоба и йододефицитных состояний // Проблемы эндокринологии. 2005. №4.
11. Федеев А.А. и др. Десятилетний опыт хирургического лечения заболеваний щитовидной железы / Современные аспекты хирургической эндокринологии // 16-ый международный симпозиум по хирургической эндокринологии. Саранск, 2007.
12. Черкасов В.А. и др. Диагностика, лечение и профилактика послеоперационного рецидивного узлового зоба // Хирургия. 2004. №4.
13. Ванушко В.Э., Кузнецов Н.С., Ланцаков К.В. Прогноз хирургического лечения дифференцированного рака щитовидной железы // Пробл. эндокринол. 2007. №6.
14. Bianchi P., Zaccheroni V., Solaroli E. et al. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders // Quality of Life Research. 2004.
15. В.И. Качан, Т.В. Мохорт, Н.Д. Коломиец, В.П. Филонов, С.В. Петренко, З.В. Забаровская, Н.Б. Гусина, Г.А. Герасимов. Стратегия устранения йодного дефицита в республике Беларусь: оценка результатов 10-летней работы // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2010. № 3.

Тиреоидология мәселелеріне қазіргі заманғы көзқарас

Д.К. Алдынгуров, Т.А. Булегенов, Г.Г. Васковский, А.А. Кусаинов

Берілген мақалада, тиреоидологияның қазіргі заманғы қиындықтарының, бүгінгі күнгі жағдайының сұрақтары бойынша әдебиеттердің жиынтығы берілген. Мына сұрақтар бойынша мәселелер қарастырылады: йододефицит және йодтың төмен деңгейде қабылдануы; қалқанша безі ауруларының таралуы және динамикасы; тиреоидологиядағы онкологиялық асқынулар; қалқанша безінің аурулары бар науқастарды оптималды емдеу тактикасын таңдау сұрағы; науқастардың өмір сүру сапасын бағалау және т.б.

The modern view of the thyroidology problems

D.K. Aldyngurov, T.A. Bulegenov, G.G. Vaskovskiy, A.A. Kusainov

This article has an overview of literature of modern problems in thyroidology. In particular, the following issues reveals in this article: iodine deficiency and decision of low iodine intake, the prevalence and dynamics of thyroid diseases; choosing the optimal treatment tactic in patients with thyroid diseases; assessment of life quality of patients, etc.

УДК 618.19–006.6–089.87:615.849.12

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ**Т.А. Адылханов****Государственный медицинский университет города Семей**

Существуют различные методики определения качества жизни поэтому оценка должна проводиться комплексно с учётом всех его компонентов, включая социально-психологический аспект и индивидуальные особенности личности пациентки и включать в себя применение опросника «SF-36» (русская версия), обладающего высокой валидностью и надёжностью при любых соматических заболеваниях в сочетании с психодиагностическими методиками, позволяющими определить индивидуальные психологические особенности и реакцию пациента на сложившуюся ситуацию.

MODERN WAYS TO ASSESS OF QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY**T.A. Adylkhanov****State Medical University of Semey**

There are different technique of definition the quality of life assessment should be therefore be comprehensive, taking into account of all its components, including socio-psychological aspect and the individual characteristics of the individual patient and include the use of a questionnaire «SF-36» (Russian version), which has high validity and reliability under all somatic diseases in combination with of psychodiagnostic technique allowing to identify individual psychological characteristics and the patient's response to the situation.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Качество жизни (КЖ) – это восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. КЖ включает в себя объективные и субъективные характеристики человека, отражающие степень жизненного комфорта, психологические особенности личности больного, уровень бытовой и трудовой активности, физическое и сексуальное благополучие [12]. ВОЗ определяет КЖ как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психологического и социального благополучия, независимости [13]. Это показатель удовлетворенности пациента различными сферами жизни и ее «комфортности». Такой подход охватывает не только динамику заболевания, но и психологическое взаимодействие с микро- и макросоциумом, собственное отношение к себе, окружающим, возможности реализации, полноценное социальное функционирование, что является особенно важным в онкологии.

При оценке КЖ важно, кто будет проводить такую оценку, сам больной или врач. В ряде исследований было убедительно продемонстрировано расхождение в оценке КЖ, данной самим больным и сделанной лечащим врачом [35, p.607, 39]. При этом оказалось, что именно оценка больного в большей степени коррелирует с выживаемостью [31, p.1837]. По мнению современных исследователей, больной человек является лучшим судьей своей жизни, поэтому необходимо предоставить самому пациенту возможность оценить качество своей жизни [10, с.126]. Субъективизм при этом может быть нивелирован с помощью физических и психологических тестов.

Многофункциональная оценка КЖ включает разные сферы деятельности человека: функциональную, физиологическую, психологическую, социальную, духовную, сексуальную.

Современные инструменты оценки КЖ разработаны с применением психометрии – науки, переводящей поведение людей, их чувства и личностные оценки в доступные количественному анализу показатели. Каждому инструменту должны быть присущи такие психометрические свойства, как надежность, объективность, воспроизводимость и чувствительность [10, с.125].

Объективность инструмента подразумевает возможность с его помощью измерить то, что предполагалось измерить. Внутри этого свойства выделяют содержательную объективность, то есть степень, с которой измеряемый признак представляет исследуемое явление, и конструктивную объективность, то есть корреляцию данного теста с другими, измеряющими родственные характеристики.

Надежность инструмента – степень свободы от случайных ошибок.

Чувствительность – способность отражать происходящие во времени изменения, часто минимальные, но клинически значимые.

В качестве методов определения используют личный опрос, письменный опрос или же опрос по телефону, основанные на полном доверии пациента. Процесс работы со столь тонкой материей, как ощущение пациентом собственного качества жизни весьма сложен и трудоемок и требует профессионального подхода [10, с.127].

Существует множество анкет для оценки КЖ, которые создаются соответственно задачам и условиям каждого нового исследования.

Наиболее известными из применяемых в странах СНГ являются нижеследующие методики измерения КЖ [20, с.132-134].

Шкала Карновского представляет собой 10-балльную шкалу, которую заполняет врач. Эта шкала проста в обращении, требует мало времени для заполнения, но её валидность в случае определения КЖ низка, так как исходное предназначение этой шкалы состояло в оценке влияния химиотерапии на жизнь пациента. В последующем это направление было расширено. Е. Сапрога (1992) для аналогичных целей использовал 37-пунктовый опросник [40]. Приоритетные направления данного опросника: боль, тревога, депрессия, тошнота, способность к самообслуживанию, сексуальные взаимоотношения, повседневная активность.

Линейная аналоговая шкала представляет собой самостоятельно заполняемый опросник из 25 пунктов. По каждому из пунктов больному предлагается определить свое местонахождение на аналоговой шкале между двумя полярными суждениями. Недостатками этого метода являются длительность заполнения, не-

способность для ряда больных вообще заполнить опросник в связи со снижением ментальных возможностей, особенно в пожилом возрасте, высокая степень субъективизма.

Индекс качества жизни похож на методику аналоговых шкал, но здесь по каждому из пунктов обследуемому предложено 4 варианта ответа и надо выбрать только один вариант, более соответствующий ощущениям человека. Этот опросник более прост для заполнения, требует меньше времени, прост в интерпретации.

Опросник на проблемные ситуации содержит 141 пункт при 5-балльной системе оценки. Опросник требует много времени для заполнения и оценивает лишь одну сторону качества жизни.

Шкала тревоги и депрессии характеризует важнейшие аспекты КЖ, но односторонне, поэтому не может применяться изолированно.

Каждый из описанных методов по-своему информативен, но все они оценивают объективную сохран-

ность физических функций и нарушений самочувствия, характеризуют лишь одну из составляющих КЖ. В связи с необходимостью комбинации разных методов в России была создана оригинальная методика оценки КЖ с использованием линейных аналоговых шкал (40 пунктов) в сочетании с тестом тревоги Спилбергера-Ханина и шкалой депрессии Зунга. Однако и эта методика, несмотря на свою универсальность, не лишена недостатков. Она не предполагает унифицированную количественную оценку КЖ [20, с.134].

В мировой практике общепринятыми являются опросники, заполняемые больными. В США и Европе созданы специальные центры, занимающиеся разработкой опросников КЖ. Имеются общие опросники, которые могут быть использованы для оценки КЖ при различных заболеваниях, и специальные опросники для определенной группы болезней или одного заболевания. В настоящее время используется более 400 общих и специальных опросников. Наиболее распространенные общие опросники представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Наиболее распространённые общие опросники качества жизни.

Название	Автор
UROQOL	EUROQOL Group
MOS-SF20	John Ware. USA
MOS-SF22	John Ware. USA
MOS-SF36	John Ware. USA

В онкологии наиболее распространенными являются два опросника: американский опросник FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General – функциональная оценка противоопухолевой терапии) и европейский – EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organisation for Research and Treatment Cancer – опросник Европейской организации исследований в лечении рака, содержащий 30 вопросов). EORTC QLQ-C30 используется в многоцентровых рандомизированных исследованиях в Европе, Канаде и ряде протоколов в США. Этот опросник разработан Группой Оценки КЖ при Европейской Организации Лечения и Исследования Рака (EORTC Study Group on Quality of Life) во главе с N.K. Aaronson [41]. Теоретическая концепция, которая положена в основу опросника, состоит в том, что КЖ является многомерной интегрированной характеристикой жизни человека. У человека, заболевшего таким тяжелым заболеванием, как рак, некоторые параметры КЖ приобретают определяющее значение, их можно идентифицировать и измерить. На основании субъективной оценки КЖ, проведенной самим больным, можно получить интегрально-цифровую характеристику состояния здоровья больного. Методологическая основа, на которой базируется опросник, включает следующие положения: 1) специфичность к раку; 2) многомерность в структуре (то есть наличие нескольких шкал, характеризующих КЖ); 3) возможность заполнения опросника самим больным; 4) применимость в различных культурах.

EORTC QLQ-C36 является первым опросником, отвечающим данным критериям. Он разработан в 1987 году и относится к опросникам первого поколения. Данный опросник содержит 36 вопросов и оценивает состояние здоровья больного по физическому, психологическому и социальному функционированию, общему КЖ и симптомам, связанным с болезнью и лечением. В результате его усовершенствования и дополнения разработан опросник второго поколения – EORTC QLQ-C30. Этот опросник апробирован во мно-

гих международных клинических исследованиях [42–44]. Он отвечает критериям, разработанным для опросников, применяемых в онкологии – надежности, обоснованности и реализуемости. Опросник высокочувствителен и применим для оценки КЖ у больных независимо от типа онкологического заболевания. Современная версия-2 EORTC QLQ-C30 включает 30 вопросов и состоит из 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие); 3 шкал симптоматики (слабость, тошнота/рвота и боль), шкалы общего КЖ и одиночных пунктов.

Концепция и методология, положенная в основу опросника FACT-G, находится в основе EORTC QLQ-C30. D.F. Cella возглавляет американскую Группу КЖ (Center on Outcomes, Research and Education. Evanston Northwestern Healthcare), занимающуюся разработкой, усовершенствованием и адаптацией опросников системы FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) к различным культурам, и является главным соавтором FACT-G [45–47; 19]. Современная версия-4 FACT-G содержит 27 вопросов и оценивает КЖ по 4 шкалам – физического, социального (включая семейное), эмоционального и функционального благополучия. Оба опросника являются модульными, то есть в основу каждого положен модульный подход, согласно которому имеется базовый опросник (FACT-G или EORTC QLQ-C30) [48]. К базовому опроснику может быть добавлен модуль – несколько дополнительных вопросов, специфичных к тому или иному типу рака или программе лечения. Опросник заполняется больным в точках обследования – до начала лечения, во время лечения и после лечения.

В настоящий момент не существует специфического стандартизированного опросника, адаптированного для стран СНГ [49]. В качестве «золотого стандарта» в Республике Казахстан используется опросник «SF-36» (русская версия), который применяется более 10 лет ведущими университетами мира. Опросник включает 8

шкал: определение физической активности (ФА), роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ), физической боли (ФБ), жизнеспособности (ЖС), социальной активности (СА), роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭП) и психического здоровья (ПЗ). Данный опросник предполагает дифференцированный подход к оценке составляющих качества жизни в зависимости от пола и возраста [50, с.137]. «Экспериментальная» версия опросника была создана в 1988 году, а в 1990 году была создана «стандартная» форма опросника. «Стандартная» форма содержит более четвертой части от всех слов, содержащихся в MOS версии опросника SF-36, и является усовершенствованной по формату и процедуре шкалирования.

Русскоязычная версия опросника SF-36 была создана российскими исследователями Межнационального Центра исследования качества жизни (МЦИКЖ, г. Санкт-Петербург) в 1998 году, и использована для изучения КЖ 2114 жителей Санкт-Петербурга [50, с.138]. Результаты исследования показали высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах.

Таким образом, на основании анализа литературных данных, можно сделать вывод, что существуют различные методики определения КЖ поэтому ее оценка должна проводиться комплексно с учётом всех его компонентов, включая социально-психологический аспект и индивидуальные особенности личности пациентки и включать в себя применение опросника «SF-36» (русская версия), обладающего высокой валидностью и надёжностью при любых соматических заболеваниях в сочетании с психодиагностическими методиками, позволяющими определить индивидуальные психологические особенности и реакцию пациента на сложившуюся ситуацию.

Литература:

1. Васютков В.Я., Асеев А.В., Бала Л.Н. Качество жизни больных раком молочной железы до и после мастэктомии // Рос. онкол. журн. – 1997. – №1. – С.30-33.
2. Польшанская М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психиатри. – 2002. – № 2. – С.5-9.
3. Loprinzi C.L., Laurie A.J., Wieand B. et al. Prospective evaluation of prognostic variables from patients-completed questionnaires // J. Clin. Oncol. – 1994. – Vol. 12. – P.601-607.
4. Coates A., Gebiski V., Signorini D. et al. Prognostic value of quality-of-life scores during chemotherapy for

advanced breast cancer // J. Clin. Oncol. – 1992. – Vol. 10. – P. 1833-1838.

5. Vandeputte M, de Weerd A. Sleep disorders and depressive feelings: a global survey with the Beck depression scale // Sleep Med. – 2003. – Vol. 4(4). – P. 343-345

6. Nixon, R.D. V., & Bryant, R.A. Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder // Behaviour Research and Therapy. – 2003. – Vol. 41. – P. 1237-1242

7. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи: дисс. ...док.мед.наук. – СПб., 1998. – 298 с.

8. Campora E., Naso C, Vitullo M.T., et al: The impact of chemotherapy on the quality of life of breast cancer patients // J Chemother. – 1992. – Vol. 4. – P. 59-63

9. Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology. – 1996. – Vol.11. – P.233-246

10. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organisation (or Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health. – 1994. – Vol. 23. – P. 75-96

11. Aaronson N.K., Meyerowitz B.E., Bard M. et al. Quality of life research in oncology // Cancer (Philad.). – 1991. – Vol.67. – P. 839-843.

12. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bergman B. et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology // J. Nat. Cancer Inst. – 1993. – Vol.85. – P.365-375.

13. Sprangers M.A.G., Cull A., Bjordal K. et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to quality of life assessment guidelines for developing questionnaire modules // Quality Life Res. – 1993. – Vol. 2. – P. 287-295.

14. Cella D.F. Manual: Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) Scales. – N.Y., 1992.

15. Cella D.F. Quality of Life: The concept // J. Palliative Care. – 1992. – Vol. 8. – P.8.

16. Aaronson N.K., Bullinger M., Ahmedzia S.A. A modular approach to quality-of-life assessment in cancer clinical trials // Recent Results Cancer Res. – 1988. – Vol.11. – P. 231-241.

17. Антонычев С.Ю., Мохорт Т.В. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа // Медицинская панорама. – 2003. – № 3. – С.34-37.

18. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб. – М.: Изд. Дом «Нева»; «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.

РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КОНТЕКСТЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН»

М.Ж. Еспенбетова, Ж.М. Жуманбаева

Государственный медицинский университет г. Семей

Здоровье каждого человека является фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития.

В Послании 2010 Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарности ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения».

На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

В Программе предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается создание рынка медицинских услуг и конкурентных отношений среди медицинских организаций.

Реализация Программы будет способствовать динамическому развитию системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрения специальных социальных услуг, а также создания условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы здравоохранения к современным требованиям и рыночным условиям общества.

К числу наиболее актуальных вопросов здравоохранения на современном этапе относится рационализация и оптимизация системы первичной медико-социальной помощи (ПМСП) и, в частности, внедрение семейной медицины. Пионерами в области формирования семейной модели здравоохранения выступила Джезказганская область, с 1998 года и Восточно-Казахстанская область была выбрана как пилотная для проведения реформ внедрения общей врачебной практики в практическом здравоохранении. Опыт работы в течение 10 лет позволили проанализировать первые результаты проведения реформ, подчеркнуть положительные и отрицательные стороны семейной медицины и оценить уроки реформ по развитию ПМСП.

Главными достижениями преобразований в здравоохранении в нашей республике явились следующие:

- впервые по принципу семейной медицины проведена структурная реорганизация системы здравоохранения: ПМСП оказывается самостоятельными лечебными предприятиями – СВА, как городе, так и на селе;
- разработана новая система подушевого финансирования СВА, предпринимались попытки внедре-

ния частичного фондодержания, использования новых методов материального стимулирования;

- во многих СВА врачи и медицинские сестры прошли переобучение и стажировку по семейной медицине и ведут смешанный прием детей, взрослых, женщин;

- в регионах, где прошли компании по свободному выбору врача, появилась заинтересованность работников здравоохранения в пациентах, СВА хорошо изучили свое население, знают его социальный состав, пожелания, знают неблагополучные семьи, работают в контакте с наркологическим диспансером, проводят работу с лицами злоупотребляющими алкоголем, принимающими наркотики и т.д.;

- созданы команды или коллективы ПМСП, способные реагировать на запросы прикрепленного за медицинской помощью населения;

- население хорошо знает команды ПМСП, доверяет им, чувствует уверенность при посещении СВА;

- улучшилась выявляемость заболеваний среди прикрепленного населения;

- наметились подходы к непрерывности и всеобъемлемости помощи – мать, посещающая СВА с ребенком, сама осматривается семейным врачом, гинекологом и терапевтом; педиатр, приходя в дом, интересуется здоровьем взрослых и стариков, терапевт – детей;

- улучшилось взаимодействие и взаимозаменяемость работников СВА;

- уменьшилось количество необоснованных вызовов скорой помощи к хроническим больным, уменьшилось количество необоснованных направлений к узким специалистам;

- открыты кафедры семейной медицины во всех медицинских ВУЗах Казахстана, прошли обучение по линии DFID, USAID большинство сотрудников этих кафедр, включая стажировку за рубежом;

- медицинскими ВУЗами в короткие сроки подготовлены и переобучены врачи для ПМСП, подготовка врачей общей практики проводится в резидентуре;

- в городах, где имеются медицинские ВУЗы, открыты и действуют модельные семейные врачебные амбулатории, проведено реконструирование здания в виде типового Учебного Клинического Центра семейной медицины на средства Всемирного Банка;

- международными организациями проводятся широкомасштабные компании по переподготовке врачей, медсестер, менеджеров ПМСП – ИВБДВ, репродуктивное здоровье, инфекционные заболевания, ИППП, DOTS и др.;

- созданы общественные объединения семейных врачей, преподавателей семейной медицины, медицинских сестер;

- впервые стали появляться отечественные разработки и клинические рекомендации, монографии по семейной медицине, развитию ПМСП, внедрены медицинские клинические протоколы;

- проведена большая работа руководством здравоохранения Республики Казахстан, изучался прогрессивный международный опыт в сфере здравоохранения и образования, поставлена беспрецедентная задача, войти в число 50 развитых стран мира;

- продолжают происходить серьезные изменения в сфере образования, начиная с 2007 года начинается выпуск врачей ориентированное на врача общей практики, организован факультет общей практики взамен лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов;

- важные изменения произошли в повышении заработной платы работниками здравоохранения, в котором выделена роль семейного врача.

Таким образом, подводя итог положительным сторонам реформ по внедрению семейной медицины важно отметить приближенность первичной медико-социальной помощи к населению, что, несомненно, влияет на оперативность и эффективность проведения многих лечебно-профилактических мероприятий, повышает доступность медицины, делает её более экономичной.

Важной существенной положительной чертой семейной медицины является комплексный характер оказания помощи семейными врачами. Это проявляется в том, что на практике осуществляется принцип лечения больного человека, а не болезни. Нужно отметить, что комплексный характер лечебно-профилактической помощи незаменим, когда врач приходит домой к пациенту. Является важным и тот факт, что комплексный характер помощи выражается в том, что педиатрическая, терапевтическая, гинекологическая, первичная хирургическая помощь оказывается в одном учреждении, более того – в одно время в одном месте, часто одним и тем же специалистом.

На I этапе развития семейной медицины у населения г. Семей улучшилось качество жизни, сократилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10%, уменьшились детская и материнская смертности 15%, а также смертность от туберкулеза 10%, повысилась выявляемость онкологических заболеваний и сахарного диабета на ранних стадиях.

Внедрение семейной медицины на практике показало возможности проведения широкомасштабных профилактических мероприятий в какой бы форме это не проявлялось – патронажи новорожденных, иммунопрофилактика, диспансеризация подростков и взрослых, диспансеризация декретированных контингентов, повторные обходы и т.д. Нельзя умолчать и о повышении эффективности проводимой санитарно-просветительной работы, ЗОЖ.

Исключительно важной положительной чертой семейной врачебной амбулатории является их юридическая и финансовая самостоятельность. При минимальном финансировании материальные средства использованы максимально эффективно. Нельзя обойти и такое важное достижение реформ, что появились и апробированы на практике методы экономического стимулирования работы медицинских работников. Имеется опыт страховой медицины, подушевого финансирования, частичного фондодержания.

Высшие медицинские заведения изменили тематические учебные планы, сформировав новую дисциплину – семейную медицину, причем данная реформа прошла как на додипломном, так и на последипломном этапе подготовки врачей. Появились первые выпускники медицинских институтов и академий, подготовленных по семейной медицине. Прошли переподготовку и специализации по семейной медицине большая часть врачей, работающих в рамках ПМСП.

В целом, первый опыт показывает наглядное преимущество широкого внедрения семейной практики и развития ПМСП.

Недостатками семейной медицины, вызывающими отрицательные отзывы, остаются следующие:

- отсутствие достаточного количества квалифицированных семейных врачей;

- семейные врачебные амбулатории располагаются в нетиповых зданиях, плохо оснащены, что вызывает необходимость направления больного для обследования и лечения в консультативные поликлиники, диагностические центры и т.д.;

- большое количество отчетности, её неуклонный рост, бесконечные проверки по различным вопросам, что естественно отрывает медработников от чисто медицинской деятельности;

- высокие нагрузки на семейных врачей (на участках 2300-2500 населения), что также несомненно сказывается на качестве оказываемой лечебно-профилактической помощи;

- сохраняется низкий уровень оплаты труда медработников по тарификациям, не используется метод финансирования по реально проделанной работе.

Таким образом, подводя итоги аргументам «за и против» семейной медицины, следует сказать, что вопросы оптимизации, рационализации и адаптации к новым условиям первичного здравоохранения являются чрезвычайно сложной проблемой и решить её можно именно государственной программой «Саламатты Қазақстан», где в основе пирамиды здорового населения ставит усиленно межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно улучшение качества медицинских услуг и развитию высокотехнологичной системы здравоохранения. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в стратегическом плане развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

Литература:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире. 28 февраля 2007 года // http://www.akorda.kz/ru/speeches/addresses_of_the_president_of_kazakhstan/poslanie_prezidenta_respubliki_kazahstan_na_nazarbaeva.

2. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана. 29 января 2010 года // http://www.akorda.kz/ru/speeches/addresses_of_the_president_of_kazakhstan/poslanie_prezidenta_respubliki_kazahstan_na_nazarbaeva.

3. Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года // <http://www.minplan.kz/2020>.

4. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы // <http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka = Государственная программа развития здравоохранения РК>.

УДК:614.2:614.21/2(470+571)

**АНАЛИЗ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
В ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ ИМ. Г. СУЛТАНОВА****С.У. Сыздыков****Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар**

Одним из главных приоритетов Республики Казахстан с точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения является развитие отрасли здравоохранения, которая должна стать единой, развитой, социально ориентированной системой, призванной обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи [1]. Реализация инновационной политики в системе здравоохранения должна определить и закрепить стратегические принципы совершенствования системы, направленные на сохранение и укрепление здоровья населения, формирование и эффективное функционирование системы предоставления доступных и качественных медицинских услуг, а также разработку и внедрение новых схем организации медицинской помощи и управления здравоохранением на основе дальнейшего устойчивого развития отрасли [2].

В республике продолжается переход на новый государственный норматив сети организаций здравоохранения, который утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2131, что позволит упорядочить сеть государственных организаций здравоохранения, создать сеть многопрофильных больниц, обеспечить доступность ПМСП, в первую очередь сельскому населению.

В структуре расходов государства на ГОБМП 60% средств приходится на оплату стационарной помощи.

Показатель обеспеченности койками за время реализации Госпрограммы в 2008 г. несколько снизился до 76,6 на 10 тыс. населения (2005 г. – 77,2) [3]. Очевидно нерациональное использование коечного фонда: более тысячи больниц пролечили за год 2,5 млн пациентов (15,5% от общей численности населения страны), из которых до 30% не нуждались в стационарном лечении. 35% госпитализированных больных составляют дети и пенсионеры, при этом на долю последних приходится 60% расходов на стационарное лечение [4].

Цель. Проанализировать динамику показателей деятельности областной клинической больницы за 2008 – 2010 гг.

Материалы и методы. Для анализа были использованы годовые отчеты подразделений за 2008-2010г.г.

Результаты и обсуждения. За период с 2008 года по 2010год в областную больницу им. Г.Султанова поступило 37140 больных из них в отделения хирургического профиля 60,81% (22585 больных) и 39,19% (14555 больных) в отделения терапевтического профиля. Следует отметить сохранение соотношения между плановыми и экстренными больными. В 2008 - 2009 годах было 45,1% плановых и 54,9% экстренных. В 2010 году стало 44,5% плановых и 55,5% экстренных. Динамика показателей представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Динамика показателей госпитализации в областную больницу им. Г. Султанова.

№	Профиль отделений	2008г.	2009г.	2010г.	Итого
1	Хирургический	7741 (60,29%)	7192 (60,64%)	7652 (61,52%)	22585 (60,81%)
2	Терапевтический	5099 (39,71%)	4669 (39,36%)	4787 (38,48%)	14555 (39,19%)
	Всего:	12840	11861	12439	37140

Из данных представленных в таблице 1 видно, что имеется тенденция к уменьшению числа госпитализаций, так наименьшее количество (11861 человек) приходится на 2009 год. Наибольший процент (60,81%)

госпитализируется больных в отделения хирургического профиля.

За три года из 37140 больных поступивших на лечение в областную больницу им. Г. Султанова 43,78% составляли жители сельской местности (таблица 2).

Таблица 2. - Динамика показателей госпитализации в областную больницу им. Г. Султанова сельских жителей.

№	Профиль отделений	2008г.	2009г.	2010г.	Итого
1	Хирургический	36,78%	37,15%	35,33%	36,42%
2	Терапевтический	54,17%	53,97%	45,28%	51,14%
	Всего:	45,48%	45,56%	40,31%	43,78%

Как видно из таблицы 2 в течение трех лет наибольший процент сельских жителей госпитализируется в отделения терапевтического профиля и в среднем составляет 51,14% больных. Ежегодно отмечается снижение количества сельских больных, как в отделениях терапевтического профиля, так и в отделениях хирургического профиля. Это связано с внедрением единой национальной системы здравоохранения, которая предусматривает выбор пациентом медицинского учреждения.

Работа койки в областной больнице им. Г. Султанова в среднем за период с 2008 года по 2010 год со-

ставляла 334,9 дней, оборот койки – 32,2 дня, среднее пребывание больного на койке – 10,4 дня. Динамика показателей приведена в таблице 3.

Из приведенных данных в таблице 3 видно, что количество коек, как в отделениях хирургического профиля, так и в отделениях терапевтического профиля из года в год не меняется и практически равное (± 2). Но «хирургические» койки ежегодно работают с наибольшей нагрузкой, с перевыполнением плана по койко-дням, с большим оборотом койки, при этом средняя длительность пребывания на койке составляет в среднем 9,3 койко-дня.

Таблица 3. - Динамика показателей работы койки в областной больнице им. Г. Султанова.

№	Показатели	2008 г.		2009г.		2010г.	
		Хирург. профиль	Терап. профиль	Хирург. профиль	Терап. профиль	Хирург. профиль	Терап. профиль
1	Развернуто коек (среднемес.)	200	198	200	198	200	198
2	Фактически работало коек	211	176	202	163	212	178
3	Среднее пребывание больного на койке (дней)	9,2	10,2	9,3	10,2	9,4	11,4
4	Оборот койки (дней)	40,6	24,7	37,9	23,2	39,9	22,9
5	Работа койки (дней)	361,7	296,9	341,8	280,0	362,5	307,7
6	План койко-дней	67908	65476	67908	65476	67908	65476
7	Кол-во койко-дней проведено больными	71687	59185	68170	54977	72085	60687
8	Процент выполнения плана койко-дней	106,5	87,7	100,7	82,7	106,8	90,9

«Терапевтические» койки работают с меньшей нагрузкой, ежегодно не выполняя план по койко-дням (87,1%), учитывая, что план по койко-дням на 2432 койко-дня меньше, чем в отделениях хирургического профиля. Оборачиваемость койки в отделениях терапевтического

профиля ежегодно снижается, а средняя длительность пребывания на койке увеличивается.

За три года умерло 350 больных, общая летальность в среднем составила 0,9%. Динамика показателей летальности приведена в таблице 4.

Таблица 4. - Динамика летальности в областной больнице им. Г. Султанова.

№	Показатели	2008 г. (n=133)		2009г. (n=107)		2010г. (n=110)	
		Хирург. профиль	Терап. профиль	Хирург. профиль	Терап. профиль	Хирург. профиль	Терап. профиль
1	Госпитализировано (чел.)	7741	5099	7192	4669	7652	4787
2	Умерло (чел.)	20	113	10	97	13	97
3	Летальность (%)	0,5	1,9	0,27	1,7	0,25	1,7

Из данных таблицы 4 видно, что имеется тенденция к снижению летальности во всех отделениях, но высокий процент (1,7%) сохраняется в отделениях терапевтического профиля в основном за счет реанимационного (его доля составляет 70% от количества умерших за три года) и гематологического (его доля составляет 10% от количества умерших за три года) отделений.

Выводы. Таким образом, анализ оказания стационарной медицинской помощи в областной больнице им. Г. Султанова показал, что с внедрением единой национальной системы здравоохранения увеличился приток больных в отделения хирургического профиля (60,81%), в основном за счет городского населения, а доля сельских жителей по больнице снизилась до 43,78%. Это связано с появившейся возможностью у больных выбрать врача и получить лечение в других лечебных учреждениях не только области, но и республики.

Открытие «Портала госпитализаций» с середины 2010 года позволило увеличить долю больных госпитализирующихся в плановом порядке, однако процент экстренных больных остается высоким (55%). В связи с

этим сохраняются высокие показатели летальности (1,7%) в основном за счет реанимационного (его доля составляет 70% от количества умерших за три года) отделения.

Литература:

1. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.Н., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана.- Астана-Алматы, 2006.- 231 с.
2. Аканов А.А. Политика охраны здоровья населения в Казахстане: Опыт разработки, реализации национальных программ здравоохранения и перспективы на 2010-2015 годы.- Астана, 2006.- 243 с.
3. Аканов А.А., Кульжанов М.К., Камалиев М.А. Новое общественное здравоохранение в Казахстане //Центрально-Азиатский журнал по общественному здравоохранению.- 2005. -№ 2-3.- С. 14-20.
4. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения (от Алматы к новому тысячелетию человеческого развития).- Алматы-Вашингтон-Женева, 2008.- 184 с.

Г.Султанов атындағы облыстық ауруханада халыққа стационарлық дәрігерлік көмек көрсету анализі С.У. Сыздықов

Г.Султанов атындағы облыстық ауруханада стационарлық дәрігерлік көмек көрсету анализі өткізілді, көрсетулер бойынша, аурулардың ең көп пайызы хирургиялық бөлімінде госпитализацияланады, шұғыл ретте. Ауылдық аурулардың сан төмендеуі жыл сайын белгіленіп жатыр. Хирургиялық керуеттер ең үлкен жүкті тиеумен жұмыс істеп жатыр, ал терапиялық профил бөлімінің керует-күндермен жоспарды орындамайды. Барлық бөлімдерде леталды төмендеуіне тенденция болып жатыр.

Analyses of the in-patient department medical help to population in regional hospital named after G. Sultanov S.U. Syzdykov

There was made the analyses of the in-patient department help in regional hospital named after G. Sultanov, which showed that the highest percent of patients were hospitalized in the surgical departments, urgently. Annually there we can notice decreasing of the patients from village. "Surgical" beds are working with high load whereas therapeutic departments are falling down with beds plan. There is a tendency of lethality decreasing in all the departments.

УДК 614.2:001.89 (574)

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Г.УСТЬ-КАМЕНОГОРСК В КОНТЕКСТЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

М.К. Нурбикенов

Больница скорой медицинской помощи, г.Усть-Каменогорск

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Казахстан-2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» указано на необходимость повышения уровня охраны здоровья населения: «По мере того, как мы строим свое общество, необходимо применять нарастающие усилия в том, чтобы наши граждане были здоровыми на протяжении всей своей жизни, и их окружала здоровая природная среда».

Несмотря на приоритетное значение адекватных условий проживания и врожденных факторов здоровья, роль системы здравоохранения остается очень существенной, что подчеркнуто в программе «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, разработанной на основании Указа Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

В данной программе подчеркивается роль первичной медико-санитарной помощи в формировании и охране здоровья населения. Однако большое значение сохраняется и у системы стационарной медицинской помощи. Одним из важнейших компонентов таковой остается скорая и неотложная медицинская помощь, оказываемая как соответствующей службой, так и больницами скорой помощи. Во всех странах мира на стационары, оказывающие данный вид помощи, приходится более 50% случаев госпитализаций.

Больница скорой медицинской помощи г.Усть-Каменогорск является основной организацией, оказывающей стационарную медицинскую помощь больным с

острой патологией и пострадавшим среди населения г.Усть-Каменогорск и прилегающих районов.

Задачами БСМП являются:

1. Оказание квалифицированной стационарной хирургической помощи экстренным и плановым больным, взрослым.

2. Оказание квалифицированной стационарной травматологической помощи экстренным и плановым больным, взрослым и камбустиологическая помощь.

3. оказание квалифицированной помощи кардиологическим больным с инфарктами миокарда, инфарктными состояниями, впервые возникшими стенокардиями, нарушениями ритма.

4. оказание квалифицированной помощи больным с ОНМК.

БСМП развернута на 236 коек.

В структуре клиники основными подразделениями являются хирургические отделения (90 коек, в том числе 9 коек реанимации); травматологические отделения (60 коек, в том числе 6 для пациентов с термическими поражениями); неврологическое отделение (40 коек); кардиологическое отделение (46 коек, в том числе 6 коек ПИТ).

Таким образом, БСМП оказывает основные виды помощи больным с наиболее распространенными острыми хирургическими и терапевтическими заболеваниями.

Количество обслуживаемого населения с учетом сельских районов – 330 000 человек.

При анализе основных показателей деятельности клиники обращает на себя внимание их практическая стабильность в течение последних лет (таблица 1).

Таблица 1 – Основные показатели деятельности БСМП г.Усть-Каменогорск за 2008-2010 гг.

Показатель	2008 год	2009 год	2010 год
Развернуто коек	296	236	236
Поступило больных	9440	6678	7060
Выписано больных	9126	6366	6836
Умерло больных	356	372	318
Умерло послеоперационных больных	121	103	110
Процент послеоперационной летальности	4,3	4,1	4,3
Процент общей летальности	3,8	5,5	4,6
План количества койко/дней	98240	80248	97160
Оперировано больных	2790	2529	2569
Операций выполнено	2997	2706	2778
Хирургическая активность (%)	61,3	56,6	58,3
Осложнения	33	47	32
Процент послеоперационных осложнений	1,1	1,7	1,2
Средняя длительность пребывания	10,3	12,3	10,9
Средняя длительность до операции	1,7	2,1	2,2
Средняя длительность после операции	9,9	10,9	8,4
Работа койки	328	350	348
Оборот койки	32,0	28	29
Вскрыто трупов	76	93	78
Процент выполнения койко-дней	99	100,0	100,0

В 2009 г. по сравнению с 2010 г. количество коек уменьшилось на 60. Соответственно снизилось число госпитализированных больных. Однако по отношению к 2009 г. в 2010 г. отмечалось увеличение числа госпитализированных больных за счет снижения продолжительности стационарного лечения, что соответствует

общему направлению развития здравоохранения в Казахстане.

Процент общей летальности и послеоперационной летальности не имел существенной динамики. При анализе данного показателя следует учитывать, что в больницы скорой медицинской помощи поступают па-

циенты с наиболее тяжелыми и неблагоприятными в прогностическом плане состояниями.

Высокой оставалась общая хирургическая активность, что обусловлена большим процентом объема отделений хирургического профиля в структуре коек. Частота послеоперационных осложнений в отношении 2008 г. в 2009 г. была выше, но в 2010 г. снизилась до исходного (для периода анализа) уровня.

Тяжелые послеоперационные осложнения, являющиеся причиной увеличения сроков госпитализации, развивались в небольшом числе случаев. В ходе стационарного лечения их частота колебалась от 1,1% до 1,7% в год и была меньше в 2008 и 2010 гг. в течение периода анализа.

Отмечалось увеличение средней продолжительности пребывания больных в стационаре БСМП в 2009 г., что было обусловлено не зависящими от клиники причинами.

За период анализа увеличивалась средняя длительность пребывания в стационаре до осуществления оперативного вмешательства у оперированных больных, и уменьшение продолжительности послеоперационного периода госпитализации. Эта динамика могла бы быть оценена негативно, если бы речь шла о

преимущественно плановых оперативных вмешательствах, когда больной, в соответствии с современными подходами, должен госпитализироваться непосредственно для осуществления оперативного лечения, а период послеоперационной реабилитации в условиях стационара должен быть как можно более кратким. Для службы СНМП данный подход не всегда является применимым, поскольку оперативное лечение больных с острыми хирургическими заболеваниями осуществляется обычно в ургентном порядке, с использованием лишь ограниченного спектра подходов к обследованию и предоперационной подготовке. Соответственно, увеличение предоперационного периода с одновременным уменьшением послеоперационного и при отсутствии роста летальности свидетельствует об улучшении качества обследования и подготовки больного к оперативному вмешательству, что способствует сокращению продолжительности не только стационарного лечения, но и послеоперационной реабилитации в амбулаторных условиях.

В таблице 2 представлен анализ структуры основных (профильных) нозологий, больные с которыми были пролечены за анализируемый период.

Таблица 2 – Нозологическая структура больных, пролеченных в БСМП г.Усть-Каменогорск за 2008-2010 гг.

Нозология	2008 г		2009 г		2010 г	
	число б-х	%	число б-х	%	число б-х	%
Всего пролечено	9482	100	6738	100	6836	100
Острый живот	1919	20,2	1594	23,6	1852	27,1
Травмы	1078	11,5	1110	16,5	1176	17,2
Цереброваскулярные заболевания	738	7,8	848	12,5	696	10,2
Стенокардия	619	6,5	677	10,0	770	11,3
Острый инфаркт миокарда	220	2,3	201	3,0	204	3,0
Артериальная гипертензия	100	1,1	98	1,5	57	0,8
Ожоги	93	1,0	95	1,4	96	1,4
Отморожения	50	0,5	42	0,6	47	0,7
Другие болезни	4665	49,0	2073	30,9	1938	28,4

В структуре за период анализа отмечалось значительное увеличение частоты случаев острого живота, травм, цереброваскулярных заболеваний при практическом отсутствии изменений относительного числа больных с ИБС, артериальной гипертензии и комбустиологической патологии.

Значительное уменьшение числа других патологий в 2009-2010 гг. по отношению к 2008 г. было связано с изменениями количества и профиля коек.

Среди острых хирургических заболеваний за период анализа возросло число сложных оперативных вмешательств за счет относительного уменьшения количества больных с аппендицитами, нагноительными заболеваниями мягких тканей и т.д.

Важнейшими задачами по реорганизации деятельности БСМП, исходя из основных направлений развития отечественного здравоохранения, являются:

- совершенствование системы управления, менеджмента и медицинского маркетинга в рамках конкретного лечебного учреждения;
- укрепление кадровой базы, предусматривающее снижение текучести медицинских кадров, стимуляцию их последипломной профессиональной подготовки, использования современных методов исследования и оборудования, внедрения и освоения информационных технологий, переподготовки по дефицитным специальностям;

- укрепление материально-технической базы, обновление морально и материально устаревшего диагностического оборудования;

- интеграция в единую информационную систему здравоохранения РК, развитие информационных технологий внутри больницы;

- совершенствование интеграции с системой скорой медицинской помощи, поддержка информационного обеспечения медицинских бригад скорой помощи, формирование баз данных больных групп риска развития неотложных состояний;

- повышение эффективности интеграции с системой ПМСП для достижения двух основных результатов – совершенствования профилактики острых состояний и улучшения эффективности реабилитации больных, пролеченных в условиях БСМП.

Решение данных задач позволит БСМП г.Усть-Каменогорск решить основные проблемы, связанные с оказанием соответствующего объема медицинской помощи населению и интеграцией в реформированную национальную систему здравоохранения.

Литература:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».

2. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

УДК 378.14

**РОЛЬ МЕЖПРЕДМЕТНЫХ СВЯЗЕЙ В ОБУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ****Э.О. Балтабаева*****Казахский Национальный медицинский университет им. Асфендиярова, г. Алматы***

Цели высшего медицинского образования связаны с формированием личности будущего врача, компетентного и ответственного, способного оказывать помощь. Профессиональное и личностное становление студента-медика, принятие им гуманистических ценностей врачевания и овладение в процессе высшего медицинского образования основами культуры врачебной деятельности и профессионального общения опираются на те же пласты общей культуры общества, которые отражены в педагогике [1.14].

Становление современного специалиста-медика, владеющего современными передовыми отечественными и зарубежными медицинскими «технологиями» в значительной степени зависит от того, насколько оперативно он умеет извлекать профессионально ориентированную информацию не только на родном, но и на русском языке. В этой связи встает проблема обучения студентов медицинского вуза профессионально ориентированному общению.

Задача формирования коммуникативной компетенции на базе языка специальности предусматривает создание речевых умений и навыков. Реализация данной задачи связана с порождением и пониманием речевого высказывания, которое включает в себя лингвистические и прагматические характеристики научного и учебно-научного текста.

Обучение профессиональному общению является необходимым шагом в подготовке студентов к овладению языком как реальному средству общения между специалистами. Такая особенность реализации профессионального общения требует определенного подхода к организации преподавания языка специальности, что выражается в отборе материала, его группировке в зависимости от решения коммуникативных задач используемых видов речевой деятельности, а также в выборе специальных средств проверки сформированности навыков и умений, степени владения лексико-грамматическим материалом.

Следовательно, перед высшей медицинской школой стоят актуальные задачи в деле профессиональной подготовки специалистов. Поэтому занятия, содержание которых максимально приближено к будущей специальности и реальным условиям предстоящей деятельности, могут сформировать личность будущего специалиста, в нашем случае – врача. Поэтому не случайно в настоящее время особое внимание уделяется профессионализации учебного процесса.

Языковая база профессионального общения на основе выработки и развития у студентов неязыковых вузов навыков и умений в осуществлении различных видов речевой деятельности (чтение, говорение, аудирование, письмо) формируется, прежде всего, на занятиях русского языка. В качестве обучения в этом случае выступает, прежде всего, профессионально ориентированная речь на русском языке, а не русский язык вообще. Обучение студентов-нефилологов профессиональному общению строится с учетом того, что соответствующие навыки и умения впоследствии будут использованы ими в практической деятельности. Методические действия при обучении любому виду речевой деятельности имеют форму упражнений и заданий. И чем более рационально будет построена система упражне-

ний языковой дидактический материал, тем более эффективным будет процесс обучения.

В качестве ведущих используются такие принципы отбора речевого материала, как его значимость для профессиональной деятельности медиков, употребительность в профессиональном общении и частотность.

Следовательно, отбор текстов в медицинском вузе должен не просто носить профессионально ориентированный характер, но и учитывать узкую специализацию студентов-медиков. Так, например, на каждом факультете студентам предлагаются узко-профильные тематические тексты. У студентов факультета общей медицины тематическая направленность текстов связана с терапевтическими заболеваниями, их лечением, хирургическими операциями. Стоматологам предлагаются тексты о причинах возникновения, лечении стоматологических заболеваний (кариес, периодонтит, опухоли), о хирургических операциях на челюстно-лицевой области. Студенты фармацевтического факультета изучают влияние лекарственных растений на человеческий организм, ими изучаются тексты с химической направленностью.

К числу факторов, способствующих усвоению русского языка как средства овладения специальностью, относится опора на междисциплинарные связи. Раскрытие внутренних связей между дисциплинами, изучаемыми в процессе обучения студентами в вузах, как известно, является одной из задач высшей школы.

Необходимость обеспечения международно-адекватного качества профессиональной подготовки специалистов, интегрированный и комплексный характер образования, базирующийся на единстве научно-образовательных основ, предопределяет выбор более рациональной программы обучения дисциплин, которая согласуется с государственными общеобязательными стандартами.

Необходимо ориентироваться на международно-принятую форму отражения содержания обучения, которая предопределяет необходимость модульной организации учебного процесса по отдельным профессиональным или научно-значимым направлениям, решение которых требует знаний из разных дисциплин, синтеза и актуализации приобретаемых знаний, что является междисциплинарным подходом, разрывающим границы между учебными дисциплинами [2.11].

Для решения этих задач предлагается экспериментальное введение программы «Трехязычного обучения в КазНМУ». Программа предполагает поэтапное развитие трехязычного обучения в университете на факультете общей медицины с первого курса.

Первый этап программы вводится для студентов 1-го курса и предусматривает интеграцию пяти дисциплин:

- казахский язык;
- русский язык;
- иностранный язык;
- коммуникативные навыки;
- введение в клинику.

Исходя из данного критерия, нами производился отбор текстов из учебников коммуникативные навыки, введение в клинику.

По данным дисциплинам выбраны следующие темы:
«Коммуникативные навыки»

1. Понятие о коммуникативных навыках, коммуникативном процессе. Значимость коммуникативных навыков в профессиональной деятельности врача.

2. Барьеры, препятствующие эффективному общению врача и пациента.

3. Медицинское интервью. Опрос пациента.

4. Общение с пациентами, имеющими психические нарушения.

5. Личность врача. Психологические требования к личности врача.

Психологические характеристики, которыми должен обладать современный врач, располагающий высоким уровнем коммуникативной компетентности.

«Введение в клинику»

1. Типы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и их структура. Организация работы медицинского персонала в стационаре.

2. Санитарно-противоэпидемический режим в стационаре. Понятие о внутрибольничной инфекции. Дезинфицирующие средства и правила работы с ними.

3. Личная гигиена пациента. Гигиенические требования к постельному и нательному белью. Патологические изменения на коже пациента: опрелости (мацерация), пролежни их профилактика и лечение.

4. Принципы здорового питания. Организация лечебного питания в ЛПУ. Характеристика лечебных диет

5. Понятие о лихорадке. Периоды лихорадки и особенности ухода за больным.

Программа предполагает изучение студентами данных тем на кафедрах «Коммуникативные навыки» и «Введение в клинику» на втором языке, то есть, студентами русскоязычного потока – на казахском, студентами казахоязычного потока – на русском языке.

Как показывает практика, эффективность работы с текстами достаточно высока. Содержание текста позволяет дать коммуникативные задания, выполнение которых способствует выработке навыков профессионального общения студентов-медиков, в ряде случаев имитирующих речь врача.

Таким образом, работа по формированию профессиональных качеств у студентов-медиков, создание условий для профессионального общения проводится нами на учебных текстах. При их подборе критериями являются познавательная ценность текста, насыщенность специальной медицинской лексикой, профориентационная направленность.

Литература:

1. Кудрявая Н.В. Педагогика в медицине. М.: Академия, 2006. – 320 с.

2. Аканов А.А., Абилова М.А., Балтабаева Э.О. и др. Алматы, КазНМУ. Трехязычного обучения в КазНМУ., 2009. – 18 с.

Мақала, медицина саласында оқытын, студенттердің пәнаралық байланыса кәсіби сөйлесе білуді оқыту рөліне арналған. Себебі, тіл меңгеру мамандар арасындағы шынайы құрал, кәсіби сөйлесе білуді оқыту студенттерді дайындау барысындағы қажетті қадам болып саналады.

Article is devoted to role of connection between disciplines in teaching professional communication of medicine students. Because teaching professional communication is necessary step for preparing students in mastering language as real tool for communication among experts.

УДК 378.126

ҚҰЗЫРЕТТІ МЕДИЦИНА МАМАНДАРЫН ДАЙЫНДАУ – ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕСІ РЕТІНДЕ

Л.Қ. Қаражанова, Ж.Қ. Смаилова

Семей қ. мемлекеттік медициналық университеті

Қоғамдағы жаһандану үрдістері соңғы уақытта жоғары медициналық білім беру саласында да айқын көрініс бере бастады. Бұл табиғи құбылыс, өйткені, медицина- жалпыға ортақ мамандық және медициналық зерттеулер мемлекет аумағынан асып кетеді. Бүгінгі таңда медициналық білім беру жүйесінің соңғы «өнімінің» қандай болу керектігі, қоғамда туындаған қажеттіліктерге байланысты медициналық жоғары оқу орнында білім алушылар қандай құзыреттерге, білімге, шеберліктерге, ұстанымдарға ие болу керектігі туралы нақты ақпараттар болуы қажет. Білім, шеберлік, қарым-қатынас сияқты 3 басты бөліктен тұратын құзыреттерді қалыптастыру - білім берудің құрылымын анықтайды.

Қоғам қажеттіліктерін қамтамасыз ететін мамандардың құзыреттерін анықтау - кәсіптік дайындық бойынша оқу бағдарламаларын жасаудың құқықтық негізін құрайды. Осыған сәйкес денсаулық сақтау саласының талаптары, Мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандарттары және дәрігер маманның кәсіптік құзыреттілігі арасындағы байланыс үлгісі ұсынылды (1-сурет).

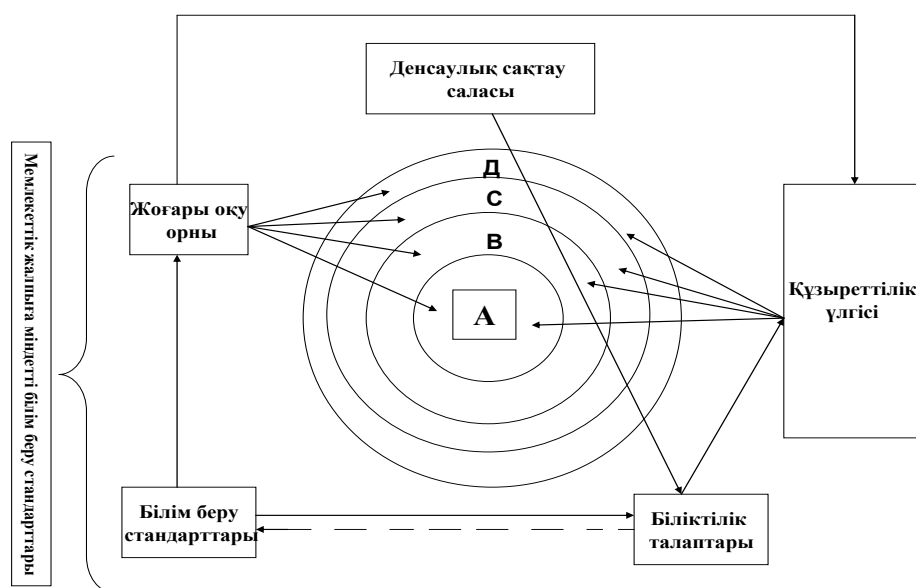
Осы 1-сурет бойынша медициналық жоғары білім берудің негізі-Мемлекеттік жалпыға міндетті білім стандарттары болып табылады. Оларды басшылыққа

ала отыра, жоғары оқу орнында денсаулық сақтау саласының біліктілік талаптарын ескеріп, білім алушының құзыреттілік үлгісі қалыптасады. Яғни, құзыреттілік тұрғыдан мамандарды дайындау - жоғары медициналық оқу орнындағы білім беру үрдісін әртүрлі тұрғыдан жоспарлауға, ұйымдастыруға, әсіресе білім алушының табысын бағалауға, оның қоғам қажеттілігіне орай денсаулық сақтау саласында жұмысқа орналасу мүмкіндігін арттыруға ықпал етеді.

Олай болса, медицина мамандығына қатысты мамандардың кәсіптік құзыреттілігінің төрт түрін, атап айтқанда, негізгі құзыреттіліктер, жалпы кәсіптік құзыреттіліктер, арнайы құзыреттіліктер және тар шеңберлі мамандық құзыреттіліктерді қарастыруға болады.

Негізгі құзыреттіліктер жоғары оқу орны түлегінің құзыреттілік үлгісінің негізі болып табылады. Бұл құзыреттіліктер мамандық саласына қатысты емес, алайда оларды кез-келген маман игеруі тиіс, сонымен қатар негізгі құзыреттіліктер маманға өзін жеке тұлға ретінде толығымен көрсетуге мүмкіндік береді.

Негізгі құзыреттіліктердің маңызды ерекшеліктері олар түлекке қажет болған жағдайда еңбек нарығына енуіне, басқа да мамандық саласы бойынша өз орнын табуға ықпал етеді.



А - тар шеңберлі мамандандырылған құзыреттіліктер; В - арнайы құзыреттіліктер;
С - жалпы кәсіптік құзыреттіліктер; Д - негізгі құзыреттіліктер

Сурет 1 – Құзыреттілік деңгейінің қалыптасу үлгісі

Жалпы кәсіптік құзыреттілік – болашақ дәрігер маманның кәсіптік қызметіне байланысты, негізгі пәндер бөлімі бойынша қалыптасады.

Мамандандырылған немесе арнайы құзыреттілік нақты мамандық деңгейі бойынша анықталады. Бұл құзыреттіліктер кәсіби мәселелерді шешуге маманның мамандық саласындағы білімін, шеберлігін, дағдыларын пайдалануы арқылы сипатталады.

Тар шеңберлі мамандық құзыреттілігі кәсіптік қызмет түрінің белгілі-бір саласы, айталық, гематология, нефрология, эндокринология және т.б. бөлімдер бойынша қалыптасады.

Мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандарттарына сәйкес, жоғары медициналық білім берудің негізгі жалпыұлттық мақсаттары әрбір адамға білім алудың түрін, мерзімін таңдап алуға кеңінен мүмкіндіктер жасау арқылы жан-жақты жоғары білімді, интеллектуалды, өздерінің кәсіби қабілетін іске асыра алатын мамандар даярлау болып табылады. Ұлттық жоғары білім берудің концептуалды негізі - жалпы медицина дәрігерін жоғары кәсіптік деңгейде дайындау және болашақ мамандардың жан-жақты терең білім алуына бағытталған.

Олай болса, денсаулық сақтау саласының мамандарын дайындаудың басты постулаттарының бірі

– кәсіптік құзыреттіліктің сапасын, деңгейін бағалау және кәсіптік қызметке рұқсат беру жүйесінің «өмір бойы білімді жетілдіру» ұстанымына негізделуі болып табылады, бұл медицина қызметкерлерінің өз білімін, шеберліктерін, тәжірибелік дағдыларын және сәйкес мамандыққа қатысты кәсіптік құзыреттіліктерінің деңгейін үнемі жетілдіріп, жаңартып отыру қажеттілігін тудырады, яғни денсаулық сақтау мамандарын құзыреттілік тұрғыдан дайындау бағыты озық дамуда болуы және қоғам қажеттіліктерін қамтамасыз етуге бағытталуы керек.

Әдебиет:

1. Аканов А.К., Хамзина Н.К., Ахметов В.И. ж.б. Медицинское образование, основанное на компетенциях: проблемы и перспективы. - Алматы, 2010. - 144 с.
2. Жузжанов О.Т., Каирбекова С.З. Некоторые подходы к разработке системы критериев профессиональной компетенции кадровых ресурсов // Центрально-Азиатский научно-практический журнал. - 2006. - № 1. - С. 22-25
3. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования // «Высшее образование сегодня». - 2003. - № 5. - С.10-14
4. Международные стандарты Всемирной Федерации Медицинского образования (ВФМО). - Дания, 2003. - 344 с.

Подготовка компетентных медицинских специалистов – как актуальная проблема общественного здравоохранения Л.К. Каражанова, Ж.К. Смаилова

В данной работе авторами рассматриваются вопросы формирования профессиональной компетентности обучающихся медицинских вузов. Мировые тенденции глобализации и развития высшего профессионального образования требуют иного подхода к подготовке специалистов медицинского профиля. Особую роль в становлении системы образования в медицинском университете приобретает значимость такого понятия как уровни формирования компетентностей.

Preparation competence experts in the higher medical institution of formation L.K. Karazhanova, Zh.K. Smailova

In the given work as authors development tendencies competence the approach in the higher vocational training are considered. World tendencies of globalization and development of the higher vocational training demand other approach to preparation of experts of a medical profile. The special role in education system formation at medical university is got by the importance of such concept as professional competence.

УДК 613.6 628.5

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНДА ЭКОЛОГИЯҒА ТӘУЕЛДІ АУРУЛАРДЫҢ ДАМУ ҚАУІПІ**З.Қ. Сұлтанбеков¹, А.Ш. Букунова¹, А.Б. Гайсин¹, А.С. Конурбаева¹,****Ж.Н. Баткульдина¹, А.К. Кумарова²****«Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар Ұлттық орталығы» ШҚ филиалы, Өскемен қ.¹****РМҚК «Медициналық бірлестік» Риддер қ.²**

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы адам денсаулығына әсер етуі мүмкін бірқатар факторларды аса бөліп көрсетеді: тұқым қуалаушылық, табиғи климаттық, кәсіби, әлеуметтік, психо-эмоционалдық және экологиялық. Экологиялық фактор денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша адам патологиясының пайда болу себебінің 25%-ын құрайды, ал кейбір мемлекеттерде және осы олардың жекелеген аймақтарында экологияға байланысты аурулар пайызы анағұрлым жоғары.

Қоршаған ортаның белгілі бір көрсеткіштерімен байланысты аурулар негізінен екі топқа бөлінеді. Бірінші топқа экологияға байланысты аурулар жатады – ауру этиологиясы ретінде экологиялық әсер ету болған жағдайда туған адам ауруы. Оған жататындар: эндемиялық аурулар, табиғи-осақтық инфекциялар, радиация және биологиялық аллергиялар әсеріне байланысты аурулар. Екінші топты әлдеқайда көп экологияға тәуелді аурулар құрайды – ерекше сипаты жоқ аурулар, едәуір өзгерген сыртқы ортада пайда болады. Бұл жерде экологиялық себептер, патологияның пайда болуына түрткі болатын патогенетикалық механизмдер ретінде әсер етеді: тұрғындардың жалпы аурушылдық деңгейі жоғарылауы, балалар ауруының көбеюі, жүктілік кезіндегі патологияның жиілеуі, ұрықтың жатыр ішілік дамуының бұзылуының жиілеуі, онкологиялық аурулардың көбеюі т.б. Егер қоршаған орта ұзақ уақыт бойы ластанғанда және осындай жағдайда бірнеше ұрпақ өмір сүргенде, сонымен қатар ірі өндірістік қалалар тұрғындары үшін жоғарыда айтылғандардың маңызы ерекше.

Шығыс Қазақстан облысының территориясы табиғи климаттық жағдайының сан алуандығымен және табиғи қорларының байлығымен ерекшеленеді, мұнда тұрғындары аз шөлейтті аймақтар да, қойнаулары түсті металдарға бай Алтай таулары да кездеседі. Соның салдарынан аймақ интенсивті антропогенді әсерге ұшырап, экopatологияның қай түрі болсын осы аймаққа сәйкестігі байқалады.

Денсаулық сақтау саласындағы қазіргі кездегі жағдай Шығыс Қазақстан облысында өлім деңгейінің жоғарылығымен және өмір сүру ұзақтығының төмендігімен, жүрек тамыр жүйесінің, онкологиялық аурулардың жоғарылауы, репродуктивті денсаулықтың көрсеткіштерінің төмендеуімен сипатталады. Тұрғындардың жалпы аурушылдығы соңғы 2 жылда 3%-ға, ал біріншілік аурушылдық 5,2%-ға жоғарылады. Ауру деңгейінің өсуі тұрғындардың барлық топтарында байқалды: балаларда 4,5%, жасөспірімдерде 7,2%, ересектерде 2,2% жоғарылаған.

Облысымыздағы ірі өндірістік орталық Өскемен қаласының ерекшелігі ластаушы заттардың тарап кетуіне кедергі келтіретін физико-географиялық орналасу жағдайы, сонымен қатар түсті металлургия, жылу энергетикасы, ядролық отын өндірістік өнеркәсіптердің қала ішінде шоғырлануы. Облыстың экономикалық потенциалында Өскемен қаласының үлесіне облыстың өндірістік өнімінің 55% жатады. Қала атмосферасы өндірістерден шығарылатын химиялық ластаушылардың кең спектрінің әсеріне ұшырауда

(күкірт диоксиді, азот диоксиді, қорғасын, мырыш, хлор, кадмий, фторлы сутек, фенол, формальдегид, мышьяк, бериллий, бенз(а)пирен т.б.).

Өскемен қаласының атмосферасының ластануы желсіз тымық күндер, температуралық инверсия сияқты қолайсыз метеожағдайлы кезеңдердегі климаттық жағдайларға да байланысты. Шығыс Қазақстанның гидрометеорологиялық орталығының мәліметтері бойынша соңғы үш жылда қолайсыз метеожағдайлы күндер пайызы 29 дан 39-ға көтерілген. Сонымен бірге соңғы жылдары қала атмосферасына автотранспорттың әсері де күрт жоғарылады (олардың үлесі стационарлық шығарындағылармен салыстырғанда 50% құрайды).

Өскемен қаласының атмосфералық ауасының химиялық құрамын зерттеу мәліметтері 2008ж. салыстырғанда 2009ж. ауа құрамының ластануының жоғарылағанын анықтаған, оның ішінде негізгі канцерогенді заттардың жоғарылағанын көрсетті. Азот диоксиді 80%-ға, күкірт диоксиді 72%-ға, фенол 87%-ға көтерілген. Бұл жерде айта кету керек жайт осы көрсетілген зиянды заттардың «қосарланған әсері» бар яғни олардың шекті рұқсат етілген концентрациясының қосындысы 1 ден аспауы керек. Шекті рұқсат етілген деңгейден жоғарылау тәуліктің күндізгі уақытында да және түнгі сағаттарда да тіркелген. Жылдық динамикада ең жоғары концентрация суық кезеңде байқалған, ол от жағу кезеңімен және желсіз және туманды күндердің көптігімен байланыстырылады.

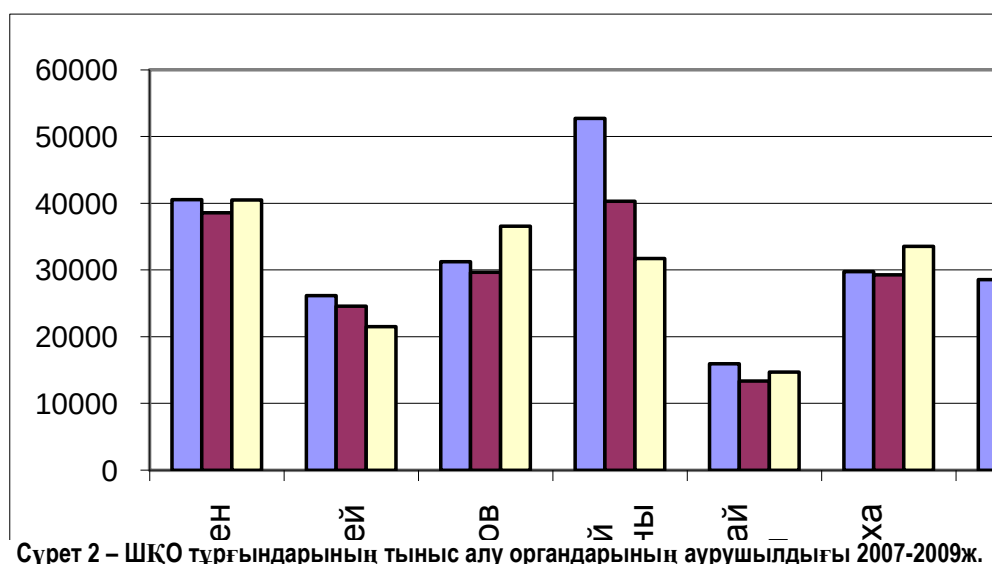
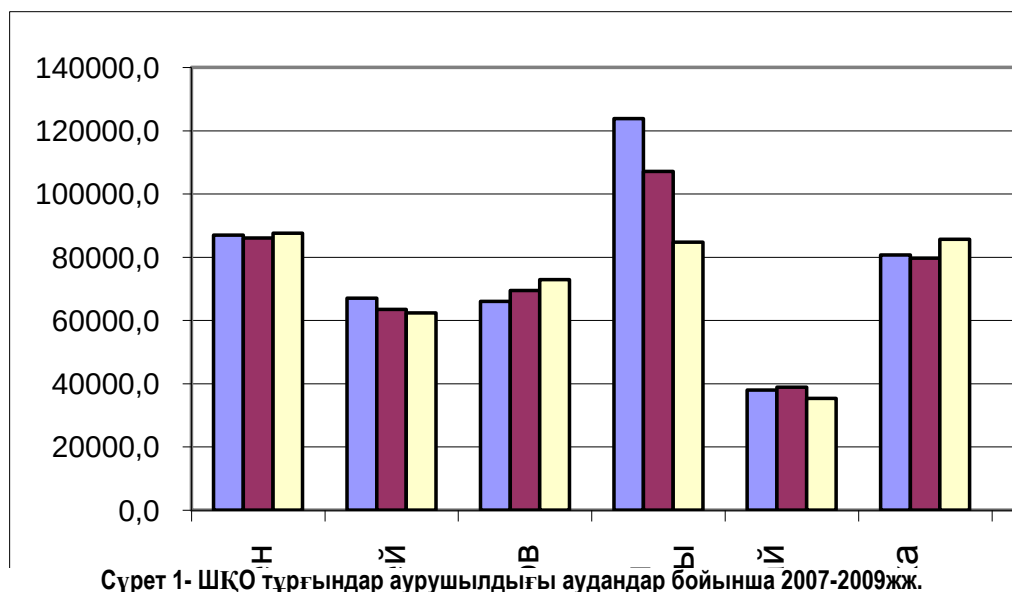
Өскемен қаласында тұрғындар өлімінің деңгейі мың адамға шаққанда 14,22-ге тең (2008ж.). Қазақстан бойынша бұл көрсеткіш 9,74-ге тең, яғни 46%-ға төмен. Қаладағы жалпы аурушылдық деңгейі тұрақты түрде жоғары – 2008ж. бірінші тіркелген аурушылдық 100 мың тұрғынға шаққанда 86009,7. Орташа республикалық көрсеткіш 100 мың тұрғынға шаққанда ауырғандар 58313,5 яғни 47,5% ға төмен.

Тұрғындар денсаулығына қолайсыз факторлардың әсерінің сезімтал индикаторы балалар денсаулығы болып табылады. Әлі жетілмеген бала ағзасының функционалдық мүмкіндігі шектелген сондықтан ксенобиотиктер әсерінен адаптацияның бұзылуы ерте пайда болады. Балаларға аурушылдықтың тән көрсеткіші ретінде 2008ж. мың балаға шаққанда ауырған балалар саны 179123,6 тең болғанын көрсетуге болады. Бұл көрсеткіш ересектерге қарағанда 2 есеге көп ал, республика бойынша орташа көрсеткішпен салыстырсақ 79%-ға жоғары.

Соңғы жылдарда иммунды статустың, зат алмасудың, эндокринді жүйенің бұзылуымен байланысты аурулардың жиілеуі байқалады. Тұрғындардың аурушылдығының жиіленуінің қоршаған ортаның ластануымен себеп салдарлық байланысының анализі соңғы кезде жиірек тыныс алу органдарында, сенсорлық органдарда әсіресе балаларда өзгеріс тудырады ол аллергияцияланумен, ағзада улы заттардың жинақталуымен көрінеді. Бұл жерде айта кететін жағдай барлық жас топтарында ең көп тараған патология тыныс алу органдарының аурулары. Тыныс алу органдарының патологиясының деңгейінің жоғары болуы бронх-өкпелік жүйе ағзаның

ауадағы зиянды заттармен бірінші әсерлесетін жері болғандығымен түсіндірледі. Өскемен қаласында тыныс алу органдарының ауруларының таралуы өте жоғары – 100 мың тұрғынға шаққанда 38591,9 тең, ол

республикалық деңгеймен салыстырғанда 68% жоғары. Қала балаларының тыныс алу органдарымен аурушылдығы республика көрсеткішімен салыстырғанда 2 есеге жоғары.



Сыртқы ортаның факторларының мутагенді әсерінің индикаторы ретінде перинаталды өлім құрылымындағы туа пайда болған ақаулар жиілігі соңғы үш жыл кезеңінде 6,8%-дан 19,8%-ға дейін көтерілген. Оның ішінде 54% -нда қан айналу жүйесінің ақаулары, 20% ас қорыту жүйесінің ақаулары. Өлі туылу құрылымында және нәрестелер аурушылдығында туа пайда болған ақау деңгейінің өсіп келе жатқаны байқалады (12,4%-дан 28,2% -ға дейін).

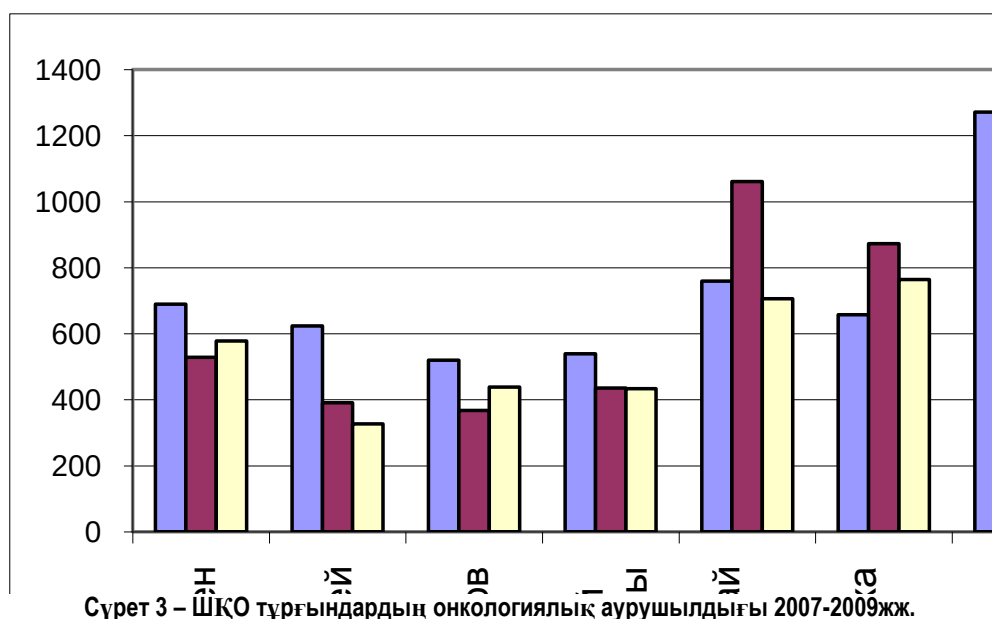
Өскемен қаласында тұрғындар өлімі мен мүгедектікке ұшырау себептерінің бірі болып келетін онкологиялық аурушылдық деңгейінің жоғары болуы баса назар аудартады. Қатерлі ісіктен болатын өлім деңгейі республикалық көрсеткіштен 1,9 есе жоғары.

Кенді өндіруге қарағанда оны алу көбірек дәрежеде атқарылатын Зырян және Шемонайха аудандарында онкологиялық аурушылдықтың жоғары болуы ары қарай зерттеуді қажет етеді.

Облысымыздың тағы бір шешілмеген мәселесі бар аймақ Семей ядролық сынақ полигонының (СЯСП)

территориясы, 1949-1989ж. аралығында 457 ядролық сынақ жүргізілген оның ішінде 117 атмосферада ал 340 жер астында. Әсіресе 1949-1962ж. аралығындағы атмосферада жүргізілген СЯСП экология мен полигонмен шекаралас жатқан территориялардағы тұрғындар денсаулығына үлкен шығын келтірді – стратосфераға ұзақ сақталатын стронций-90, цезий-137 радионуклидтері шығарылған.

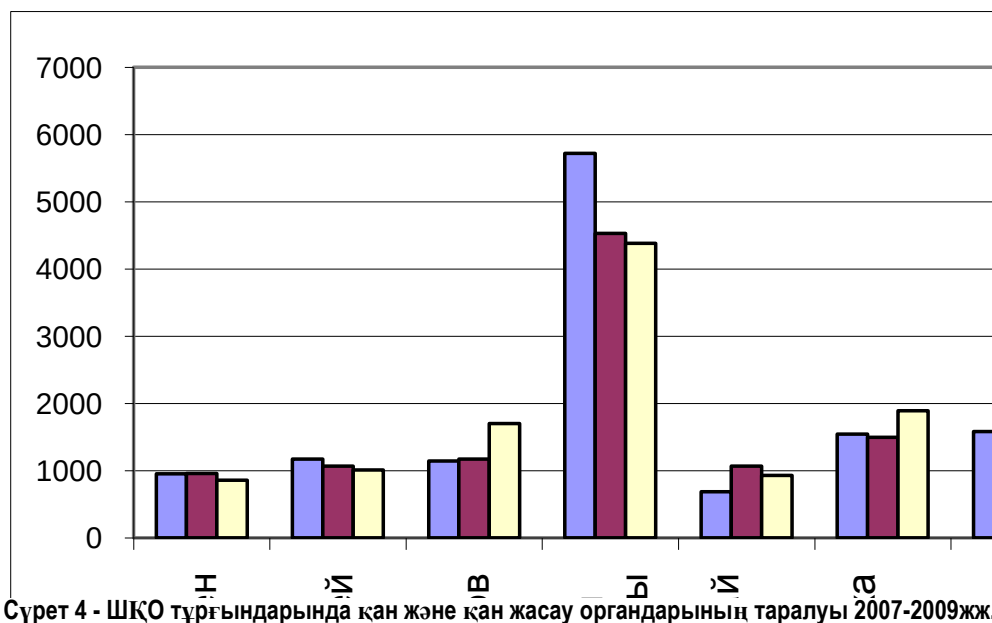
Полигон 1991ж. 29 тамызында Президент Н.А.Назарбаевтың үкімімен жабылды. 1994-1997жж. жүргізілген зерттеулер бойынша полигон ауданындағы радиациялық фон 11-25 мкР/сағ. тең. Сонымен бірге полигон территориясында радиоактивті ластанған локальді аймақтар бар екені анықталған. Жеке алғанда «Тәжірбие алаңы» ортасында 15000мкР/сағ. дейін, «Балапан» көлінде 11000 мкР/сағ. 711 тұрғылықты пункттер аймағында локальді радиоактивті жауын шашындар түсуі шамамен 1,5 млн адамның сәулеленуіне әкелді.



Үлкен Владимировка, Долонь (Бесқарағай ауданы), Қарааул, Қайнар, Саржал (Абай ауданы), Канонерка, Ново-Покровка, Коростели (Бородулиха) аудандарының тұрғылықты тұрғындары жер үсті ядролық сынақ жүргізілген орындарда болды.

Осы аталған аудандардың аурушылдық деңгейін сипаттағанда барлық тұрғындарда және балалар арасында да аурушылдық деңгейі басым болып келетін

Абай ауданы ерекше бөлінеді. Аурушылдықтың құрылымында бұл жерде де тыныс алу органдарының аурулары басым болып келеді. Онкологиялық аурулар Бесқарағай және Бородулиха аудандарында жоғары. Қан, қан жасау органдарының және иммундық механизмнің жеке бұзылыстарының патологиясының үлесі Абай ауданында күрт көтерілген.



Айта кету қажет, Өскемен қаласында туа пайда болған ақаулардың таралу деңгейі жоғарыда аталған бұрынғы полигон территориясындағы осы көрсеткіштен айқын жоғары болып келеді, бұл ксенобиотиктердың тератогенді әсерінің иондаушы сәулеленуге қарағанда жоғары екенін көрсетеді. Екінші жағынан алсақ облыс орталығында диагноз қою сапасы алыс аудандарға қарағанда жоғары болуына да байланысты.

Соңғы уақытта облысымыздың тұрғындарының денсаулығына «Протон-М» зымыран тасымалдаушысының екінші сатысының құлауының әсерінің салдары ерекше өзектілікке ие болды. Сараптама ресми статистика мәліметтері бойынша ШҚО Күршім

ауданында зымыран тасымалдаушыларының екінші сатысының қалдықтарын түсіру 2007ж. 07.07. басталған, «Байқоңыр» ғарыш айлағынан орбитаның 48° түсу бұрышымен алғаш «Протон-М» зымыраны ұшырылғаннан басталған. Барлық тұрғындар патологиясының құрылымы былайша көрінді: I орында - тыныс алу органдарының аурулары (34,3±0,3%); II – зәр шығару жүйесінің аурулары (10,0±0,19%); III - тері аурулары (9,1±0,19%); IV - жарақаттар мен улану (6,4±0,16%); V – ас қорыту аурулары (5,7±0,15). Балалар медициналық көмекке жиірек тыныс алу органдарының аурулары бойынша қаралған

(53,9±0,6%), тері аурулары (8,0±0,3%) және асқорыту органдары (6,4±0,29%).

Сараптама нәтижелерін қорыта келе Күршім ауданының тұрғындарында тері және тері асты талшықтарының эндокринді жүйе, жаракат және улану класстары бойынша жоғары аурушылдық деңгейін себебін анықтау үшін тереңірек зерттеу қажет екенін айта кету керек.

«Протон М» зымыран тасымалдаушысының екінші сатысының құлауының екінші пункті Глубокий ауданының Карагужиха ауылы. Зымыран тасымалдаушыларының құлаған территорияда өмір сүріп жатқан балалар денсаулығын бағалағанда аурушылдық құрылымында жүйке жүйесінің, көз және қанайналу жүйесінің аурулары жоғары болды.

Ересек тұрғындар денсаулық жағдайының анализі аурушылдық құрылымында жүйке жүйесінің, қан айналу жүйесінің, ас қорыту және сүйек-бұлшық ет, зәр - жыныс жүйесінің аурулары басым екенін анықтады. Вегетативті статус жағдайын донозологиялық бағалау, дәлірек айтсақ жүрек ырғағының автоматизмінің функциясының реттеу жүйесінің жағдайын, вегетативті гомеостаз, және тамырлық және қыртыс асты нервтік орталықтарды реттеу жағдайын бағалау зерттелген контингент арасында «адаптацияның күйзелісі» зонасына түскендердің басымдығын (51%) көрсетті.

Жүрек ырғағын реттеудің орталық және автономды контурларының арасындағы қатынасты сандық сипаттаудағы негізгі өзгерістері қыртыс асты жүйке орталықтарының белсенділігі деңгейінде анықталды. Қосымша функционалдық қорлар вазомоторлы тамырлық орталық белсенділігі деңгейінде көбірек белсенді болды.

Облыстың маңызды және аз зерттелген экологиялық проблемасы жұмыс істеп тұрған және жұмыс істеп біткен шахталардың, сонымен қатар Шығыс Қазақстан территориясында кеңінен тараған тау кен байыту комбинаттарының әрекетінің қоршаған ортаны ластауы болып табылады.

Жоғарыда келтірілген мәліметтерден, Шығыс Қазақстан облысының өзінің табиғи сұлулығы мен байлығы жағынан ғана емес тұрғындарының денсаулығының экологиялық қауіпсіздігі проблемасы бойынша да ерекшеленетінін көрсетеді.

Риск развития экологически зависимых заболеваний в Восточно-Казахстанской области

З.К. Сұлтанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, А.С. Конурбаева, Ж.Н. Баткульдина, А.К. Кумарова

В обзорной статье рассмотрены проблемы экологической безопасности ВКО. В сравнительно небольшой территории сконцентрированы самые разные антропогенные влияния на окружающую среду. По области очень высокая общая, детская заболеваемость и смертность, есть регионы, где преобладает онкологическая заболеваемость, также болезни органов дыхания. Необходимо объективная оценка влияния длительного отрицательного воздействия экологических факторов на здоровья, разработка региональной программы оздоровления и защиты населения от неблагоприятных экологических факторов.

Risk of the development ecological hung diseases in VKO

Z.K.Sultanbekov, A.Sh.Bukunova, A.B.Gaysin, A.S.Konurbaeva, Zh.N.Batkulidina

In overview article are considered problems to ecological safety VKO. In relatively small territory of the area are concentrated most different anthropogenic influences upon surrounding ambience. On area very high general, nursery disease and death-rate, there is regions, where dominates oncologic disease, also disease organ breathings. The Necessary objective estimation of the influence of the long negative influence ecological factor on health of the population, development of the regional program of recovery of the population for protection of health of the population from disadvantage ecological factor.

Қазіргі уақытта Қазақстан Республикасында әлі күнге дейін экологияға байланысты және экологияға тәуелді аурулардың тізімі құрылмаған және экологиялық қолайсыз аймақ тұрғындарына медико-экологиялық көмек моделі жасалмаған.

Тұрғындарды қолайсыз экологиялық факторлардың ұзақ уақыттық әсерінен қорғау мақсатында сауықтырудың аймақтық бағдарламасын жасап объективті баға беру уақыты келді. Осының бәрі үкімет тарапынан шұғыл шешуді қажет етеді: техногенді және радиациялық факторлардың тұрғындар денсаулығына әсерін жан-жақты зерттеуде, тұрғындарға медициналық көмек көрсететін емдеу-профилактикалық ұйымдардың материалды техникалық базасын жақсарту, диспансерлік тіркеуде тұрған балаларға реабилитациялық көмекті ұйымдастыру үшін және тиімді мониторинг жасау үшін медико-генетикалық кабинеттердің мүмкіндіктерін кеңейту қажет.

Әдебиет:

1. Сидоренко Г.И. Проблемы гигиенической диагностики на современном этапе. - М., 1995.-165с.
2. Измеров Н.Ф. Индустриализация и ее последствия для здоровья работающих // Гигиена и санитария. -1992.-№4.-С.11-13.
3. Онищенко Г.Г. Критерии опасности загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. -2003.- №6.- С.3-4.
4. Агаджанян Н.А. Экологическая физиология человека -М.:Изд. «КРУК», 2003.-416с.
5. Ахметов С.Р. Ретроспективная реконструкция внутреннего облучения населения ВКО за счет долгоживущих продуктов деления в костной ткани зубов // Тезисы. VI межд. н-п. конф. «Экология. Радиация. Здоровье», Семей, 2009, - С.18.
6. Киргизбаева А.А., Плешкова С.М., Жакыпбекова С.С., Абдрахманова Р.М. Радионуклидное и химическое загрязнение отдельных территорий СИАП. // Тезисы VI межд. н-п. конф. «Экология. Радиация. Здоровье», Семей, 2009, - С.29.
7. Сергазина Г.М. Особенности последствий деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона. // Тезисы VI межд. н-п. конф. «Экология. Радиация. Здоровье», Семей, 2009. - С.46.

УДК 616.24-003.661-097-612.014.482.001.6

ИММУНДЫҚ СТАТУС ПЕН ПУРИНДІК АЛМАСУДЫҢ ШАҢРАДИАЦИЯЛЫҚ ФАКТОР ЖӘНЕ ОП-10 ФИТОЗАТТЫҢ ӘСЕРІНЕН ӨЗГЕРУІ

О.З. Ілдербаев

Семей қ. мемлекеттік медициналық университеті

Қазіргі кезде әлеуметтік және экологиялық дағдарыстың нәтижесінде шаңның әсерінен болатын бронхоөкпелік аурулардың жиілеуі және атипикалық жылдам жүруі байқалғаны туралы негізгі этиологиялық аурулармен қоса түрлі инфекциялық, оның ішінде туберкулездік үрдістердің, аллергиялық және аутоиммундық белгілердің қосарлана жүретіні мәлім болып отыр [1, 2]. Жұмыс орнындағы жағымсыз факторлар жұмысшылар ағзасының барлық қызметтеріне әсер етіп, ағзаның иммундық реактивтілігін өзгеріске ұшыратып, тынысалу жолдары ауруларының кең таралуына себін тигізеді [3]. Мнымен қоса иондаушы радиацияның организмге зияндығы туралы зерттеулер көптеп жүргізілсе де оның өзектілігі еш жойылмайды. Және де бұл бағыттағы зерттеулер радиация мәселесіне жер жүзінде көптеген мемлекеттер қол соза бастағаны және жер сілкіністердің әсерінен Атом электр стансаларының апаттары салдарынан радиацияның таралуы, оның маңыздылығын күшейте түседі. Сондықтан, иондаушы радиация сәулесіне ұшыраған организмнің цемент аэрозолдарына адаптациясының зерттелуі, өзектілігі жағынан маңызы жоғары. Иондағыш радиация мен өндірістік аэрозолдарының қосарлы әсерлері туралы мәліметтер тапшы, ал, жасушалардағы биохимиялық метаболизм құбылыстары туралы мәліметтер мүлде кездеспейді.

Зерттеу материалдары және әдістері. Қойылған мақсатты шешу үшін бауыр, көкбауыр, бүйрекүсті безінде және лимфолизатта пурин нуклеотидтері алмасудағы фермент белсенділігі және иммундық статусы зерттелді. Тәжірибе үш топқа бөлінген егеуқұйрықтарға жүргізілді. 1 топ - бақылау тобы

(n=10), 2 топ - цемент шаңы және 6Гр сәуле алған топ (n=15), 3 топ – қос фактормен уланып, 2,0 мг/100г дозада бальзамдық теректің бүршігінен алынған оксим пиностробин-10 (ОП-10) фитозатын қабылдаған топ. Жануарларды «Терагам» радиотерапевтикалық қондырғыда Co^{60} гамма сәулесі берілді. 5'-нуклеотидаза (5'-НТ), аденозиндезаминаза (АДА) және АМФ-дезаминаза (АМФ-ДА) белсенділігін С.О.Тапбергеновтің [4] әдісімен анықталып, иммундық статус көрсеткіштері зерттелді. Зерттеудің нәтижелеріне статистикалық өңдеу жүргізіліп, салыстыру t-Студент критерийі ретінде саналды.

Зерттеу мәліметтері. Қосарлы 6 Гр иондаушы сәуле мен цемент шаңының әсерлерінен иммундық жүйеде туындаған өзгерістерді қалыпқа келтіру үшін фитозат оксим пиностробин-10 ықпалы зерттелді (1 кесте). Зерттеу мәліметтері бойынша фитозат қабылдаған жануарларда лейкоциттердің жалпы саны 29,50% (p<0,05) жоғарыласа, лимфоциттердің абсолютті саны 16,75%, ал пайыздық мөлшері 31,03% дейін төмендеп (p<0,001), лимфоциттер санының қалыпқа келу үрдісі байқалды. Ем қабылдаған жануарларда CD3+ жасушаның абсолюттік саны 39,74% (p<0,05), ал салыстырмалы мөлшері 40,0% нақты артқан (p<0,05). Шаң-радиациялық фактордың әсерінен төмендеген CD4+ абсолютті саны 20,33% (p>0,05) және салыстырмалы мөлшері 34,97% (p>0,05) дейін арту үрдісі болған, екі көрсеткішінің ауытқу индекстері төмен болғаны анықталды. Ал CD8+ абсолютті саны 31,81% (p<0,05), ал пайыздық мөлшері 49,91%. (p<0,05) нақты жоғарылауы тіркелді. ИРИ индексі 2,31±0,18-ді құрады. ОП-10 фитозатының гуморалды бөлімге ықпалы 2 кестеде көрсетілген.

1 кесте – Цемент шаңы мен 6 Гр ү-сәуленің қосарлы әсерінен туындаған иммунитеттегі өзгерістеріне оксим пиностробин-10 фитозатының әсері, M±m

Көрсеткіштер	Қалыпты топ		
	I топ	II топ	III топ
Лейкоцит, ×10 ⁹ /л	6,49±0,17	6,10±0,31	7,90±0,44 *&
Лимфоцит, ×10 ⁹ /л	2,75±0,11	3,58±0,32 *	2,98±0,17
Лимфоцит, %	39,01±3,24	67,44±2,64 ***	46,51±3,05 &&&
CD3+	абс.°	1,44±0,08	0,78±0,06 ***
	%	31,81±2,41	19,40±1,81 **
CD4+	абс.	0,69±0,04	0,59±0,07
	%	20,92±1,41	16,67±2,67
CD8+	абс.	0,48±0,02	0,22±0,01 ***
	%	11,24±0,42	6,01 ±0,49 ***
CD4+/CD8+	1,72±0,22	2,65±0,27 *	2,31±0,18
ЛМТР (индекс)	0,79±0,04	0,67±0,04 *	0,61±0,05 *
CD19+	абс.°	0,33±0,02	0,21±0,02 *
	%	7,21±1,19	5,44±0,67
АТЖ, %	49,02±3,51	29,69±2,77 **	34,56±4,05 *
СИ, %	-	37,52±3,55 *	28,31±2,32 *&
АИК, ш.б.	1,27±0,02	0,40±0,01 ***	0,64±0,08 ***&
Фагоцитоз, %	36,17±2,52	29,80±2,64	41,72±3,22 &
ФС	1,59±0,24	4,18±0,12 ***	4,79±0,49 ***
НКТ-тест, %	4,87±0,55	13,42±1,20 ***	12,64±1,77 **
Ig A, г/л	3,09 ± 0,28	1,71 ± 0,20 *	2,69±0,25 &
Ig M, г/л	4,05 ± 0,28	5,46 ± 0,40 *	6,99±0,54 **&
Ig G, г/л	5,05 ± 0,70	4,24 ± 0,35	7,87±0,64 *&&

Ескерту: 1 ° - жасушаның абсолюттік саны × 10⁹/л; 2 I-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: * - p<0,05, ** - p<0,01, *** - p<0,001; 3 II-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: & - p<0,05, &&& - p<0,001.

Қандағы CD19+ фенотипті жасушаларының абсолюттік мөлшері 47,61% ($p<0,05$), салыстырмалы мөлшері 50,0% артып ($p<0,05$), қалыпты топтағы көрсеткіштерге жақындаған. Көкбауырдағы АТЖ мөлшері де емнің әсерінен жоғарылай түскені мәлім болды. АИК мөлшеріне келсек, фитозаттың ықпалында CD19+ фенотипті жасушалардың жоғарылауы көрінісінде АИК мөлшері 60,0% артқан ($p<0,05$).

Иммунитеттің бейспецификалық фагоцитарлық буынына фитозаттың әсері 1 кестеде көрсетілгендей III топта фагоцитоз көрсеткіші 40,0% нақты артқан ($p<0,05$), фагоцитарлық саны жоғарылау үрдісін берді ($p>0,05$). Енді НКТ-тестіне келетін болсақ, шаң-радиациялық фактордың әсерінен белсенуі жүрген шамасы фитозаттың әсерінен бәсеңделу үрдісі болғаны анықталды: $13,42\pm1,20\%$ -дан $12,64\pm1,77\%$ -ға дейін кеміген ($p>0,05$). 1 кестеде көрсетілгендей, шаң-радиациялық фактордың әсерінен төмендеген IgA мөлшерін 57,30% ($p<0,05$), IgM – 28,02% ($p<0,05$), IgG – 85,61% ($p<0,01$) арттырғаны анықталды. IgA мөлшері қалыпты мөлшерге жақындай түссе, ал IgM және IgG мөлшерлері қалыпты тобындағы шамадан да асып түскені байқалды. Сонымен, цемент шаңы мен 6 Гр үсәуленің қосарлы әсерін алған топқа фитозат оксим пиностробин-10-ның иммунды модуляторлық әсері анықталды. Ол фитозаттың иммундық жүйенің Т және В жүйелерінің терең

жеткіліксіздігін қалыпқа келтіріп, Ig концентрациясын қалыпты деңгейге келуінен және бейспецификалық фагоцитарлық буынының қызметтік белсенділігінің артуынан көрінді. Зерттеу нәтижесі көрсеткендей, қос факторға ұшырап, оксим пиностробин-10 фитозатын қабылдаған жануарларда АМФ-ДА белсенділігі артқаны анықталды: бауыр жасушасында – 49,83%-ға ($p<0,05$), көкбауырда – 40,0%-ға ($p<0,05$) және бүйрекүсті безінде – 100,0%-ға ($p<0,01$). Лимфолизатта ОП-10 фитозаты АМФ-ДА белсенділігін қалыптағы көрсеткішке қарай жылжытқаны анықталды.

Пурин алмасу ферменті 5'-НТ ферментінің өзгерісіне ОП-10 фитозаты әсерінің көрінісі 2 кестеде берілген. Шаң-радиациялық фактордың тудырған екіншілік патологиялық үрдістің иммунды қабілетті жасушалардағы 5'-НТ белсенділігін зерттегенде көкбауырда тежелгені байқалған, бауыр, лимфолизатында және бүйрекүсті безінде белсенділігі жоғарылаған. үсәулеу мен цемент шаңының қосарлана әсерінен туындаған пурин алмасу ферменті 5'-НТ белсенділігінің компенсаторлы жоғарылауы өзгерісіне ОП-10 фитозаты белсенділігін арттыра түскен.

Өзгеріске түскен АДА белсенділігі компенсаторлы жоғарылауы өзгерісіне ОП-10 фитозаты әсері белсенділігін арттыра түскен.

2 кесте – Шаңрадиациялық фактордан туындаған пурин нуклеотидтері алмасуындағы ферменттер өзгерісіне ОП-10 фитозатының әсері, $M\pm m$

Қалыпты нысанасы	Қалыпты топ	Цемент + радиация	Цемент + радиация + ОП-10 ФЗ
	I топ	II топ	III топ
АМФ-ДА			
Бауыр	$0,020\pm0,003$	$0,311\pm0,036^{***}$	$0,466\pm0,031 \&$
Көкбауыр	$0,395\pm0,085$	$0,410\pm0,041$	$0,574\pm0,043 \&$
Бүйрекүсті безі	$0,064\pm0,006$	$0,211\pm0,010^{***}$	$0,422\pm0,045 \&\&$
Лимфолизат	$0,006\pm0,0008$	$0,017\pm0,001^{***}$	$0,011\pm0,001\&\&$
5'-нуклеотидаза			
Бауыр	$0,034\pm0,004$	$0,054\pm0,008^{*}$	$0,156\pm0,018 \&\&\&$
Көкбауыр	$0,470\pm0,028$	$0,054\pm0,008^{***}$	$0,162\pm0,017 \&\&\&$
Бүйрекүсті безі	$0,048\pm0,005$	$0,175\pm0,012^{***}$	$0,210\pm0,016$
Лимфолизат	$0,012\pm0,001$	$0,020\pm0,002^{*}$	$0,028\pm0,002 \&$
АДА			
Бауыр	$0,175\pm0,035$	$0,720\pm0,030^{***}$	$0,864\pm0,062 \&$
Көкбауыр	$1,520\pm0,080$	$1,390\pm0,112$	$1,529\pm0,140$
Бүйрекүсті безі	$0,818\pm0,084$	$0,511\pm0,020^{*}$	$0,715\pm0,053 \&$
Лимфолизат	$0,015\pm0,003$	$0,011\pm0,0007$	$0,015\pm0,001 \&$
Ескерту: 1 I-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$; 2 II-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: & - $p<0,05$, && - $p<0,01$, &&& - $p<0,001$.			

Шаң - радиациялық фактордың қосарлы әсеріне ұшыраған жануарлардың көкбауырында, лимфолизатында және бүйрекүсті безі жасушаларында АДА ферменті белсенділігінің тежелуі, пурин алмасу циклінің аралық өнімі аденозиннің көптеп жиналуына себін тигізеді. Аденозиннің артық мөлшерде болуы уытты әсері болғандықтан, жасушаның бейімделу реакциясына толық қанды араласа алмайды. Осы адаптациялы механизмді қалпына келтіру мәселесінде оксим пиностробин-10 фитозатының ықпалы болғаны анықталды.

Әдебиеттер:

1. Алексеева О.Г. Иммунология профессиональных поражений. – М.: Медицина. 1976. – 171с.

2. Гришина Т.И. Роль иммунного воспаления в патогенезе пневмокониозов // Профилактика профессиональных заболеваний пылевой этиологии: Сб. науч. трудов по ред. Л.Т.Еловской и В.Н.Ожигановой. – М, 1991. – С. 190-196.

3. Цветков Д., Цачева Н. Заболеваемость гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с временной нетрудоспособности среди рабочих, подвергавшихся вибрации // Гигиена труда и проф.заболе-я. – 1990. – № 1. – С. 11-14.

4. Тапбергенов С.О., Тапбергенова С.М. Диагностическое значение определения активности аденилатдезаминазы сыворотки крови // Лабораторное дело. – 1984. – № 2. – С. 104-107.

Изменение состояние иммунного статуса и пуринового обмена под воздействием пылерационного фактора и фитосубстанций ОП-10

О.З. Илдербаев

Установлено, что сочетанное влияние цементной пыли и радиации, приводит к нарушениям функций иммунных систем клеток, сопровождается изменением активности ферментов обмена пуриновых нуклеотидов. Выявлено модулирующее свойство фитопрепарата ОП-10.

Change in condition of immune status and of purin metabolism under the influence of dust-radiation and op phytomedicine

O.Z. Ilderbayev

Established, that combine influence of cement dust and radiation lead to disorder of functions immune system of cells, which accompanied with change activity enzymes of purine nucleotides metabolism. Modulating property of phytomedicine OP-10 was e detected.

УДК 616-072:7:614.7

**ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ
ДЛЯ КОРРЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ**

А.А. Мусина, А.С. Шокабаева

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г. Караганда

Термин биологическая обратная связь (БОС), по выражению М. Шварца [1] является устоявшимся понятием с богатым прошлым, настоящим и будущим. БОС в отличие от простого инструментального рефлекса позволяет повысить уровень осознания произвольного контроля различных психофизиологических функций и общего функционального состояния (ФС). Сначала это происходит путем переключения реакций на внешние сигналы, а затем путем активного поиска релевантных сигналов и саморегулирования с помощью внутреннего чувства и прогноза на основе субъективного образа проблемной ситуации [2].

Обострение экологических проблем, острый и хронический стресс, превышающий адаптационные возможности человека, часто являются причинами заболеваний, связанных с дисфункцией центральной и автономной нервной системы. Задачи диагностики, профилактики и нефармакологической коррекции подобных патологических состояний, являются предметом изучения и актуальным во всем мире [3].

Изучение механизмов влияния биоуправления с обратной связью на центральную и периферические звенья регуляции центральной и автономной нервной систем и выявление подходов для расширения резервов адаптации при патологических состояниях физиологических функций представляет несомненный интерес, в связи с наличием в биоуправлении значительных пробелов в области исследований теоретического характера [4].

Таким образом, технология адаптивного биоуправления с ЧСС - с зависимой обратной связью знакопеременного характера – это направленная психофизиологическая коррекция ритмов кардиореспираторной системы и головного мозга за счет периодической [5-7], смены активации и торможения управляемой функции в пределах индивидуальной физиологической нормы [8].

Доказано, что воздействие на человека факторов эмоционального стресса, превышающих барьер психической устойчивости, сопровождается симптомокомплексом расстройств, прямым следствием которого является дезорганизация деятельности [9].

Существует множество литературных данных об изменении функционального состояния организма человека, его вегетативных коррелят при различных пси-

хотерапевтических методах лечения: групповой терапии аутогенной тренировки медитативных упражнениях гипнозе [10].

Как известно, огромная роль в эффективности многих психотерапевтических методов отводится взаимоотношениям врача и пациента, а также неосознаваемым компонентам этих взаимоотношений, рассматриваемым в рамках психоанализа, но нейрофизиологические механизмы влияния неосознаваемой пациентом стороны психотерапевтического воздействия остаются мало изученными [11].

Одним из методов синдром нарушения внимания и гиперактивности (СНВГ) является биологическая обратная связь (БОС) [12].

В настоящее время, при анализе эффективности терапии и реабилитации больных с использованием биологической обратной связи (БОС) обычно используется следующая последовательность действий: определение фоновых значений контролируемого параметра; выполнение процедуры БОС – тренинга, направленной на его стабилизацию или улучшение; получение значения того же параметра после проведения процедуры для сравнения с исходным значением [13].

Среди многих разновидностей БОС наиболее широкое распространение имеет метод БОС с обратной связью по параметрами электрической активности мозга, или электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Обычно при ЭЭГ - БОС используется тот или иной ЭЭГ – ритм, текущая амплитуда которого отражаются в параметрах звуковых или световых сигналов обратной связи, предъявляемых пациенту с целью произвольного контроля выраженности данных ритмических компонентов ЭЭГ.

Разные стратегии биоправления могут отражать неодинаковую способность к обучению, обусловленную разной степенью адаптивности и пластичности ЦНС [14].

При применении различных реабилитационных воздействий особенно важен обратный контроль эффективности восстановительного процесса, учитывающий индивидуальные характеристики индивидуумов и степень однотипности процедуры.

В методе БОС по электромиограмме используются электрические разряды различных мышц тела, которые после преобразования в звуковой или световой сигнал обратной связи дают возможность пациенту обучиться

произвольному контролю за степенью напряжения или расслабления мускулатуры. Этот вариант БОС широко используются во многих реабилитационных процедурах и при лечении ряда нарушений зрения.

Произвольное управление с обратной связью по сердечному ритму считается эффективным методом коррекции состояния у больных неврозом [15].

В ряде работ показано, что наиболее адаптивным диапазоном биоритмов нервных и вегетативных функций является низкочастотный, причем критерием адаптивных изменений функции служит изменение частоты и амплитуды волн третьего порядка, а также появление их синхронизации с флуктуациями других систем.

К настоящему времени известно большое количество самых разнообразных методов, приемов и средств, способных без применения лекарственных препаратов приводить к направленным изменением тех или иных функций и общего функционального состояния организма человека. Анализ литературы позволяет разделить существующие нефармакологические методы коррекции функционального состояния человека на 3 основные группы: ритмические сенсорные воздействия, вспомогательные средства регуляции и методы произвольной саморегуляции физиологических функций [16].

Имеются многочисленные свидетельства того, что ритмические или частотно - модулированные сенсорные раздражения даже малой интенсивности могут сопровождаться выраженными электрофизиологическими, нейропсихологическими, поведенческими, и клиническими эффектами. Данные эффекты определяются повышенной чувствительностью живых систем к воздействиям физических факторов колебательно – волновой природы, резонансными и адаптационными механизмами центральной нервной системы и механизмами взаимодействия низкочастотных прерывистых раздражений с эндогенными ритмическими процессами организма. Благодаря этому ритмические сенсорные воздействия самой разной природы широко используются в клинической практике как средство нефармакологической коррекции функционального состояния человека [17].

В качестве средства коррекции функционального состояния человека могут использоваться и разные типы электростимуляции, такие, как электросон, электроаккупунктура, транскраниальная электрическая стимуляция мозга и транскутанная электронейростимуляция. Они находят широкое применение в клинике с целью обезболивания, лечения устойчивых патологических состояний мозга, оптимизации психической деятельности и эмоционального состояния и т.д. [18].

Из-за возможных негативных эффектов БОС применение должно осуществляться с тщательным подбором адекватных параметров стимуляции. Поскольку методология такого подбора пока только разрабатывается использование рассмотренных методов требует предварительного контрольного применения параметров стимуляции с целью определения их адекватности [19].

Рядом нефармакологических средств воздействия на человека считается функциональная музыка или светомузыка, дыхательные упражнения, массаж и самомассаж спортивные тренировки функционального состояния.

Технология биологической обратной связи или биоправление – это комплекс профилактических, лечебных и исследовательских психофизиологических процедур, в ходе которых пациенту посредством внешней цепи обратной связи, организованной преимущественно с помощью микропроцессорной или компьютерной техники, предъявляется информация о состоянии и изменении тех или иных собственных физиологических процессов. Используются зрительные, слуховые, тактиль-

ные и другие сигналы - стимулы, что позволяет развить навыки саморегуляции за счет тренировки и повышения лабильности регуляторных механизмов.

Сочетание традиционных методов лечения с биоправлением входит в практику стационарной, амбулаторной медицины и реабилитации. Обусловлено это отчасти тем, что процедуры биологической обратной связи благоприятно действуют не только на управляемую функцию, но и на ряд других функциональных систем. Полиграфический контроль состояния становится неотъемлемой частью технологий БОС, которые рано или поздно сделают переворот в профилактической медицине и в областях, связанных с психофизиологической подготовкой операторов систем управления [20].

Экологически чистая технология биоправления с обратной связью колебательного характера – это психофизиологическая коррекция ритмов автономной нервной системы и ритмов головного мозга за счет периодической смены “активации” и “торможения” управляемой функции в пределах индивидуальной физиологической нормы.

Наибольший опыт группы связан с разработкой систем оценки регуляторных процессов сердечной, сосудистой и дыхательной систем на основе регистрации и анализа их параметров, в частности вариаций частоты сердечных сокращений, частоты дыхания и температурных осцилляций.

Литература:

1. Петрова Т.С., Проничев И.В., Гречишникова Е. Н. Реакция центральной нервной системы на невербальное психотерапевтическое воздействие: вегетативное звено регуляции. // Физиология человека. – 2003. - Т. 29. - №1. - С.77-80.
2. Кропотов Ю.Д., Пономарев В.А., Гринь - Яценко В.А. Метод ЭЭГ- биоправления в лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей // Физиология человека. - 2001. - Т.27.Т.- №3. С.5-11.
3. Аксенов Д.П., Захаров С. М., Скоморов А.А. Использование мультипараметрического мониторинга для контроля эффективности процедур БОС- тренинга. / Биоправление 4. Новосибирск, 2002. – С. 52-59.
4. Функциональные системы организма: Руководство / Под. редакции К.В.Судакова. – М.,- 1987. - 450 с.
5. Судаков К.В., Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу. // Терапевти архив. – 1997. - №1. - С.70-74.
6. Безматерных Л.Э., Куликов В.П. // Физиология человека. - 1998.- Т.24. - №3. - С.79-85.
7. Черниговская Н.В., Верещатна А.А., Святогор .И.А. О центральных механизмах биоправления произвольными функциями человека // 28- е Совещ. по пробл. высш. нервн. деят. Л.: Наука. - 1989. - С.139-140.
8. Monaster V.J. Lynn S., Linden M. et al. Elektroenceph – alografic biofeedback in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder // Appl. Psychophysiol. Biofeedback. - 2005. - V.30.- №2. - P.95-97.
9. Высочин Ю.В., Дениско Ю.П., Гордеев Ю.В. Повышение адаптационных возможностей организма спортсменов с помощью биологической обратной связи // Физиология человека. - 2005.- Т.31.- №5.- С.12-17.
10. Critchley H.D., Melmed R.N., Featherstone E. et al. Brain activity during biofeedback relaxation: a functional neuroimaging investigation // Brain. - 2001. - V.124.- Pt.5.- P.103-105.
11. Gregg D., Jacobs Ph.D. The physiology of mind-body interactions: The stress response and the relaxation response // J. Alternat. Complement. Med. 2001.- - V.7.- Suppl. 1.- P.83-87.

12. Горев А.С., Семенов О.А. Влияние индивидуальных особенностей ЦНС на эффективность формирования релаксионных навыков при использовании биологической обратной связи у детей 9-11 лет // Физиология человека. - 2003. - Т.29. - №4. - С.54-57.

13. Sebastiani L., Simoni A., Gemignani A. et. al. Relaxation as a cognitive task // Arch. Ital. Biol. - 2005. - V.143. - № 1. - P.1-12.

14. Горев А.С., Понова Е.Н. Эффективность БОС – тренинга регуляции функционального состояния в зависимости от индивидуальных психофизиологических характеристик. // Физиология человека. - 2005. - Т.35. - №5. - С.25-29.

15. Суворов Н.Б. Информационная составляющая в биоуправлении функциональным состоянием человека // Информационно-управляющие системы. - 2002. - №1. - С.57-64.

16. Суворов Н.Б., Меницкий Д.Н., Лазарев Н.В., Павлов С.Ф. Индивидуально-типологические показатели функционального состояния человека-оператора в ка-

честве сигналов БОС // Биоуправление - 4. Теория и практика, под ред. М.Б. Штарк. – Новосибирск, «ЦЕРИС». - 2002. С.25-30.

17. Суворов Н.Б., Фролова Н.Л. / Биоуправление: ритмы кардиореспираторной системы и ритмы мозга. Биоуправление - 4. Теория и практика. под ред. М.Б. Штарк. Новосибирск. - 2002. - С.35-44.

18. Суворов Н.Б. Биологическая обратная связь: энергия, информация, мотивация // Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине. – 2000. - №4. – С.57-61.

19. Гринь-Яценко В.А., Кропотов Ю.Д., Пономарев В.А. и др. Влияние биологической обратной связи по сенсомоторному ритму и В₁ – ритму ЭЭГ на параметры внимания // Физиология человека. - 2001. - Т.27. - №3. - С.5-7.

20. Бодров В.А. Изучение проблемы информационного стресса человека –оператора // Физиология человека. - 2000. - Т.26. - №5. - С.111-118.

Perspectivity of biofeedback researches for correction of various functional states of human

A.A. Musina, A.S. Shokabayeva

National center for occupational hygiene and occupational diseases of the Ministry of health of Kazakhstan Republic.

Presented analysis of methods of no treatment corrections, which are widely used in practice of treatment and rehabilitation Identified most widely used plans of biofeedback trainings.

Key words: biofeedback, no treatment correction, physiological condition, treatment, rehabilitation.

Адамның әртүрлі функционалдық жағдайын түзетуге арналған биологиялық кері байланыстың зерттеу нәтижесі

A.A. Мусина, А.С. Шокабаева

Әртүрлі ауруларды емдеу мен оңалту тәжірибесінде кеңінен қолданылмайтын дәрі – дәрмексіз түзету әдістерін талдауы ұсынылған.

Әртүрлі функционалдық жағдайларды, оның ішінде биоинталандырудың саны мен өлшемдерін түзету үшін қолданылатын БКБ – тренинг неғұрлым оңтайлы түрлері айқындалды.

Түйінді сөздер: биологиялық кері байланыс, дәрі – дәрмексіз түзету, функционалдық жағдай, емдеу, оңайту.

УДК 616.24-003.661-097-612.014.482.001.6

АСБЕСТ ШАҢЫ МЕН 6 ГР РАДИАЦИЯНЫҢ КЕЙІНГІ КЕЗІ ЖӘНЕ ОП-10 ФИТОЗАТЫНЫҢ ӘСЕРІНЕН ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ РЕАКТИВТІЛІКТІҢ ӨЗГЕРІСІ

О.З. Ілдербаев

Семей қ. мемлекеттік медицина университеті

Қоршаған ортаның және еңбек етудегі қолайсыз факторларының кері әсер етуінен еңбекшілерде кәсіби аурулардың өрши түскендіктен, қазіргі кезде еліміздің қатардағы еңбекшілеріміздің денсаулығын қорғау және сақтау медицинаның ең маңызды мәселелерінің бірі [1,2]. Асбестцемент бұйымдарын шығаратын зауыт қала маңында орналасқандықтан, жұмыс орнында және зауыт маңында ауадағы асбест талшықтары баршылық. Шаңның қандай түрі болмасын, олар адам ағзасына әсер ететін жағымсыз факторлардың бірі болып саналады.

Семей ядролық сынақ полигонының жабылғанына 15 жыл өтсе де радиацияның зардаптары халықтың денсаулығына өз әсерін жалғастыруда [3]. Күнделікті өмірде организмге қоршаған ортаның қолайсыз факторларының әсері жоғалмаған. Табиғат факторларынан туындайтын атом электр стансаларындағы апаттардан радиацияның шығуы кез келген уақытта пайда болуы мүмкін. Зерттеу барысында анықталған мәліметтер қосарлы әсер ету салдарынан дамиды ауытқуларды бағалау үшін негіз болуы мүмкін [4]. Зерттеу жұмыстың негізгі мақсаты

сублеталды иондағыш сәуле және асбест шаңының қосар әсерінен болатын иммунологиялық реактивтілік өзгерісіне ОП-10 фитозатының әсерін зерттеу болды.

Зерттеу материалдары және әдістері. Қойылған мақсатты шешу үшін салмағы 200±20гр., аталық 40 егеуқұйрықтарға жүргізілді. Егеуқұйрықтар үш топқа бөлінген: I топ - бақылау тобы (n=10), II топ - асбест шаңы және 6 Гр иондағыш сәулемен қосарлы уланған топ (n=15), III топ - асбест шаңы және 6 Гр иондағыш сәулемен уланып, фитозат қабылдаған топ (n=15). II және III топтардағы тәжірибелік егеуқұйрықтарда пневмокониоздың тәжірибе жүзінде моделін алу үшін егеуқұйрықтардың өкпесіне (трахеяшілік) В.И. Парашинамен жетілдірілген Е.Н. Городецкая әдісімен асбест шаңын енгізу арқылы жасалды [5]. Зерттеудің нәтижелері Е.В. Монцевичюте-Эрингене [6] әдісі бойынша жүргізіліп, салыстыру t-Стюдент критерийі ретінде саналды.

Зерттеу мәліметтері және оны талқылау. Зерттеу мәліметтері бойынша (1 кесте), 90 күннен кейін тәжірибелік жануарлардың перифериялы қанындағы лейкоциттердің жалпы саны сублеталды үсәулеумен

асбест шаңының ұзақ мерзімінде бірлесе әсерінде лейкопенияға ұшыраған ($p < 0,001$) лимфоцитоз құбылысы болған ($p < 0,05$). Шаң-радиациялық фактордың ұзақ мерзімдегі әсеріне оксим пиностробин-10-ның ықпалына келсек, төмендеген лейкоциттердің мөлшерінің арту үрдісі тіркелді ($p > 0,05$). Лимфоцитоз жағдайы емдеуден кейін нақты болмаса да, абсолютті және салыстырмалы шамалары азаю тенденциясы байқалды, қалыпты тобымен салыстырғанда абсолютті саны артқан күйде қалды ($p < 0,05$).

Оксим пиностробин-10 фитозатын қабылдаған жануарларда Т-жасушалы иммунитет буынындағы төмендеген көрсеткіштері нақты түрде жоғарлады. Атап айтқанда, Т-лимфоциттердің маркерін таситын CD3+ абсолютті мөлшері 64,58%-ға нақты түрде төмендесе ($p < 0,001$), ем қабылдағаннан соң 78,43%-ға ($p < 0,01$) артқан, ал салыстырмалы мөлшері қос фактордың әсерінде 23,67%-ға азайса ($p < 0,05$), емнен кейін төмендеген көрсеткіш нақты болмаса да 4,98%-ға өскен.

1 кесте – Асбест шаңы мен 6 Гр ү-сәулелің ұзақ мерзімдегі қосарлы әсерінен туындаған иммундық жүйедегі өзгерістерге оксим пиностробин-10 фитозаты әсерінің көріністері, $M \pm m$

Көрсеткіштер	Қалыпты топ		
	I топ	II топ	III топ
Лейкоцит, $\times 10^9/\text{л}$	$6,49 \pm 0,17$	$4,94 \pm 0,24^{***}$	$5,44 \pm 0,42^*$
Лимфоцит, $\times 10^9/\text{л}$	$2,75 \pm 0,11$	$3,93 \pm 0,48^*$	$3,75 \pm 0,23^{**}$
Лимфоциттер, %	$39,01 \pm 3,24$	$48,57 \pm 3,54^*$	$48,09 \pm 4,38$
CD3+	абс.°	$1,44 \pm 0,08$	$0,91 \pm 0,09^{**\&\&}$
	%	$31,81 \pm 2,41$	$25,49 \pm 2,04^*$
CD4+	абс.	$0,69 \pm 0,04$	$0,51 \pm 0,06^{*\&}$
	%	$20,92 \pm 1,41$	$17,75 \pm 1,43$
CD8+	абс.	$0,48 \pm 0,02$	$0,41 \pm 0,05 \&$
	%	$11,24 \pm 0,42$	$10,54 \pm 1,12$
CD4+/CD8+	$1,72 \pm 0,22$	$1,42 \pm 0,12$	$1,26 \pm 0,13$
ЛМТР (индекс)	$0,79 \pm 0,04$	$1,21 \pm 0,11^*$	$0,89 \pm 0,05 \&$
CD19+	абс.°	$0,43 \pm 0,03^*$	$0,43 \pm 0,03^*$
	%	$11,14 \pm 0,96^*$	$10,71 \pm 0,89^*$
АТЖ, %	$49,02 \pm 3,51$	$30,48 \pm 2,34^{**}$	$32,0 \pm 2,17^{**}$
СИ, %	-	$39,54 \pm 2,08^*$	$33,63 \pm 3,07^*$
АИК, ш.б.	$1,27 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,04^{***}$	$0,94 \pm 0,08^{**\&\&}$
Фагоцитоз, %	$36,17 \pm 2,52$	$27,14 \pm 1,73^*$	$50,48 \pm 4,66^{*\&\&\&}$
Фагоцитарлық сан	$1,59 \pm 0,24$	$3,44 \pm 0,11^{***}$	$15,37 \pm 2,33^{***\&\&\&}$
НКТ-тест, %	$4,87 \pm 0,55$	$7,71 \pm 0,60^*$	$10,79 \pm 1,34^{**\&\&}$
Ig A, г/л	$3,09 \pm 0,28$	$2,03 \pm 0,30^*$	$2,19 \pm 0,32^*$
Ig M, г/л	$4,05 \pm 0,28$	$6,24 \pm 0,46^{**}$	$5,67 \pm 0,42^*$
Ig G, г/л	$5,05 \pm 0,70$	$12,87 \pm 1,65^{**}$	$9,19 \pm 1,03^*$

Ескерту: 1° - жасушаның абсолюттік саны $\times 10^9/\text{л}$; 2 I-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$; 3 II-ші топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: & - $p < 0,05$, && - $p < 0,01$, &&& - $p < 0,001$.

Қос фактордың Т-жасушалы иммунитет буынына тигізген зиянды әсерінен болған өзгерістерді қалпына келтіруде препараттың ықпалы көрінгені байқалды. CD3+ субпопуляциялары жағынан да тіркелген патологиялы өзгерістерді қалпына келтіруде фитозаттың әсері оңды болған: қос фактор әсерінде Т-хелперлердің маркерін таситын CD4+ абсолютті шамасы 53,62%-ға нақты ($p < 0,001$) төмендесе, емнен кейін төмендеген шама 59,38%-ға жоғарылаған ($p < 0,05$). Т-супрессорлардың маркерін таситын CD8+ абсолютті саны 52,08%-ға ($p < 0,001$) төмендесе, оксим пиностробин-10 әсерінен 78,26%-ға көтерілген ($p < 0,05$), ал салыстырмалы мөлшері – 12,36%-ға азайған болса, III топта нақты болмаса да 7,01%-ға жоғарылатуға ықпалын көрсеткен. CD4+ және CD8+ фенотипті жасушаларының мөлшерлеріне байланысты ИРИ индексі саны ем қолданғаннан кейін $1,26 \pm 0,13$ құрады.

Т-лимфоциттердің лимфокинтүзу белсенділіктері иммунитеттің Т-жүйесінің функционалдық белсенділігін көрсететін ФГА әсеріне ЛМТР реакциясына келсек, сублеталды иондайтын сәуле мен асбест шаңының ұзақ мерзімдегі әсерінде бұл көрсеткіш 53,16%-ға артса ($p < 0,05$), ем қабылдаған жануарларда артқан көрсеткішті 26,45%-ға төмендеткен ($p < 0,05$), бұл иммунитеттің Т-жүйесінің функционалдық белсенділігінің арттырғанын көрсетті. Шаң-

радиациялық фактордың қосарлы әсерінен қандағы В-лимфоциттердің маркерін таситын CD19+ жасушасының абсолюттік мөлшері 36,36%-ға нақты түрде жоғарыласса ($p < 0,05$), салыстырмалы мөлшері 54,50 %-ға нақты түрде ($p < 0,05$) артса, ем қабылдаған жануарларда бұл көрсеткіш нақты өзгеріске түспей шамалы түрде азая түскені байқалды. Антиденегенез құбылысын көрсететін көкбауырдағы АТЖ пайыздық саны II топта $30,48 \pm 2,34\%$ ($p < 0,01$) тіркелсе, III топта $32,0 \pm 2,17\%$ -ды құрады ($p > 0,05$). Супрессия индексі II топта $39,54 \pm 2,08\%$ болса ($p < 0,05$), III топта $33,63 \pm 3,07\%$ болған ($p < 0,05$). Шаң-радиациялық фактор әсерінде АИК мөлшері 47,24%-ға нақты азайып кетсе ($p < 0,001$), фитозат оксим пиностробин-10 осы азайған шаманы 40,30%-ға арттырғаны анықталды ($p < 0,05$). Иммунитеттің бейспецификалы фагоцитарлық буынындағы фагоцитоз көрсеткіші шаң-радиациялық фактордың ұзақ мерзімі кезінде 24,97%-ға ($p < 0,05$) тежелсе, емнен кейін нақты түрде артқаны мәлім болды: фагоцитоз белсенділігі 86,0%-ға ($p < 0,01$) артқан. Ал жоғары деңгейдегі фагоцитарлық саны фитозат оксим пиностробин-10 әсерінде одан да жоғарылаған, яғни 4,47 есе артқан ($p < 0,01$). Шаң-радиациялық әсердің ұзақ мерзімі кезінде НКТ-тест көрсеткіші 58,31%-ға артқаны ($p < 0,05$) мәлім болса, ем қолданғаннан кейін осы көрсеткіш 39,95%-ға ($p < 0,01$)

артқан. Оксим пиностробин-10 фитозатын қолданған кезде, қосарлы фактордың ұзақ мерзім әсеріндегі IgA және IgM мөлшерін қалыпты тобындағы жануарлардың көрсеткішіне бағыттағаны мәлім болды. Және де IgG мөлшерінің 154,85%-ға ($p < 0,01$) артқан шамасын 28,59%-ға ($p < 0,05$) азайта түскені анықталды.

Сонымен, 6 Гр үсәулелері мен асбест шаңының ұзақ мерзімдегі қосарлы әсерін алған топқа фитозат оксим пиностробин-10-ның иммунды модуляторлық қасиеті көрсетілгені анықталды. Ол фитозаттың иммундық жүйенің қос фактордың әсерінен болған Т және В жүйелерінің терең жеткіліксіздігін, иммунды глобулиндер концентрацияларын қалыпты деңгейге келуіне ықпалы болғаны және бейспецификалық фагоцитарлық буынының қызметтік белсенділігінің нақты артуынан көрінді.

Әдебиеттер:

1. Артамонова В.Г., Мухин Н.А. Профессиональные болезни. Учебник. -4 изд., перераб.и доп. –М.: Медицина, 2004. - 480с.

2. Кулкыбаев Г.А., Шпаков А.Е. Современные направления развития гигиены окружающей среды и проблемы их реализации в республике Казахстан//Гигиена труда и мед.экология. – 2004. - №1. –С. 3-10.

3. Раисова Г.К., Телеуов М.К., Сандыбаев М.Н. и др. К последствиям деятельности СИЯП – онкологическая заболеваемость в Восточном Казахстане // Матер.междун.конф. - Семипалатинск, 2006. - С. 229

4. Смирнов П.Н., Магер С.Н. Экологическая иммунология как новое направление клинической иммунологии, её научно-практические и научно-организационные задачи. - НГАУ, 2005. – С. 12.

5. Гадаскина И.Д. Методы изучения экспериментальных пневмокониозов // В кн.: Воспроизводство заболеваний у животных для экспериментально-терапевтических исследований. Л., 1954.

6. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат.физиол. и эксперим.терапия. – 1961. - № 1. – С. 71-76.

Изменение иммунологической реактивности организма при сочетанном воздействии асбестовой пыли и 6 гр радиации и фитосубстанций ОП-10

О.З. Ильдербаев

В эксперименте проведено исследования по изучению основных показателей иммунитета на воздействие асбестовой пыли и радиации и оксим пиностробина. Выявлено модулирующее свойство фитосубстанций ОП-10.

Changes of immune reactivity of an organism in combine influence of gamma - radiation with dose 6gr and asbest dust and op phytomedicine

O.Z. Ilderbayev

In the experiment we investigated the basic immune dates at asbestosis and gamma-radiation and oxim pinostrobin. Modulating property of phytomedicine OP-10 was e detected.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ СЕПСИСЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ В Г. СЕМЕЙ

Р.Е. Кулубеков, К.Ш. Амренова, Ш.Ш. Амренова

Государственный медицинский университет г. Семей

Актуальность рациональной фармакотерапии остается одной до конца нерешенных задач в современной медицине. Это касается и антибиотикотерапии, которая принадлежит к разряду химиотерапии и является не только одним из сложных, но и одним из самых опасных методов лечения. Абсолютно достоверно, что подтверждается многими авторами, большинство возникающих осложнений после проводимой антибиотикотерапии,

являются не признаками сопутствующих патологий, а проявлениями нежелательных эффектов.

Материалы и методы исследования. Для изучения сепсиса различной этиологии и его анализа с целью разработки стандартов рациональной антибиотикотерапии, было изучено 2345 архивных карт и проведено 261 исследование (таблица 1).

Таблица 1. - Количество проведенных исследований сепсиса различной этиологии.

Сепсис, источником которого являлись заболевания мочевыводящих путей -57
Сепсис, источником которого явились заболевания кожи – 43
Сепсис, источником которого явились инфекции кишечника – 34
Первичный перитонит -51
Вторичный перитонит – 76
Итого – 261

Кроме того, применялся метод серийных разведений, который использовался для разработки режимов дозирования при регулируемой антибиотикотерапии, а также для определения бактерицидности препарата в отношении избранного возбудителя для более быстрого терапевтического эффекта и безрецидивного течения.

Использовались две модификации метода – последовательные разведения на жидкой и на плотной пита-

тельных средах, а также метод диффузии в агар (метод дисков).

Результаты исследования.

Сепсис, источником которого являлись заболевания мочевыводящих путей.

При анализе сепсиса, развившегося на фоне заболеваний мочевыводящего тракта, было установлено, что в исследуемом регионе, основными микроорганизмами при развитии сепсиса являлись грамотрицатель-

ные энтеробактерии в сочетании с энтерококками. То есть, смешанная флора ($86,6 \pm 2,9\%$). Незначительную часть, по статистике занимали "чистые" микроорганизмы грамотрицательные энтеробактерии, кишечная палочка и те же самые энтерококки. Наиболее адекватными антибиотиками в отношении активности к данным возбудителям явились:

- из группы цефалоспоринов: цефалотаксим, цефтриаксон, цефтазоксим, цефоперазон, цефтазидим ($34,4 \pm 3,7\%$).

- из группы пенициллинов и комбинированных бета-лактамов антибиотиков: пиперацillin, мезлоциллин, азлоциллин, тикарциллин, тикарциллин-клавуланат, тикарциллин-сульбактам, азтреонам, имепенем ($21,2 \pm 1,3\%$).

- из группы фторхинолонов: цiproфлоксацин ($24,9 \pm 1,8\%$).

- но все эти группы должны назначаться в сочетании с гентамицином и тобрамицином.

Как видно из проведенных исследований, группой выбора при сепсисе, источником которого явились заболевания мочевыводящих путей, являются цефалоспорины, предпочтительнее 3 поколения, препаратами альтернативы: фторхинолоны. Все группы должны сочетать с гентамицином или тобрамицином.

Сепсис, источником которого явились заболевания кожи, более чем в 60% регистрируются стафилококки, причем пенициллин - аза образующие и в 30 - 40% грамположительные стрептококки. Наиболее активными при данной инфекции явились:

- из группы пенициллинов: нафциллин, оксациллин ($12,6 \pm 2,3\%$).

- из группы цефалоспоринов: цефазолин ($39,8 \pm 4,5\%$).

- из группы гликопептидов: ванкомицин ($35,7 \pm 2,1\%$).

Незначительный процент микроорганизмов ($10,1 \pm 1,1\%$) был чувствителен к фторхинолонам.

Таким образом, препаратом выбора при данном заболевании явился цефазолин, альтернативы: ванкомицин, резерва: нафциллин, оксациллин.

Сепсис, вызванный инфекциями кишечника, было установлено, что чаще всего сепсис был вызван смешанной флорой, состоящей из грамотрицательной кишечной палочки и *B. fragilis*, а также анаэробных кокков.

Наиболее активными оказались: цефалотаксим или цефтриаксон или цефотаксим или цефтазидим в сочетании с метронидазолом. Альтернативными в отношении активности являлись: тикарциллин-клавуланат, имепенем, ампициллин-сульбактам, резервными: клиндамицин (азитромицин) в сочетании с метронидазолом или азтреонам в сочетании с метронидазолом. Группа аминогликозидов (гентамицин, тобрамицин, амикацин) была в 100% резистентна к данным микроорганизмам.

При анализе результатов микробиологического исследования первичного перитонита было установ-

лено, что наиболее часто встречаемыми микроорганизмами в перитонеальной жидкости являлись кишечная палочка ($43,4 \pm 4,0\%$), и, как ни странно, пневмококк ($36,7 \pm 5,2\%$).

Среди наиболее активных в отношении данных микроорганизмов явились: препараты выбора, альтернативы и резерва:

- из группы цефалоспоринов: цефалотаксим, цефтриаксон, цефтазоксим, ($46,7 \pm 4,4\%$) в сочетании с гентамицином или тобрамицином.

- из группы пенициллинов и комбинированных бета-лактамов антибиотиков: тикарциллин-клавуланат или тикарциллин или пиперацillin или мезлоциллин или азлоциллин в сочетании гентамицин или тобрамицин, имепенем при сочетании с гентамицином.

При анализе результатов микробиологического исследования вторичного перитонита было установлено, что наиболее часто встречаемыми микроорганизмами в перитонеальной жидкости являлись кишечная палочка ($33,2 \pm 2,6\%$), *Bacteroidis fragilis* ($21,1 \pm 2,3\%$), *Bacteroidis* spp. ($19,4 \pm 1,7\%$), анаэробные кокки ($16,3 \pm 1,6\%$).

Больше всего чувствительность микроорганизмов при вторичных перитонитах была высока к следующим препаратам:

- из группы цефалоспоринов: цефотаксим, цефтриаксон, цефтазоксим, цефоперазон в сочетании с метронидазолом;

- из группы карбепенемов: имепенем;

- из группы комбинированных пенициллинов: тикарциллин-клавуланат, амоксициллин-сульбактам;

- кроме того, активными оказались комбинации клиндамицина с гентамицином, азтреонама с метронидазолом и цефотаксима или цефотетана с гентамицином.

Однако необходимо отметить, что при применении комбинаций препаратов с гентамицином в $11,7 \pm 2,1\%$ случаев была отмечена стойкая резистентность микроорганизмов.

Таким образом, нами установлено, что вид микроорганизмов, наиболее часто вызывающие сепсис, первичный или вторичный перитонит, а также их чувствительность к антибиотикам зависят от этиологии заболевания. Полученные данные могут быть использованы для создания единого стандарта антибактериальной терапии сепсиса. Это может способствовать увеличению эффективности и безопасности лечения, а также снизить его стоимость.

Литература:

1. Dochertv A.M., Zhumadilov Zh.Sh. Cytokines in wound healing and sepsis // Наука и здравоохранение. - 2006.-N1. - С.33-39.

2. Жумадилов Ж.Ш. Сепсис: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении: лекции, обзоры / Жумадилов Ж.Ш., Савченко И.П., Баймаганбет Ж.Р. // Наука и здравоохранение. - 2006. - N3. - С. 7-18.

Жүргізілген зерттеулерде сепсистің әртүрлі формаларында микроорганизмдердің сезімталдығына тәуелді белгілі стандарттарды сақтау қажеттілігі анықталған.

In our researches was determined that at difference forms of sepsis necessary manage definite standarts, depending of sensitive of microorganizme.

УДК 616.361-002: 615.03

**ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ РОНКОЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ ПРИМЕНЕНИЯ**О.Г. Цой, Е.А. Тайгулов, Ж.М. Балжанов, А.Е. Гуляев, С.А. Сатвалдиев,
А.А. Логвиненко, Д.С. Сеитова, А.А. Курманкина**АО «Медицинский университет Астана»,
РГП «Национальный Центр Биотехнологии» РК, Астана**

Проблема лечения гнойного холангита остается в центре внимания хирургов и продолжает привлекать все большее число исследователей [1-3]. Отсутствие существенных сдвигов в результатах его лечения находит свое отражение в большом количестве исследований, в каждом из которых предлагаются новые подходы и решения [4-7]. Принципиальная тактика хирургического лечения острого холангита достаточно хорошо разработана и общеизвестна. Однако в последние годы появились новые данные, указывающие на участие иммунной системы в возникновении и развитии гнойного холангита. Развивающаяся на фоне дисфункции иммунной системы вторичная иммунная недостаточность осложняет не только клиническое течение заболевания, но и его прогноз. Нарушения в иммунной системе и эндогенная интоксикация при остром холангите сопровождает все этапы заболевания, определяет тяжесть течения и высокую летальность [8-12]. Иммунопатологические проявления могут усиливаться за счет операционной травмы, печеночной недостаточности, а также в результате применения некоторых медикаментозных препаратов.

Развитие методов иммунодиагностики и появление новых иммуномодуляторов позволяет на сегодняшний день не только выявить уровень дефектности иммунной системы, но и проводить направленную иммунокоррекцию.

Сведений об использовании в протоколах медикаментозной терапии острого гнойного холангита ронколейкина, равно как и других препаратов цитокинового ряда, в доступной литературе не установлено.

В качестве цитокинового препарата использовался ронколейкин, хорошо зарекомендовавший себя в качестве корректора иммуносупрессии при тяжелых и генерализованных формах хирургической инфекции (разлитой гнойный перитонит, сепсис), ожогов, гнойных эндометриях, гнойно-деструктивных заболеваниях бронхолегочного аппарата и т.д. [13-18].

С учетом общеизвестных данных о том, что цитокины обладают наибольшим иммунокорригирующим эффектом при высоких концентрациях непосредственно в локальных инфекционно-воспалительных очагах [19-21], ставилась конкретная цель: конструирование гуморальных транспортных систем целенаправленной доставки иммуноцитокина непосредственно в печень и желчные пути и изучение их клинико-лабораторной эффективности при лечении больных острым холангитом после устранения холестаза. В качестве «транспортных» ронколейкина использовались аутологичные эритроцитарные оболочки – эритроцитарные фармакоциты, позволяющие создать высокие концентрации с выраженным кумулятивным эффектом в гепатобилиарных органах [22].

Цель работы: Изучить показатели иммунологической реактивности у больных острым холангитом при традиционном лечении, а также использовании ронколейкина внутривенно или в составе аутологичных эритроцитарных оболочек.

Материалы и методы исследования:

В группу исследования вошли 60 больных острым гнойным холангитом, находившихся на стационарном

лечении в хирургическом отделении ГККП «Первая городская больница» с 2006 года по 2009 годы. Основными критериями подбора больных являлось наличие острого гнойного холангита неопухолевого генеза, подтвержденного клинически, лабораторно и инструментально. При формировании группы исключались лица с хроническими воспалительными заболеваниями соединительной ткани, в том числе и аутоиммунными, а также с отягощенным аллергологическим анамнезом, эндокринной патологией.

Все больные были поделены на 3 группы. Первую группу составили 20 больных острым холангитом, которым проводилось лечение по традиционной схеме, включающей антибактериальную, дезинтоксикационную, гепатопротекторную и противовоспалительную терапию. Во вторую группу вошли 20 больных острым холангитом в лечении которых, наряду с общепринятыми методами, использовалась иммунокоррекция путем внутривенного введения ронколейкина.

Третью группу составили 20 больных острым холангитом, которым назначали ронколейкин, включенный в аутологичные эритроцитарные тени.

Для оценки иммунного статуса у больных забирали периферическую кровь. Кровь собирали вначале лечения, через 12 часов после декомпрессии холедоха и через две недели от начала лечения.

Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G компонентов комплемента в плазме крови и желчи определяли на биохимическом анализаторе Cobos integro фирмы Le Roche методом иммунотурбидиметрии. Определение содержания ЦИК проводили методом преципитации с 3,5% раствором полиэтиленгликоля на спектрофотометре при длине волны 450 нм. CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD25+, CD56+, CD95+ – определяли при помощи моноклональных антител. ИЛ-2 в плазме крови исследовали с помощью набора ProCon (ООО «Протеиновый контур» г.Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа.

Цифровой материал обработан методом вариационной статистики с определением средней арифметической ($\bar{x}$), среднеквадратического отклонения (σ), ошибки среднего арифметического ($S_{\bar{x}}$). Достоверность различий в данных определялась с помощью критерия Стьюдента (t) с уровнем значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения:

Анализ лабораторных методов исследования показал, что исходные иммунологические показатели сыворотки крови у больных всех трех групп имели сдвиги, характерные для вторичной индуцированной иммунной дисфункций. Это проявлялось снижением средних значений абсолютного и относительного количества CD3+, CD4+, CD25+, CD95+ – клеток, иммунорегуляторного индекса ($CD4+/CD8+$). Абсолютное число CD20+ – клеток, т.е. В-лимфоцитов, наоборот, было повышенным. Из показателей гуморального звена иммунитета обращало внимание повышенное содержание в сыворотке крови IgM.

Состояние факторов неспецифической резистентности характеризовалась повышением кислородзависимого метаболизма нейтрофильных гранулоцитов периферической крови (НСТ-теста) и расчетного индекса

стимуляции (ИС). Тогда как показатели стимулированного фагоцитоза и фагоцитарное число, наоборот, снижены.

У больных острым холангитом, которым после декомпрессии желчных путей проводилась традиционная консервативная терапия, через 12 часов общее количество лейкоцитов снижалось до нормальных значений. Абсолютное число CD3+ и CD4+ – клеток оставалось все еще ниже нормальных значений, а CD20+ снижалось до этих пределов. Относительное содержание CD25+, CD56+ и CD95+ также было низким. Иммунорегуляторный индекс возрастал, достигая границ нормальных значений.

Концентрация основных сывороточных иммуноглобулинов, за исключением IgM, уровень которых был сниженным, чем пределы нормальных значений.

Значение НСТ- теста уменьшилось до уровня здоровых людей. Содержание ЦИК в плазме хоть и нарастало, но оставалось в границах дискретных величин. Значения индекса стимуляции и стимулированного фагоцитоза также были в пределах нормы, а фагоцитарное число оставалось низким.

Во второй группе больных, получавших ронколейкин внутривенно, через 12 часов сохранялись низким относительное число лимфоцитов абсолютное количество CD3+ и CD4+, CD8+, HLA – клеток, относительное число CD4+ – лимфоцитов, иммунорегуляторный индекс.

Фагоцитарная активность и стимулированный фагоцитоз также были ниже нормы, а фагоцитарное число увеличивалось до её пределов.

В группе пациентов, получавших ронколейкин, включенный в эритроцитарные оболочки, как в предыдущих двух группах, несмотря на имеющуюся положительную динамику, оставалось сниженным абсолютное количество Т-лимфоцитов, а также абсолютное и относительное число CD4+, CD8+, CD25+ – клеток, относительное количество CD95+ – клеток, иммунорегуляторный индекс.

Повышалось содержание в сыворотке крови концентрация IgM. Значение ЦИК и показатели неспецифической резистентности (фагоцитоза) были в пределах нормы.

Как следует из вышеприведенного, применение эритроцитарных фармакоцитов сопровождается через 12 часов после декомпрессии желчных путей значительной тенденцией к нормализации основных иммунологических показателей. В первую очередь, это касается иммунофагоцитарного звена.

Через две недели у больных первой группы, то есть получавших традиционное консервативное лечение, все еще сохранялись сдвиги по отдельным показателям иммунограммы. Сниженным было относительное количество CD3+, CD4+ – клеток абсолютное содержание В-лимфоцитов. Иммунорегуляторный индекс и индекс стимуляции фагоцитоза также были ниже нормы.

У больных второй группы, который ронколейкин применялся внутривенно, относительное число CD3+, CD4+, CD25+ – клеток, абсолютного количества В-лимфоцитов сохранялось ниже нормы. Меньше нормальных значений также оставался иммунорегуляторный индекс.

У больных, консервативная терапия которых была дополнена назначением эритроцитарных фармакоцитов с ронколейкином, так же как и в двух предыдущих группах, сниженным было абсолютное и относительное содержание CD3+, CD4+ – клеток, абсолютное число CD8+ – лимфоцитов. Однако число CD20+, CD25+, CD56+, CD95+, HLA – клеток и иммунорегуляторного индекса были в пределах нормальных значений,

так же как и показатели иммунофагоцитарной системы.

Таким образом, по отдельным показателям иммунограмм, имеется ускоренная динамика регресса признаков вторичной иммунной недостаточности при включении в комплекс консервативной терапии после декомпрессии желчных путей у больных острым холангитом ронколейкина в аутологичных эритроцитарных оболочках.

Литература:

1. Ахаладзе Г.Г. Патогенетические аспекты гнойного холангита, системной воспалительной реакции при механической желтухе // *Анналы хирургической гепатологии*, - 2009, Т.14, №2. - С. 9-15.
2. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Патогенез и лечение острого гнойного холангита // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2009, Т.14, №4, - С. 13-21.
3. Столин А.В., Нищневич Е.В., Прудков М.И. Значение признаков системного воспалительного ответа в диагностике и лечении гнойного холангита // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2009, Т.14, №2, - С. 16-21.
4. Шупутько А.М. Прогнозирование риска операции и выбор тактики хирургического лечения у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни: Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. М., 1990. – 36с.
5. Wilcox C.M., Montemuller K.F. Wire – assisted minor papilla precut papillotomy // *Gastrointest. Endosc.*, 2001, v.54, №1, - Р. 83-86.
6. Машинский А.А., Лотов А.Н., Хариде С.С., Шкроб О.С. Гнойный холангит // *Хирургия*. - 2002, №2. - С. 58-65
7. Рыбачков В.В., Дряженков К.Т., Кабанов Е.Н. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2009, Т.14, №2. - С. 28-32.
8. Ярош А.Л. клинко-экспериментальное изучение нарушений иммунитета при гнойном холангите: Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. – Курск. - 2005, - 22 с.
9. Candela Polo F, Calpeno Rico R, Sanches Linares JR, Compan Rosique A, Vazquez Rojas JL/ Immunonutritional prognostic factors in acute cholecystitis/{Article in Spanish} Hospital General de Elche, Departamento de Cirugia, Universidas de Alicante,1999
10. Lillemoe KD, Melton GB. Cameron JL,Pitt H.A., Campbell K.A., Talamini M.A., Sauter P.A./ Postoperative bile duct strictures: management and out come in the 1990s // *Ann Surg* 2000 Sep; 232(3):430-41.
11. Галлиев М.А., Губайдуллин Э.Р., Пахомов Д.В. Клинико-иммунологические показатели у больных, оперированных по поводу холедохолитиаза // *Методы диагностики, функциональные и морфологические изменения при доброкачественных заболеваниях желчных протоков*. – СПб. - 1991. – С. 31-35.
12. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чекини К.Т. и др. Актуальные вопросы гнойного холангита // *Хирургия*, 1988, №10. - С. 21-28.
13. Козлов В.К. Цитокилотерапия в комплексном лечении тяжелой хирургической и инфекционной патологии// *Успехи клинической иммунологии и аллергологии*, М. 2002, вып. 3, - С.242-262.
14. Козлов В.К. Ронколейкин Санкт-Петербург, 2002.
15. Заболотный Н.В., Александрова А.Е., Антонова Е.В. Влияние рекомбинантных цитокинов на эффективность терапии экспериментального туберкулеза. Тезис VI национального конгресса по болезням органов дыхания. Новосибирск, 1-4 июля 1996, - С.635.

16. Гринев М.В., Громов М.И., Цыбин Ю.Н. и др. Интерлейкин-2 в комплексной детоксикационной терапии хирургического сепсиса// Анестезиология и реанимация, 1994, №5, - С.25-28.

17. Анисимов А.Ю. Иммунотерапия ронколейкином в комплексном лечении больных с абдоминальным сепсисом: Пособие для врачей. Казань, 2004, 28с.

18. Бигалиев М.Х. Современные концепции оценки тяжести и комплексного лечения больных абдоминальным сепсисом: Автореф.дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н., Алматы, 2007, - 34с.

19. Dawson M.M., Moore M. Интерлейкин-2: Руководство по иммунофармакологии / Под редакцией

М.М.Дейла, Дж.К.Форман. М: Медицина, 1998. -С.307-313.

20. Блогинцева С.А. Эндоскопический метод лечения острых гнойных абсцессов легких// Хирургия, 2001, №7. - С.49-51.

21. Абакумов М.М., Даниелян Ш.Н., Булава Т.В. Применение цитокинов в комплексном лечении посттравматической эмпиемы плевры// Хирургия, 2005. №2. - С.4-8.

22. Тайгулов Е.А., Жумадилов Ж.Ш., Мукажанов А.К. Эритроцитарные фармакоциты в гепатобилиарной хирургии.- Алматы: Медицина баспасы, 2002. – 192 с.

Әртүрлі әдіспен қолданғанда жедел холангитпен ауыратын науқастарда ронколейкиндің иммунитетті түзету әсері

Клиникалық, зертханалық және аспаптық дәлелденген жедел іріңді холангитпен ауыратын 60 науқас зерттелінді. Барлық науқастар 3 топқа бөлінді. Бірінші топ құрамына жедел холангитпен ауыратын 20 науқас кірді, оларға дәстүрлі схеме бойынша ем жүргізілді. Екінші топтағы жедел холангитпен ауыратын 20 науқастарға жалпы келісілген ем әдістерімен қатар көктамыр ішілік енгізу арқылы ронколейкинмен иммунитетті түзету жүргізілді. Үшінші топ құрамындағы жедел холангитпен ауыратын 20 науқастарға аутологиялық эритроцитарлы көлеңкелерге енгізілген ронколейкинді тағайындады.

Аутологиялық эритроцитарлы қабықшаларға енгізілген ронколейкинді жедел холангитпен ауыратын науқастардың консервативті ем кешеніне өт жолдарының декомпрессиясынан кейін қосқанда екіншілікті иммунды тапшылықтың белгілерінің кері қайтуының үдемелі динамикасы анықталды.

Immune-correcting action of roncoleukin at patients with acute cholangitis in different ways to use

Researched 60 patients with acute purulent cholangitis proved clinically, laboratory and with instrumental researches. All patients are divided on 3 groups. First group made patients, treated on traditional scheme. Second group compound 20 patients with acute cholangitis, who treated both with traditional approaches and used immune-correction by intravenous injection of roncoleukin.

Third group made 20 patients with acute cholangitis who treated with roncoleukin included in eritrocitary shadows. Defined fastened dynamic of regress of signs of secondary immune insufficiency in usage of roncoleukin included in eritrocitary shadows as a complex conservative therapy after decompression of bile ducts.

УДК 616.613-003.7-089

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И.Ж. Валишаев

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из распространенных урологических заболеваний, занимает второе место в мире после воспалительных заболеваний почек и мочевых путей, и встречается не менее чем у 3% населения (Алчинбаев М.К. и соавт., 2004 г.; Аляев Ю.Г. и соавт. 2006 г.).

В Республике Казахстан показатель заболеваемости МКБ имеет стойкую тенденцию к росту от 40,0 на 100 000 населения в 1990 г. до 48,1 в 2007 г.

Показатели заболеваемости по Кызылординской области приведены в таблице №1.

Таблица 1 - Показатели заболеваемости МКБ населения разных районов Кызылординской области (на 100 тыс. населения)

Районы	Показатели среднегодовой заболеваемости
г. Кызылорда	131,2
Аральский	107,1
Казалинский	98,1
Кармакшинский	83,7
Шиелыйский	70,3
Сырдарьинский	57,5
Жалагашский	29,0
Жанакорганский	19,0

По данным таблицы можно отметить, что в разных районах Кызылординской области наблюдаются выраженные различия в частоте МКБ. Самые высокие показатели выявлены по г. Кызылорда на 31,2% превышающие среднеобластной показатель. Возможно это связано с улучшением диагностики и достаточной обеспеченностью врачами-урологами. Также отмечается рост заболеваемости в разрезе регионов области. Так, в северных районах наиболее высокие показатели заболеваемости МКБ в Аральском и Казалинском, которые являются эпицентром экологического бедствия.

В отделении урологии ОМЦ используется малоинвазивный метод – экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия (ЭУВЛ). Метод основан на разных способах генерации ударной волны – электрогидравлической, электромагнитной, пьезо-электрической, лазерной и т.д. (А.Ф. Даренков, Науменко 1996; Н.А.Лопаткин, 1999, Алчинбаев М.К., Малих М.А., 2004).

За истекший период в отделении урологии аппаратом «Компакт - а» производства фирмы «Дорнье», Германия - 198 больным было проведено 337 сеансов дистанционной литотрипсии.

Структура больных МКБ лиц разных возрастных групп населения представлена в таблице № 2.

Таблица 2 - Структура больных МКБ по разным возрастным группам среди мужчин и женщин

Возрастные группы	жен		муж	
	Абс.	%	Абс.	%
До 20 лет	9	4,5	6	3,0
20 - 30 лет	12	6,0	26	13,1
30 - 40 лет	20	10,1	31	15,6
40 - 50 лет	23	11,6	30	15,1
50 - 60 лет	15	7,5	14	7,0
60 и выше	7	3,5	5	2,5

Видно, что наиболее выше заболеваемость МКБ в возрасте от 20 до 50 лет (от 6,0% до 15,6%), среди лиц трудоспособного возраста.

Распределение количества сеансов ЭУВЛ в зависимости от расположения камня представлено в таблице №3.

Таблица 3 - Количество сеансов ЭУВЛ в зависимости от локализации конкрементов

Кол-во сеансов	Камни мочеточников			Камни почек
	в/3	с/3	н/3	
1 сеанс	27	16	1	40
2 сеанса	13	27	4	36
3 сеанса	8	3	7	10
Всего:	58	46	12	86

Большое значение на результативность ЭУВЛ оказывает локализация конкремента, его размеры, количество и плотность, наличие жидкостной среды вокруг камня (Н.К.Дзеранов, Н.А.Лопаткин – Урология, Москва, 2000, М.К.Алчинбаев, А.М.Малих – Вестник, ЮКМА, 2008).

Возможно, эффективность ЭУВЛ при камнях мочеточника (особенно н/3) оказывается значительно ниже, чем при конкрементах, локализованных в чашечно-лоханочной системе почки. Соответственно этому положению количество повторных сеансов при камнях мочеточников больше, чем при камнях почек.

В результате дистанционной литотрипсии у 42,4% пациентов за 1 сеанс, у 40,4% за 2 сеанса, у 17,2% за 3 сеанса произошло самостоятельное отхождение камня и его фрагментов. Двоим пациентам из-за повышенной плотности камня литотрипсия была неэффективна, проведена операция-уретеролитотомия. Наиболее частыми осложнениями литотрипсии явились гематурия (78%), каменная дорожка-почечная колика (16%), вторичный пиелонефрит (6%), которые купировались консервативным методом, в 3х случаях катетеризован мочеточник, в 7 случаях установлен стент-катетер.

Таким образом, внедрение ЭУВЛ в ОМЦ позволило существенно повысить эффективность фрагментации

камней в почках и мочеточниках у большинства больных МКБ, с наименьшим количеством осложнений в сравнении с открытым оперативным способом.

У больных периоды госпитализации и выздоровления после ЭУВЛ являются более короткими – 7,2 – 9,1 койко-дней по сравнению с аналогичными периодами после различных открытых операций – 16,1 – 18,0 койко-дней, значительно снизились частота и тяжесть послеоперационных осложнений и послеоперационная смертность.

Литература:

1. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С., Малих М.А. «Мочекаменная болезнь», г. Алматы, 2004. - С. 292.
2. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Газимиев М.С. «Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы и выбора метода лечения», г.Москва, 2006. - С.235.
3. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Малих М.А. «Современные методы лечения мочекаменной болезни», г.Алматы, 1997. - С.140.
4. Лопаткин Н.А., Дзеранов Н.К. «Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении мочекаменной болезни», Урология, Москва, 2000. - №1. – С. 3-5.

Несеп тас ауруын емдеудің экстракорпоралды әдісі И.Ж. Валишаев

Областық медициналық орталығы, Қызылорда қ.

Мақалада несеп тас ауруға шалдыққан 198 науқасты жаңа экстракорпоралды соққы-толқынды литотрипсия әдісімен емдеудің нәтижелері көрсетілген. Қызылорда Облыстық медициналық орталығында экстракорпоралды соққы-толқынды литотрипсия әдісі еңгізіп қолдануы бүйрек және несептағар тастарының үгітілу тиімділігін жоғарлатуға және ашық хирургиялық әдіспен салыстарғанда асқынулар санын барынша азайтуға мүмкіндік берді.

Extracorporeal method of treatment of urolithiasis I.Zh. Valishaev

Regional Medical Center, Kyzylorda

The article presents the results of treatment of 198 patients with urolithiasis using new method of extracorporeal shock-wave lithotripsy (ESWL). The introduction of ESWL in the Regional Medical Center, Kyzylorda has significantly increase the efficiency of the fragmentation of stones in the kidney and ureter in the majority of patients with urolithiasis with less complications compared with open operative surgery.

УДК 616.361-002: 615.03

МЕСТНЫЙ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ РОНКОЛЕЙКИНА, ВКЛЮЧЕННОГО В АУТОЛОГИЧНЫЕ ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ ОБОЛОЧКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

Ж.М. Балжанов

АО «Медицинский университет Астана», РГП «Национальный Центр Биотехнологии» РК, Астана

Одним из наиболее жизнеопасных осложнений желчнокаменной болезни является – гнойный холангит. После операции летальность при этом по данным разных авторов, колеблется от 3,4% до 88% [1-6].

Разработка миниинвазивных вмешательств на желчных протоках привело к значительному уменьшению частоты осложнений и летальности [7]. Однако в диагностике и лечении холангита по – прежнему остается ряд проблем, требующих своего решения [8].

В доступной литературе нам известны единичные исследования, где изучалось содержание в желчи больных острым холангитом провоспалительных цитокинов (ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-4) и иммуноглобулинов (IgG, IgA, sIgA) [8,9].

Цель работы: Изучить содержание основных иммуноглобулинов и интерлейкина-2 в желчи у больных острым холангитом при различных способах применения ронколейкина.

Материалы и методы:

В группу исследования вошли 60 больных острым гнойным холангитом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГККП «Первая городская больница» с 2006 года по 2009 годы. Основными критериями подбора больных являлось наличие клиники острого гнойного холангита неопухолевого генеза, подтвержденного, лабораторными и инструментальными методами исследования. При формировании группы исключались лица с хроническими воспалительными заболеваниями соединительной ткани, в том числе и аутоиммунными, а также с отягощенным аллергологическим анамнезом, эндокринной патологией.

Все больные были поделены на 3 группы. Первую группу составили 20 больных острым холангитом, которым проводилось лечение по традиционной схеме, включающей антибактериальную, дезинтоксикационную, гепатопротекторную и противовоспалительную терапию.

Во вторую группу вошли 20 больных острым холангитом в лечении которых, наряду с общепринятыми методами консервативной терапии внутривенно назначался ронколейкин в дозе 500 тыс ЕД. Третью группу составили 20 больных острым холангитом которым, применяли ронколейкин, в составе аутологичных эритроцитарных оболочек.

Для оценки иммунного статуса у больных забирали желчь после декомпрессии желчных путей, и далее из имеющейся холангиостомы.

Содержание иммуноглобулинов классов А, М, G в желчи определяли на биохимическом анализаторе Cobas integra фирмы Le Roche методом иммунотурбидиметрии. ИЛ-2 в желчи проводилась с помощью набора ProCon (ООО «Протеиновый контур» г.Санкт-Петербург) методом твердофазного иммуноферментного анализа. Статистический анализ полученных данных осуществлен по общепринятой методике с определением средней арифметической (x), среднеквадратического отклонения (б), ошибки среднего арифметического (Sx). Достоверность различий в данных определялась с помощью критерия Стьюдента (t) с уровнем значимости $p \leq 0,05$ (0,5%).

Результаты и обсуждение

Особый интерес представляет возможность накопления интерлейкина-2 у больных острым холангитом непосредственно в желчи при различных способах его введения после устранения холестаза. С учётом того, что ИЛ-2 является регуляторным цитокином преимущественно местного короткодистанционного действия, одновременно были изучены концентрации основных иммуноглобулинов характеризующие состояние местного иммунитета, в желчи.

Результаты выполненных исследований по определению концентрации ИЛ-2 и иммуноглобулинов в желчи из гепатикохоледоха при различных способах внутривенного введения ронколейкина представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Концентрация ИЛ-2 и иммуноглобулинов в желчи через 12 часов после декомпрессии ($\bar{x} \pm Sx$).

Показатели	Группы больных		
	Традиционное лечение	В/в введение ронколейкина	Эритроцитарные фармакоциты
IL-2	21,55 $\pm$ 2,74	9,15 $\pm$ 4,40	41,77 $\pm$ 4,50
IgG	0,27 $\pm$ 0,06	0,625 $\pm$ 0,267	0,698 $\pm$ 0,124
IgM	0,042 $\pm$ 0,03	0,320 $\pm$ 0,275	0,329 $\pm$ 0,083
IgA	0,340 $\pm$ 0,099	0,191 $\pm$ 0,081	0,313 $\pm$ 0,090

Как видно из данных таблицы 1 при обычном внутривенном введении ронколейкина через 12 часов содержание ИЛ-2 в желчи не только не увеличивается, а даже в среднем более чем в 2 раза ниже, чем у больных, получавших традиционное консервативное лечение ($p < 0,05$). Что касается содержания иммуноглобулинов в желчи, то здесь тоже, несмотря на более чем двукратное повышение концентрации IgG и IgM, статистически достоверных различий по сравнению с контрольной группой не установлено ($p > 0,05$). А уровень IgA даже не достоверно в 1,8 раза снижен.

У пациентов, которым ронколейкин назначался в составе эритроцитарных фармакоцитов, содержание ИЛ-2 в желчи с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) было выше, чем в группе больных, получавших традиционную консервативную терапию (в 1,94 раза) или цитокиновый препарат внутривенно (в 4,6 раза).

Если при сравнении 2-х групп больных, у которых применялись различные пути введения ронколейкина, по содержанию иммуноглобулинов 3-х основных классов в желчи не установлено, то у пациентов, получавших цитокиновый препарат в составе аутологичных эритроцитарных оболочек, наблюдалось существенное повышение концентрации IgG и IgM по сравнению с группой пациентов, получавших традиционную консервативную терапию. Так, уровень IgG был выше в 2,6 раза, а IgM – в 7,8 раза ($< 0,001$).

Полученные сведения о концентрации ИЛ-2 в желчи больных острым холангитом при различных способах введения ронколейкина имеют не только сугубо теоретическую значимость, но и существенную практическую направленность. Тот факт, что при внутривенном введении препарата цитокина уровень его в желчи через 12 часов не только не увеличивается, а, наоборот, суще-

ственно ниже, чем в случаях, когда препарат вообще не применялся трудно объяснить.

С одной стороны, ронколейкин является вообще короткоживущим цитокином и при однократном внутривенном введении через 12 часов, конечно же, вполне закономерно, что содержание IL-2 во всех тканях и биологических субстратах, включая печеночную ткань и желчь, не должно существенно изменяться. Однако, установленное значительное падение уровня названного лимфокина в желчи, возможно, является ответной реакцией иммуноцитов на предельно высокую дозу экзогенного цитокина, выражающуюся в депрессии синтеза собственного IL-2. Конечно же, это лишь наше предположение, которое ничем не подтверждено. Но на данный момент, без специально выполненных исследований другого объяснения наблюдавшемуся эффекту у нас нет.

Тем не менее, можно предполагать, что внутривенное использование ронколейкина у больных острым холангитом после выполненной декомпрессии желчных путей вряд ли оправдано.

Другое дело, если ронколейкин применялся в составе аутологичных эритроцитарных оболочек, то есть фармакоцитов. В этих случаях наблюдается почти двукратное повышение содержания IL-2 в желчи даже через 12 часов после их введения. Другими словами, имеет место целенаправленная доставка препарата цитокина в печень и в желчь, где создается его высокая концентрация и кумулятивный эффект.

Местные иммунологические последствия при этом так же достаточно информативны. В желчи происходит достоверное увеличение содержания иммуноглобулинов двух основных классов – Ig G и IgM. Это согласуется с известными данными литературы, о том, что IL-2 индуцирует повышенный синтез иммуноглобулинов, особенно IgM, подтвержденными экспериментально [10,11].

Таким образом, доказано, что применение эритроцитарных фармакоцитов с ронколейкином, по сравнению с традиционным лечением и внутривенным использованием, статистически значимо повышает содержание ИЛ-2 в желчи больных острым холангитом после декомпрессии желчных путей. Кроме того, статистически достоверно увеличивается содержание в желчи IgG и IgM, что свидетельствует о повышении местного иммунитета.

Жедел холангитпен ауыратын наукастарда аутологиялық эритроцитарлы қабықшаларға енгізілген ронколейкиннің жергілікті иммуномодуляциялаушы әсері

20 адамнан 3 топқа шартты түрде бөлінген жедел холангитпен ауыратын 60 наукастарға жүргізілген емнің нәтижелері зерттелінді. Топтарды құрастырғанда дәнекер тінінің қабынулық, соның ішінде аутоиммундық аурулары, сонымен қатар ауыр аллергологиялық анамнезі және эндокринді патология бар адамдар алынған жоқ.

Өт жолдарының декомпрессиясын жүргізіп, кейін бар холангиостомия арқылы жергілікті иммунитет жағдайын бағалау үшін наукастардан өтті жинады.

Ронколейкин қосылған эритроцитарлы фармакоциттерді қолдану дәстүрлі емге және препараттарды көктамыр ішілік енгізуге қарағанда өт жолдарының декомпрессиясынан кейін жедел холангитпен ауыратын наукастардың өтінде ИЛ-2 мөлшерін статистикалық түрде мәнділік жоғарылататыны анықталды. Одан басқа, өтте IgG және IgM мөлшері статистикалық нанымды көбейеді, бұл жергілікті иммунитеттің жоғарылағанын көрсетеді.

Local immune-modulating effect of roncoleukin included in autologic eritrocitary shells in patients with acute cholangitis

Researched results of treatment of 60 patients with acute purulent cholangitis, conditionally divided on 3 groups with 20 patients in each. In compound of groups eliminated patients with chronic inflammatory diseases of connection tissues, also with autoimmune, allergic anamnesis and endocrinic pathology.

For count of local immunity was taken the bile after decompression of bile ducts from cholangiostomy.

Defined, that 'usage of eritrocitary farmacocytes with roncoleukin in compare with traditional treatment and intravenous usage of drug, statistically increase the level of interleukin-2 in bile of patients with acute purulent cholangitis after decompression of bile ducts. The same time statistically for sure increase the content of IgG and IgM in a bile, that testifies of increase of local immunity.

Литература:

1. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит (вопросы патофизиологии и лечения). 50 лекций по хирургии / Под редакцией В.С. Свельева. М.: Триада – X, - 2004. - С. 401-412.
2. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: Клинические формы, определение степени тяжести, лечение: Диссертация на соискание ученой степени д.м.н. М., 1994, 250 с.
3. Рыбачков В.В., Дряженков К.Т., Кабанов Е.Н. Причины эндогенной интоксикации при гнойном холангите // Анналы хирургической гепатологии. - 2009, Т.14, №2, - С. 28-32.
4. Машинский А.А., Лотов А.Н., Хариде С.С., Шкроб О.С. Гнойный холангит // Хирургия. - 2002, №2. - С. 58-65.
5. Паршиков В.В., Измаилов С.Т., Медведев А.П. и др. Антибактериальная терапия при гнойном холангите // Анналы хирургической гепатологии. - 2009, Т.14. - №2, - С. 33-37.
6. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Патогенез и лечение острого гнойного холангита // Анналы хирургической гепатологии, 2009, т.14, №4, с. 13-21.
7. Гальперин Э.И., Котовский А.Е. Лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и холангитом. Пленум эндоскопических хирургов. - СПб, 2003, - С. 56-60.
8. Седов А.П., Парфенов И.П., Ярош А.Л. и др. Оценка изменений слизистой оболочки желчных протоков и состава желчи при остром холангите // Анналы хирургической гепатологии. - 2009, Т.14, - №2, - С. 22-27.
9. Ярош А.Л. клинко-экспериментальное изучение нарушений иммунитета при гнойном холангите: Автореферат диссертации на соискание ученой степени к.м.н. Курск, 2005, - С.22.
10. Faist E., Nestle C., Schuebel I. et al. Dynamics of immunoglobulin synthesis after major trauma. Influence of recombinant lymphokines// Arch.surg., 1989, v.124, p.1437-1442.
11. Ertel W., Faist E., Nestle C. et al. Effect of recombinant lymphokines on proliferation and Ig-synthesis of B-lymphocytes after major trauma. The 33-zd World Congress of surgery Abstract Book, Toronto, Canada, September 10-16 1989 Toronto 1989.

УДК 616.366-003.7-089.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**А.А. Кусаинов, В.Б. Нуркенова, М.А. Зейнелова, Б.С. Уалиев, М.А. Пайзуллаев*****Государственный медицинский университет г.Семей***

Острый холецистит – воспалительный процесс во внепеченочных путях с преимущественным поражением желчного пузыря, при котором происходит нарушение нервной регуляции деятельности печени и желчных путей по выработке, а также изменения самих желчных путей на почве воспаления, застоя желчи и холестеринемии.

В настоящее время острый холецистит стал одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний в стационарах. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах. Это связано как с поздней госпитализацией пациентов, так и с несовершенством хирургической тактики. У этих больных, как правило, страдающих рядом тяжелых сопутствующих заболеваний, показатель летальности от острого холецистита нередко достигает 27%. Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, снижающих риск операции и расширяющих возможности хирургического лечения пациентов.

Для практического применения можно рекомендовать следующую классификацию острого холецистита:

I. Острый первичный холецистит (калькулезный, бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный холецистит (перитонитом, холангитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

II. Острый вторичный холецистит (калькулезный и бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный (перитонитом, холангитом, панкреатитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

До настоящего времени наиболее спорными вопросами в лечении острого холецистита являются сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции. Выбор лечебной тактики определялся патоморфологической формой острого холецистита, наличием его осложнений и степенью операционно-анестезиологического риска.

Сроки оперативных вмешательств при остром холецистите (унифицированная терминология, 1987 г.)

I. Экстренная операция - производимая после необходимой кратковременной предоперационной подготовки не более 2-х часов и перитоните.

II. Ранняя срочная - выполняемая в первые 24-72 часа при неэффективности консервативной терапии, при прогрессировании желтухи.

III. Плановая (поздняя) - осуществляемая через 7-10 дней после купирования приступа.

В течение первых 2 часов после поступления показана экстренная операция тем больным с острым холециститом, у которых отмечается ухудшение заболевания, несмотря на энергичное лечение с применением антибиотиков. Ранняя операция показана после затихания воспалительного процесса спустя 2-3 суток от начала приступа, больным, страдающим острым

калькулезным холециститом. Ранняя операция способствует быстрейшему выздоровлению больных и предупреждению возможных осложнений при консервативном лечении. При плотных инфильтратах, когда ткани плохо дифференцируются и с трудом разделяются, выполнение холецистэктомии представляет определенную техническую сложность и сопряжено с высоким риском повреждения желчных протоков и сосудов гепатодуоденальной связи.

Принято считать, что срочные операции в ближайшие 2 - 3 суток с момента поступления больных в хирургическое отделение необходимо выполнять при отсутствии эффекта от консервативной терапии и сохранении симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений. При отсутствии признаков интоксикации и перитонеальной симптоматики обычно рекомендуется продолжать консервативную терапию. Однако следует отметить, что проведение консервативной терапии у больных острым холециститом далеко не всегда способствует полному стиханию воспалительного процесса, в связи с чем, оперативные пособия приходится выполнять уже на фоне ухудшения общего состояния пациентов. При этом операционно-анестезиологический риск и частота послеоперационных осложнений возрастают. Особенно это характерно для пациентов пожилого и старческого возраста, а также лиц с сопутствующей патологией систем кровообращения и дыхания, сахарным диабетом, функциональные резервы и компенсаторные возможности которых значительно снижены.

Задержка с операцией иногда может быть обусловлена, как это ни парадоксально, успехами современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии. В условиях современной интенсивной терапии требуется особый подход к анализу состояния больных и использование объективных методов оценки динамики воспалительного процесса в стенке желчного пузыря.

Внедрение в широкую клиническую практику неинвазивных ультразвуковых методов диагностики дало возможность быстро и объективно оценить степень воспалительных изменений в стенке желчного пузыря и определить наличие перивезикальных изменений у большинства пациентов и в определенной степени прогнозировать течение острого холецистита.

Ранние операции позволяют добиться улучшения результатов лечения острого калькулезного холецистита за счет своевременной ликвидации патологического очага и устранения причины развития интоксикации. Признаками, свидетельствующими о прогрессировании воспаления, служили: ухудшение визуализации наружного контура желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связи; увеличение зоны повышенной эхогенности, прилежащей к желчному пузырю; появление в стенке желчного пузыря зон с отсутствием кровотока; наличие признаков окклюзионного холецистита.

Одним из серьезных вопросов является выбор и определение вида операции, который в данное время включает: лапаротомию, холецистэктомию из мини доступа, лапароскопический вид операции.

Широкая лапаротомия у пациентов с исходным высоким операционно-анестезиологическим риском значительно увеличивает операционную агрессию, способствует возникновению таких осложнений, как острая сердечнососудистая недостаточность, пневмония, печеночная недостаточность.

В то же время следует особо отметить, что выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа или лапароскопической холецистэктомии не должно быть самоцелью. При наличии технических трудностей попытки, во что бы то ни стало, закончить операцию данным способом значительно увеличивает риск возникновения серьезных осложнений. Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, летальности, а также экономической эффективности свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики с применением малоинвазивных оперативных вмешательств при остром холецистите.

Преимущества малоинвазивных хирургических вмешательств увеличивают также возможность выполнения холецистэктомии у пациентов с повышенным операционно-анестезиологическим риском.

Активная тактика лечения пациентов с острым холециститом должна базироваться на точных сведениях о характере, распространенности и динамике воспалительного процесса, которые необходимо получить в течение первых суток с момента госпитализации пациента. Современные ультразвуковые методы позволяют получить достаточно надежную объективную информацию и выбрать адекватную лечебную тактику у большинства пациентов с острым холециститом.

При активной хирургической тактике средняя продолжительность предоперационного периода составила 2,6 дня, а общая продолжительность лечения - 12,3 дня. Следует отметить, что при срочных операциях предоперационное время должно отводиться хирургу не столько для наблюдения за течением острого холецистита и оценки эффективности консервативной терапии, сколько для обследования больного, проведения дезинтоксикационной терапии и коррекции нарушенных функций жизненно важных систем организма.

Таким образом, новые технологии и рациональные тактические подходы в диагностике и лечении боль-

ных с острым холециститом улучшают результаты лечения и сокращают период пребывания пациентов в хирургическом стационаре. При остром катаральном и флегмонозном холецистите без признаков перивезикального процесса более эффективны лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минилапаротомного доступа. При остром деструктивном холецистите, осложненном перивезикальным абсцессом, а также при всех формах острого холецистита, осложненного механической желтухой, которую не удалось разрешить эндоскопически в предоперационном периоде, наиболее рациональным является традиционное хирургическое вмешательство. При выполнении открытого хирургического вмешательства при остром холецистите наиболее рациональным является вертикальный трансректальный доступ.

Литература:

1. Галкин В.А., Линденбрaten Л.А., Логинов А.С. «Распознавание и лечение холецистита», - М., - Медицина, 1983 г.
2. Савельев В.С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., - 1986;
3. Хегглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней», - М., - 1991.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. // Вестник РГМУ. - 2000. - №3. - С. 21 - 26.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И. Лечение больных острым холециститом. / В кн.: Актуальные вопросы практ. медицины. - М. - 1997. - С. 242 - 248.
6. Кузнецов Н.А., Байбакова Е.К., Иваненко Ж.Ф., Назаренко В.А., Кузнецов А.Н. Диагностика и тактика лечения различных форм острого холецистита. // Клинический вестник. - 1997. - №3. - С. 10 - 11.
7. Кузнецов Н.А., Семенова Т.В., Харитонов С.В., Зинякова М.В., Титкова И.М., Бронштейн А.Т. Роль ультразвуковой доплерографии в диагностике калькулезного холецистита. - В кн.: Современные проблемы практической хирургии. - М. - 2000. - С. 101 - 109.

Жедел холецистит кезіндегі хирургиялық тактика

А.А. Құсайынов, В.Б. Нуркенова, М.А. Зейнелова, Б.С. Уалиев, М.А. Пайзуллаев

Абдоминалды хирургияның қазіргі кездегі даму кезеңі клиникалық тәжірибеге жаңа жоғары технологиялық диагностикалық әдістердің және операция қаупін төмендететін, науқастарды хирургиялық емдеу мүмкіндіктерін кеңейтетін аз инвазивті хирургиялық араласудың еңуімен сипатталады. Жедел холециститі бар науқастардың белсенді емі науқастың госпитализациясының бірінші тәулігі аралығында алынуға қажетті қабыну үрдісінің сипаты, таралуы және динамикасы туралы нақты мәліметтерге негізделуі керек.

Surgical tactic in case of acute cholecystitis

A.A. Kusainov, V.B. Nurkenova, M.A. Zejnelova, B.S. Ualiev, M.A. Pajzullaev

The present stage of development of abdominal surgery is characterised wide introduction in clinical practice of new hi-tech diagnostic methods and small invasive surgical interventions reducing risk of operation and dilating possibilities of surgical treatment of patients. Active tactics of treatment of patients with an acute cholecystitis should be based on exact data on character, prevalence and dynamics of inflammatory process which are necessary for receiving within the first days from the moment of hospitalisation of the patient.

УДК 614.2:614.39

**СОСТОЯНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ОСТРЫХ ПАТОЛОГИЯХ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ****О.Г. Таштемирова, С.У. Сыздыков, А.К. Ситказинов, Р.Л. Жалтыров, С.Ю. Зуев**
Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей,
Областная больница им. Г. Султанова, Павлодар, РК

До настоящего времени остается актуальной проблема своевременной и точной диагностики острых заболеваний органов брюшной полости [1]. Результаты оперативного лечения неотложных хирургических заболеваний находятся в прямой зависимости от своевременной госпитализации больных [2, 3]. Трудности диагностики этих заболеваний объясняются наличием общих симптомов, атипичным течением патологического процесса в связи с различной реактивностью организма, а также развитием осложнений [4].

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости, общей летальности, послеоперационной летальности, оперативной активности при некоторых острых заболеваниях органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 5416 медицинских карт стационарных больных, пролеченных в хирургическом отделении областной клинической больницы им. Г. Султанова с острыми заболеваниями органов брюшной полости за три года (2009-2010г.г.).

В экстренном порядке поступило 4488 (82,87%) человек, умерло 177 (3,2%) больных, 44,5% (2411 человек) составили сельские жители. Оперированы 3708 (68,46%) больных, из них в экстренном порядке 2695 (72,68%), что составляет 49,76% больных, от числа поступивших, умерло после операции 136 пациентов. Средняя послеоперационная летальность составила 3,67%.

Более подробный анализ заболеваемости, общей летальности, послеоперационной летальности, оперативной активности проведен по следующим нозологиям: острому аппендициту, острому панкреатиту, острому желудочно-кишечному кровотечению.

Результаты исследования.

Острый аппендицит. За три года в областную клиническую больницу им. Г. Султанова было госпитализировано 711 (26,38% от общего числа экстренных больных) больных с диагнозом острый аппендицит, из них оперировано 531 (74,68%) пациентов. Пик заболеваемости приходится на 2008 год – 259 больных госпитализировано с диагнозом острый аппендицит.

Общая летальность за три года составила 0,14% – умер один больной. Из 711 больных, поступивших с диагнозом острый аппендицит, мужчин было 367 (51,62%) человек, женщин – 344 (48,38%) человек. Наибольшее количество больных приходится на возрастную категорию от 18 до 30 лет – 416 (58,51%) больных.

Из 531 оперированных больных по поводу острого аппендицита с ОКА 92 (17,33%) пациента, ОФА 361 (67,98%) человек, ОГА 78 (14,69%) больных. У больных, оперированных по поводу острого аппендицита, местный перитонит наблюдался у 73 (13,75%) человек, разлитой у 13 (2,45%) человек, аппендикулярный инфильтрат у 24 (4,52%) пациентов. Послеоперационные осложнения развились у 10 (1,88%) больных в виде нагноения раны.

Хирургическая помощь 445 (62,59%) больным с острым аппендицитом была оказана в первые 24 ч от момента поступления, а 266 (37,41%) в более поздние сроки от момента заболевания. Следует отметить наметившуюся за последние три года тенденцию к увеличению удельного веса госпитализированных больных в поздние сроки от начала заболевания (более 24 ч): с

78 (35,14%) в 2008г. до 97 (41,99%) в 2010г., что, несомненно, сказалось на исходах лечения.

Из 180 не оперированных больных, поступивших с диагнозом острый аппендицит, при обследовании у 28 пациентов были выявлены: ОКН у пяти человек, острый панкреатит у трех человек, ЖКБ. Острый холецистит у семи человек, МКБ у двух человек, перитонит неясной этиологии у одного человека, перфорация ДПК у одного, терминальный илеит, тифлит у трех человек, ЯБЖ у одного, гинекологические заболевания у двоих человек, расслоение брюшной аорты у одного, хронический гастрит у одного человека, хронический пиелонефрит у одного человека, а 152 больным выставлен диагноз «Кишечная колика». Наибольшее количество не оперированных больных, поступивших с диагнозом «Острый аппендицит» зарегистрировано в 2008 году.

Острый панкреатит. За период 2008-2010 г. было госпитализировано 259 (9,61% от общего числа экстренных больных) больных с диагнозом острый панкреатит, из них оперировано 24 (9,27%) пациентов. Отмечается ежегодный рост заболеваемости.

Общая летальность составила 3,09% (8 человек). За три года летальность уменьшилась на 2,7%, так 2008 году умерло 4 человека, а 2009 году 1 больной.

Из 259 больных, поступивших с диагнозом острый панкреатит, мужчин было 117 (45,17%) человек, женщин – 142 (54,83%) человек. Наибольшее количество больных приходится на возрастную категорию от 40 до 49 лет – 51 (19,69%) больных.

Желудочно-кишечные кровотечения. За период 2008-2010 г. в областную клиническую больницу им. Г. Султанова были госпитализированы 156 (5,79% от общего числа экстренных больных) больных с диагнозом острое желудочно-кишечное кровотечение. Из них мужчин было 87 (55,77%) человек, женщин – 69 (44,23 %) человек. Наибольшее количество случаев ЖКК приходится на возрастную категорию старше 60 лет – 39 (25 %) больных, далее следует категория больных от 51 до 60 лет – 38 (24,36 %) больных и от 41 до 50 лет – 36 (23,08 %) больных.

Кровотечения язвенной этиологии диагностированы у 114 (73,08 %) больных, а 26,92 % (42 человека) приходится на ЖКК не язвенного генеза (синдром Мэллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, геморрой, ВІ ЖКТ). Отмечается ежегодный рост заболеваемости ЖКК в основном за счет больных с язвенной этиологией кровотечения.

В ранние сроки с момента заболевания (до 24 часов) госпитализировано 143 (91,7%) больных, а 13 (8,3%) больных поступили позже 24 часов. Консервативно было пролечено 122 (78,2 %) больных, из них 40 (32,8 %) пациентам проведен эндоскопический гемостаз. Оперировано по поводу ЖКК 34 (21,79 %) больных. Оперативная активность за три года увеличилась на 7,69%.

Общая летальность при ЖКК составила 15,38% (24 человека), наибольший процент летальных исходов приходится на возрастную категорию от 60 до 79 лет и составляет 58,33% (14 человек) от числа умерших больных. Отмечается тенденция снижения летальности с каждым годом, так в 2008 году умерло от ЖКК 10 больных, а в 2010 году – пять человек.

Выводы. Таким образом, анализ заболеваемости, общей летальности, послеоперационной летальности,

оперативной активности, проведенный по следующим нозологиям: острому аппендициту, острому панкреатиту, острому желудочно-кишечному кровотечению, показал, что пик заболеваемости приходится на 2010 год, когда зарегистрировано наибольшее количество больных, поступивших с экстренной хирургической патологией. Наибольший процент заболеваемости приходится на возрастную группу от 40-60 лет, а летальности старше 60 лет. Осложнения в послеоперационном периоде чаще наблюдаются у больных, поступивших позже 24 часов от момента заболевания. Следовательно, для улучшения результатов лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо, в первую очередь, совершенствовать систему преемственности в работе поликлиник, терапевтических и хирургических стационаров, особенно пациентов пожилого и старческого возраста, создание условий для организации работы стационаров одного дня. Увели-

чить процент плановых операций за счет ранней выявляемости и санации хирургической патологии брюшной полости.

Литература:

1. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2001. - №1. - С.27-32.
2. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения хирургии грыж живота М.: «Профиль», 2005. -174 с.
3. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Оптимизация лечения панкреонекроза — роль активной хирургической тактики и рациональной антибиотикотерапии и// Анналы хир.- 2000.- № 2.- С. 12-16.
4. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis // Pancreatolgy.- 2002.- N2.- P.565-573.

Кейбір құрсақ қуыс мүшелерінің өткір патологиясының жедел көмек көрсету жағдайлары

О.Г. Таштемирова, С.У. Сыздыков, А.К. Ситказинов, Р.Л. Жалтыров, С.Ю. Зувев

Жалпы өліммен аяқталған операциядан кейінгі ауруларға талдау жүргізілді, құрсақ қуыс мүшелерінің жедел патологияларының кейбір белсенділігі соңғы үш жылда 40-60 жастағы жас мүшелер топтарында аурудың көрсеткіші көбірек байқалды, ал өліммен аяқталу 60 жастан жоғары екендігі көрінді. Операциядан кейінгі кезеңнің асқынулары көбінесе, ауыру уақытынан 24 сағаттан кейін ауруханаға түскендерден байқалады.

The condition of the urgent help in some acute pathology of the abdominal cavity organs

O.G. Tashtemirova, S.U. Syzdykov, A.K. Sitkazinov, R.L. Zhylytyrov, S.U. Zuev

There was made the analyses during three years of the common lethality, post operative lethality, operative activity, on some acute pathology of the abdominal cavity organs, which showed the highest percent of the sickness rate in age group of 40-60 years, and lethality is over 60 years. The complication in the postoperative period is more frequent than in patients accepted to the hospital later than in 24 hours from the moment of falling ill.

УДК 616.366-003.7-089

АППЕНДИЦИТТІҢ АТИПТІ ФОРМАЛАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ ҚИЫНДЫҚТАРЫ

А.А. Кусаинов, М.А. Пайзуллаев, М.Н. Жуманов, М.А. Зейнелова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Өз уақытында анықталып, операция жасалынған жедел аппендицит ешқандай асқынуларға әкелмейді. Алайда бұл кездегі леталды жағдайлар 0,1 – 0,15% жетеді. Бұл аурудың хирургтың араласуынсыз өлімге әкелетіні белгілі, көп жағдайларда ол наукастың дәрігерге кеш қаралуымен, кеш диагностикалануымен, немесе операцияның мақсатсыз ұзаққа созылуымен, хирург қателесуімен түсіндіріледі. Осы аурудың дәрігерлерге жақсы таныс болуына қарамастан, қазіргі кезде оның диагностикалануындағы қателіктер әлі де жиі кездеседі. Тек 80 – 85% жағдайларда дәрігерлер жедел аппендициттің дұрыс диагнозын қойып, дер кезінде операция жасайды.

Диагностикалау қиындықтары ауру дамуының жылдамдығына байланысты дамиды, мұнда бір симптом екіншісін жылдам алмастырады, ал асқынудың дамуы клиникалық көрінісін басып тастауы мүмкін.

Клиникасының көп түрлілігі негізінен екі себепке байланысты:

- Ауру кезеңіне және соқыр ішектегі патологоанатомиялық өзгерістерге
- Соқыр ішектің іш қуысындағы орналасуына және қабыну үрдісіне оның айналасындағы тіндердің және ағзалардың қатысуына

Бұл аталғандар басты себепкер болғанымен, басқа жағдайлар да әсер етуі мүмкін. Көбінесе мұндай жағдайлар хирургты диагноз қоюда және операцияға көрсеткіштерді анықтауда қиын жағдайда қалдырады. Мысалы: ағза реактивтілігінің түрлі дәрежесі, инфекция вируленттілігі және жүрек-қан тамыр жүйесі не басқа да ағзалардың (мысалы: гинекологиялық) патология-

ларының сипаттарының көрінуі, қарттардағы аппендициттің жасырын өтуі т.с.с. Операциядан кейінгі кезеңде – техникалық, тактикалық, ұйымдастырушылық т.б. түрлі себептерден пайда болған асқынулар болуы мүмкін.

Жедел аппендицитпен түскен 20% жуық науқастар динамикалық бақылауды және ажырату диагностикасын жүргізу мақсатында басқа да мамандардың кеңестерін қажет етеді. Олардың 14,55% - да аппендицит диагнозы алынып тасталуы мүмкін. Ал, 70% жуығында ас қорыту ағзаларының аурулары (гастриттер, колиттер, гастроэнтероколиттер, холециститтер және т.б.), 20% -да урологиялық, 6,6% - да гинекологиялық, 3%-да басқа, яғни іш қуысы ағзаларының патологиясымен байланысты емес (пневмониялар, баспа, ЖРВИ, радикулиттер және т.б.) аурулар анықталады. 5,5% науқастарға операция жасалынады, олардың 4,6%-на жедел аппендицит, 0,9%- басқа диагноз қойылады (асқазан ойық жарасының перфорациясы, жедел холецистит, жедел ішек өтімсіздігі және т.б.).

Жедел аппендицит диагнозымен операция жасалынғандарының ішінен атипті клиника 30,5%-да байқалған, ал жалпы операция жасалынғандарының ішінен (3351 науқас) 1,3% құрайды.

7,3% науқастарда дизуриялық бұзылыстар, 5,9% науқастарда зәрінде өзгерістер анықталған. Бұл көрініс жиі аппендикстің жамбас қуысында орналасуында, яғни деструкцияланған өсінді қуыққа жабысып қалғанда, ішастардан тыс, бүйрек аймағында орналасуында кездеседі. Соқыр ішек өсіндісі жамбас қуысында

орналасып, қуыққа жабысып қалса саусақпен ректалды зерттеу кезінде – оң жақ бүйір аймағындағы ауырсыну анықталады, қолтық астындағы және ректалды температуралар арасындағы айырмашылық 1°C , не одан жоғары болуы мүмкін.

6,3%- наукастарда диарея, 1%- шырышты диарея жағдайлары кездеседі. Бұл симптомдар аппендикстің сол жақ жамбас қуысында орналасуы кезінде анықталады. Диарея себебі - іріңді- гангренозды деструкция кезіндегі жоғары интоксикация, не аппендикстың жамбас қуысының сол жағында орналасып, оның сигмаға не тоқ ішектің ректосигмоидты бөлігіне жабысып, қабыну үрдісіне олардың да қатысуы.

Ас-токсико инфекциясымен инфекциялық стационарларға түсетін наукастардың 1,9% - да жедел деструктивті аппендицит анықталады. Мұндай жағдайларда ажырату диагностикасын жүргізу мақсатында спазмолитиктерді енгізу, инфузиялық терапияны жүргізу маңызды орын алады. Осы кездегі ауырсындың басылуы, локалды симптомдардың жоғалуы «жедел аппендицит» диагнозын жоққа шығарады.

1,2%-1,6% жағдайларда жедел аппендиците аппендикстің бауыр астылық орналасуына байланысты жедел холециститтің клиникалық көрінісі байқалады. Ауырсыну эпигастриде, оң жақ қабырға астында не іштің оң жақ аймағында, белде пайда болады. 2,8%-да бұл ауырсынулар оң жақ мықын аймағында локализацияланып, дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді. Жедел холецистит клиникасы кезінде УДЗ - өт қабындағы деструкцияның бар – жоқтығын анықтауға үлкен көмек көрсетеді.

Төс асты аймағындағы өткір ауырсынулар кезінде, тіпті олар кейін оң жақ мықын аймағына локализацияланса да, асқазан ойық жарасының тесілуімен ажырату диагностикасын жүргізуге тура келеді. Іш қуысында бос газдың болуы перфорацияланған жараны дәлелдейді, алайда газдың болмауы оны жоққа шығармайды. Түсініксіз жағдайларда Александер бойынша пневмогастрография (1940), эффе́ктивтілігі 93% жететін лапароскопия көмек көрсете алады.

Соқыр ішек өсіндісінің мезоцекалды орналасуы кезінде, ішастар түбінде орналасуы кезінде жедел аппендицитті жедел ішек өтімсіздігімен ажырату диагностикасын жүргіземіз.

Көбінесе жедел аппендиците субфебрильді температура байқалады (38°C жоғары емес). Температураның 38°C жоғарылауы кеш мезгілдерде, іріңді – септикалық асқынулар дамыған кезде (периаппендикулярлы абсцесс, перитонит, түрлі локализациядағы іш қуысы абсцестері) пайда болады. Белгісіз диагнозбен түскен наукастардың 69,5%-да, жалпы операция жасалғандардың 2,3%-да лейкоцитоздың болмауымен және қалыпты температурамен сипатталатын түсініксіз клиника байқалады.

Жедел аппендицитке тән аурудың басталуы, ауырсындың локализациясы наукастардың тек 36,6% байқалып, қалғандарында ауырсындың сипаты және локализациясы түрліше болған. Ровзинг симптомы

наукастардың-25%, Ситковский симптомы-22%, Щеткин–Блюмберг симптомы-5,9%, бұлшықеттік дефанс-7,8% анықталған.

Хирургтардың диагностикалық қателігі орташа мөлшермен-2,4% құрайды, оның 2,2%-гипердиагностика жағына, 0,2%-гиподиагностика жағына ауытқиды. Ең маңыздысы – операцияның орындалу уақыты. Неғұрлым операция ерте орындалса, соғұрлым нәтиже де жақсы болады. Ауру басталғаннан кейінгі алғашқы 6 сағатта операция жасалынғандардың ішінде летальділік 0,06%-0,1%, 24 сағатқа дейінгілердің ішінде 0,18–0,24%, 24 сағаттан кейінгілерде 0,6–1,0% құрайды. Летальділік аурудың морфологиялық формаларына, асқынуларға, наукас жасына байланысты.

Катаральды аппендиците летальділік болмауы қажет. Ол қосалқы аурулардың салдары, аппендициттің гипердиагностикасы болып табылады. Катаральды аппендицитке жасалған аппендэктомияның кейінгі нәтижелерін зерттеу наукастардың 38% шағым айтатынын көрсетті. Осылайша, түсініксіз әрі атипті клиникалық жағдайлар кезінде динамикалық бақылау, спазмолитиктерді, жүректік дәрілерді енгізу қажет. Қосымша зерттеу тәсілдерінің ішінен кеуде қуысының шолу рентгеноскопиясы және-графиясы (пневмония), физикальды зерттеулер, УДЗ, лапароскопия, ЭКГ, эхокардиография көмектеседі. Жедел аппендицитке симптомдарының пайда болуының кезектілігі тән екендігін ескергеніміз жөн. Бұған бірталай хирургтар, әсіресе Мерфи, Нелюбович және тағы басқалары үлкен дифференциалды диагностикалық мән берген.

Мерфи бойынша олардың кезектілігі төмендегідей: Ауырсыну жиі эпигастралды аймақта немесе кіндік аймағында орналасады, локализациясы айқын емес. Жүрек айну немесе құсу. Оң жақ мықын аймағын пальпациялаған кездегі локальды ауырсыну. Дене температурасының жоғарлауы. Лейкоцитоз.

Көп жағдайларда аппендициттегі клиникалық симптомдардың пайда болуының мұндай кезектілігі кездеседі. Мұны хирургтар қатаң ескерген жөн.

Литература:

1. Шевхужев З.А., Канаматов М.Х. Эндолимфатическое введение препаратов при лечении осложнений острого аппендицита. // Хирургия. - 1993. - № 4. - С.36-38.
2. Девятов В.А., Петров С.В. Причины гнойных осложнений после аппендэктомии. // Хирургия. -1991.- № 3.- С. 103-106.
3. Каншин Н.Н., Воленко А.В., Файнберг К.А. и др. Осложнения заживления раны после аппендэктомии. Медицинские и экономические аспекты. // Хирургия. - 1991.- № 9.- С. 119-123.
4. Комаров Н.В., Сиднев Г.В. Актуальные вопросы лечения острого аппендицита. // Клин. хир. -1993.- № 2.- С. 56-60.
5. Мазурик М.Ф., Насонов П.И., Бескоровайный А.М. и др. Причины летальных исходов при остром аппендиците. // Клин. хир. -1990.- № 4.- С. 18-19

Трудности диагностики при атипичных формах аппендицита

А.А. Кусаинов, М.А. Пайзуллаев, М.Н. Жуманов, М.А. Зейнелова

Острый аппендицит, вовремя распознанный и своевременно оперированный, как правило, не приводит к осложнениям. Однако летальность при нем достигает 0,1-0,15%. Несмотря на то, что это заболевание хорошо знакомо врачам, в настоящее время ошибки в диагностике его встречаются еще довольно часто. Многообразие клиники зависит главным образом от двух причин: стадии заболевания и патологоанатомических изменений в червеобразном отростке.

Difficulties of diagnostics atypical forms of appendicitis

A.A. Kusainov, M.A. Payzullaev, M.N. Zhumanov, M.A. Zeynelova

The acute appendicitis in time distinguished and in time operated, as a rule, does not lead to complications. However the mortality it reaches 0,1-0,15 %. In spite of the fact that this disease is well known to doctors, now mistakes in diagnostics meet still often. The variety of clinic depends mainly on two reasons: stages of disease and pathoanatomical changes in appendix.

УДК: 616.69

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ**И.Ж. Валишаев****Областной медицинский центр, г. Кызылорда**

Болезнь Пейрони – очаговый фиброз белочной оболочки полового члена, приводящий к нарушению соотношения коллагеновых и эластичных волокон в ней (Lacano F. Et al., 1993).

Клинически данная патология проявляется в виде искривления полового члена и болей в нем во время эрекции, что делает половую близость затруднительной либо невозможной примерно у 40% пациентов. Ежегодный прирост заболеваемости болезнью Пейрони составляет 25,7 человека на 100 тыс. населения (Lindsay M.B., 1984).

Цель нашей работы – определение эффективности консервативной медикаментозной терапии в сочетании с тройным физиотерапевтическим воздействием на патологический очаг при болезни Пейрони.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 12 пациентов с болезнью Пейрони, возраст которых составил $34,8 \pm 1,9$ года, давность заболевания составила от 2 месяцев до 1,2 года, искривление полового члена от 15° до 90° при эрекции. Болевой синдром и дискомфорт в эрегированном половом члене отмечали 98% пациентов.

Диагностика проводилась на основании жалоб больных, наличия пальпируемых бляшек в половом члене, данных ультразвуковой серошкальной эхографии (УЗИ-аппарат «Тошиба» с использованием мультиточечного линейного датчика с частотой 9 МГц),

определения степени кривизны полового члена на аппарате отрицательного локального давления (аппарат АПИ-1).

Пациенты были разделены на одинаковые 2 группы по 6 человек, по степени искривления полового члена, болевого синдрома, размеров и расположения бляшек, давности заболевания.

В исследуемой группе проводилась комплексная терапия с применением витамина Е (токоферол) в дозе 800 мг в сутки, тамоксифена 40 мг в сутки, внутривенного введения 4 мг верапамила (ежедневно) и одновременного назначения трех видов физических факторов в один сеанс процедуры – инфракрасного излучения (аппарат «ЛИК-5» контактно 10 мин), ультразвукового воздействия (аппарат «УЗТ-101У» контактно 15 мин), электрофореза с лидазой («Поток-1» 15-20 мин). Больным контрольной группы назначалась терапия с применением витамина Е (токоферол) в дозе 800 мг в сутки, тамоксифена 40 мг в сутки, ультразвукового воздействия (аппарат «ЛИК-5» контактно 15 мин), электрофореза с лидазой (аппарат УЗТ-101У 15-20 мин). Курс лечения составил в обеих группах 10 дней с перерывом на 1 воскресный день с дальнейшим назначением тамоксифена и токоферола в тех же дозировках сроком до 2 месяцев.

Таблица 1 – Динамика клинических проявлений в исследуемых группах в результате лечения.

Клинические проявления	Исследуемая группа				Контрольная группа			
	До лечения	5 день	10 день	30 день	До лечения	5 день	10 день	30 день
Дискомфорт, боль в половом члене	++	±	-	-	++	++	±	-
Искривление полового члена	++	±	-	-	++	++	±	±
Уменьшение и «разрыхление» бляшек	-	±+	++	+	-	-	±	±
Качество эрекции	-	±	++	++	-	±	±	±

Результаты и обсуждение. На основании проведенного наблюдения при применении консервативной терапии в основной группе практически полностью купирован болевой синдром, искривление полового члена, отмечено размягчение бляшек уже к пятому дню лечения, в сравнении с контрольной группой.

Регресс основных клинических проявлений в процессе лечения представлен в таблице.

Контроль клинических проявлений заболевания в динамике проводился на основании субъективных жалоб пациента, пальпаторного исследования полового члена, УЗИ-исследования размеров и экоструктуры бляшек.

Из приведенных выше данных видно, что применяемая нами методика консервативной медикаментозной терапии в сочетании с тройным физиотерапевтическим

воздействием на патологический очаг при болезни Пейрони позволила в два раза повысить эффективность лечения и регресса клинических проявлений заболевания.

Таким образом, данный вид лечения является высокоэффективным, доступным для применения в повседневной урологической практике.

Литература:

1. Дмитриев Д.Г., Пермякова О.В. Аспекты патогенеза эректильной дисфункции при болезни. Андрол. и генит.хир.2001. – 2. – С. 7-11.

2. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Щеплев П.А. и др. Комбинированная терапия фибропластической индурации полового члена. Андрол. и генит.хир.2003. – 1. – С.13-16.

Пейрони ауруының консервативтік емі**И.Ж. Валишаев**

Пейрони ауруының консервативтік емінде медикаментоздық терапияны 3 факторлы физиотерапиялық әсерінен, біз емдеген 12 пациентте жоғары нәтиже алынды және монотерапиямен салыстырғанда ем жоғары әсерлі екендігі анықталды.

Conservative treatment of Peyronie's disease**I.Zh. Valishaeв**

Application of the technique of conservative medical therapy in combination with the triple action of physiotherapy on the pathological focus in Peyronie's disease compared with monotherapy in 12 patients treated by us allowed us to obtain highly effective results.

УДК 616.345-001-07

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА

А.А. Бекимов, К.К. Смаилов
Военный госпиталь, г. Семей

Травмы и заболевания органов опоры и движения занимают второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье — среди причин инвалидности и смертности.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире вследствие травм погибают 3,5 млн. человек, а более 2 млн. травмированных людей становятся инвалидами.

К великому сожалению, тенденция устойчивого роста и все более разрушительного воздействия антропогенных катастроф, присущая второй половине XX столетия, продолжает сохраняться, о чем свидетельствуют факты первых восьми лет XXI века. Особенностью ан-

тропогенных и техногенных катастроф, а также целого ряда природных несчастий (землетрясения, лавины, селевые потоки) и дорожно-транспортных происшествий, ставших чуть ли не ежедневным и банальным событием, является всегда неожиданное возникновение большого числа пострадавших, причем значительная часть их получает сочетанную механическую травму.

В нашем случае, мы провели исследование сочетанной травмы за последние 8 лет. В структуре всех повреждений в течение последних 8 лет они составили 21,4%. Из них наибольший удельный вес пришелся на травмы полученные в результате ДТП (94,9%) (таблица №1).

Таблица 1. - Основные виды травматизма при политравме 2000 – 2008 г.г.

Кол-во наблюдений	Виды травматизма				Кол-во операций
	Производственные	ДТП	Бытовые	Прочие	
239 (100%)	3 (1,3%)	227 (94,9%)	9 (3,8%)	-	225 (94,1%)

Данный факт связан с тем, что отдельный медицинский отряд расположен вблизи от международной трассы Алматы - Бишкек, на которой имеются участки повышенной аварийной опасности (Кордайский перевал), удаленностью между гражданскими лечебными учреждениями (плечо эвакуации составляет 240 км).

Наряду с проведением неотложных врачебных мероприятий на этапе первой врачебной помощи осуществляется медицинская сортировка пострадавших с выделением нуждающихся в эвакуации по назначению. По мнению П.Г. Брюсова (1990) и Ю.Г. Шапошникова (1990), в условиях катастроф целесообразно выделение групп пострадавших, основываясь, главным образом, не на тяжести их состояния, а на прогнозируемой эффективности медицинской помощи. Как правило, выделяют 4 группы пострадавших. Первая — требующие неотложной реанимационной помощи или нуждающиеся в неотложных хирургических вмешательствах по жизненным показаниям. Она составляет около 20% от общего потока пораженных. Вторая — нуждающиеся в срочном, преимущественно хирургическом лечении, которое может быть осуществлено в течение 6 - 8 ч (20%). Третья — с легкими повреждениями, помощь которым может быть оказана в условиях амбулатории (до 40%). Четвертая — агонирующие, нуждающиеся в облегчении страданий (20%). Здесь важна еще одна деталь, имеющая прямое отношение к патологии при сочетанных травмах: высокая частота черепно-мозговых травм, часто сочетающихся с повреждениями внутренних ор-

ганов и с наиболее тяжелыми травмами конечностей. По отношению ко всем пострадавшим это составляет для данного этапа около половины нуждающихся в стационарном лечении (значительная часть легкопострадавших здесь не учитывается из-за возможности их амбулаторного лечения).

У значительной части раненых уже визуально определяются тяжелые повреждения (кровотечение изо рта, носа и ушей при черепно - мозговой травме; раны лица, груди и конечностей; отрывы последних или грубые их деформации), а некоторые из них находятся в бессознательном состоянии. Крайне важно знать все детали обстоятельств получения травм, но, с учетом преимущественно тяжелого состояния пострадавших, а в условиях массового потока при оказании помощи и острого недостатка времени, нельзя уделять этому чрезмерного внимания, а проводить обследование по определенной схеме. При сочетанной травме, которая характеризуется множественным характером повреждений (69,5%), целесообразно сразу же выделить из них «ведущее» или доминирующее («наиболее опасные для жизни в данный момент и требующие оказания первостепенной помощи» М. Н. Фаршатов с соавт., 1962). Это тем более необходимо, что иногда обследование осуществляется одновременно с жизнепасающими лечебными мероприятиями (противошоковая терапия или операции по поводу внутреннего и наружного кровотечения, сдавления головного мозга, повреждения полых органов, отрывов и разрушений конечностей) (таблица №2).

Таблица 2. - Повреждения при сочетанных переломах костей 2000 – 2008 г.г.

Перелом костей конечностей + ЧМТ	29 (12%)
Перелом костей конечностей + повреждение груди и органов грудной клетки	15(6,3%)
Перелом костей конечностей + повреждения органов живота	20(8,4%)
Перелом костей таза + повреждение тазовых органов	9(3,8%)
Множеств. переломы, переломы в сочетании с травмой внутр-их органов двух и более локализаций	166(69,5%)
Всего наблюдений	239(100%)
Летальность	17(7,1%)

Безусловно, основной диагностики должно служить объективное обследование, направленное на выявление всех повреждений. Оно начинается с оценки состояния гемодинамики (пульс, АД и др.) и последовательно включает тщательный осмотр, пальпацию и другие тесты, применяемые в диагностике поврежденных органов. В необходимых случаях, даже при возникновении одного только подозрения на факт повреждения, следует проводить полное рентгенологическое обследование. Мы считаем, что при множественной, сочетанной травме целесообразно осуществлять экстренную обзорную рентгенографию всего тела или, по крайней мере, наиболее «травмотогенных» его областей черепа, позвоночника, груди, брюшной полости, таза, крупных суставов конечностей. Объем и содержание диагностических и лечебных мероприятий у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, приоритетной задачей становится диагностика и лечение явно и скрыто протекающих осложнений, в выявлении которых ведущая роль принадлежит современным методам лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ).

Из всех поступивших с тяжелой сочетанной травмой 93,5% пострадавших нуждались в оперативном пособии.

При внутричерепных кровотечениях обычно производится одно- или двусторонняя краниотомия. Ранние операции такого рода, приводящие к декомпрессии головного мозга, по данным большинства авторов, дают более положительные результаты, нежели выжидательная тактика. Весьма важна для исхода операции надежная топическая диагностика расположения гематомы и источника кровотечения. Хирургическое пособие сводится обычно к эвакуации гематомы и остановке кровотечения. Повреждения желудочно-кишечного тракта практически неизбежны при достаточно сильных тупых травмах живота. Различной может быть только степень их выраженности: от ушибов

стенки желудка или кишечника до их разрывов и отрывов от брыжейки. Это определяется не только силой повреждающего механического агента, но и направлением его действия, упругостью и толщиной брюшной стенки, степенью наполнения органов желудочно-кишечного тракта. Повреждение поджелудочной железы ведет к развитию так называемого травматического панкреатита, возникающего вследствие разрывов ацинусов и мелких протоков и активации ферментов внутри поджелудочной железы. Поступление активных ферментов в парапанкреальную клетчатку может быть причиной парапанкреатита и ограниченного ферментативного перитонита (В. И. Филин с соавт., 1978). Поэтому повреждения поджелудочной железы при сочетанной травме нередко требуют оперативного лечения.

Лечение пострадавших с тяжелыми механическими травмами должно быть комплексным, в известном смысле, унифицированным. Мы не стали и не могли ставить своей задачей детальный разбор всех лечебных мероприятий, использующихся при травматической болезни. Мы преследовали единственную цель показать, что оказание помощи пострадавшим с тяжелыми механическими травмами представляет сложную комплексную задачу, что лечение их определяется характером, обширностью и локализацией повреждения, тяжестью и периодом развития травматической болезни, реактивностью организма.

Литература:

1. Демьянов В.М., Абелева Г.М. Множественная и сочетанная травма Вестник хирургии №9 1980г.
2. Селезнев С.А., Худайберенов Г.С. Травматическая болезнь, 1994г.
3. Поляков В.А. Избранные лекции по травматологии, 1980г.

Жеке медициналық жасаққа күрделі жарақатпен келіп түскен кездегі хирургиялық тактика

А.А. Бекимов, К.К. Смаилов

«Жекеленген медициналық жасаққа (ЖМЖ) күрделі жарақатпен келіп түскен кездегі хирургиялық тактика» мақаласында ЖМЖ - келіп түскен 8 жыл аралығындағы жарақатпен келіп түскендердің ішіндегі, пайызы 21,4 құрайтын, күрделі бірнеше ағзалар жарақатымен келіп түсушілерді зерттеп, оларды тексерудің, сараптаудың, ем қолдану тәсілдерін ұсыну болып отыр.

Бірнеше адамдардың, күрделі жарақатпен бір мезгілде келіп түсуі кезіндегі дұрыс диагнозды тез қойып, оперативтік емнің тәсілдері ашып айтылған.

Surgical tactic at combined trauma in condition separate medical troop

В. Bekimov, K. Smailov

According the data of World Health Organization every year in the world died 3,5million people due to trauma and 2 million people have invalidity. The aim of this article is analysis activity of separate medical troop for 8 years, including combined trauma, that makes 21,4% from total number of traumas, so investigation of classification, diagnostic and methods of treatment.

The majority of combined trauma is trauma due to accident, because separate medical troop is located near way "Almaty-Bishkek". In this article is described the topic of fast diagnostic and tactic of surgical treatment.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

З.К. Жумадилова, Р.С. Аубакирова, К.Ш. Жылкыбаева, Н.Р. Баркибаева, Г.К. Калимолдина
 Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Как было замечено «XX век – век язвенной болезни, XXI век – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (Бирмингем, 1997). Действительно, в качестве самостоятельной нозологической единицы ГЭРБ принят только в 1997г. Актуальность патологии обусловлена широкой распространенностью, маскировкой ГЭРБ под лор, бронхолегочные, кардиальные заболевания, диагностикой в 10-35% случаев тяжелых, в том числе предраковых форм ГЭРБ [1,2,3]. Причины ГЭРБ: ожирение, стрессовые факторы, наклоны туловища, беременность, курение, хиатальная грыжа, наряду с факторами питания, способствующими развитию ГЭРБ: жирная, острая пища, кофе, алкоголь, шоколад, фруктовые соки, томаты, цитрусы; а также медикаментозными средствами: антагонисты кальция, бета-блокаторы, антихолинергические препараты, нитраты, спазмолитики, снотворные, седативные препараты – часто встречаются [4,5]. Целью исследования явилось проведение анализа заболеваемости ГЭРБ на современном этапе.

Материалы и методы. Приводился ретроспективный анализ заболеваемости по данным гастроэнтерологического отделения медицинского центра за последние 3 года (с 2008 по 2010гг.). Больные имели возможность получения высокоспециализированной медицинской помощи, включающей в себя диагностические ме-

роприятия в условиях развернутых современных лабораторных, включая иммуноферментативные (ИФА) методики исследования, функциональных, эндоскопическом, рентгенологическом подразделениях клиники, организации консультации узких специалистов, в случаях с ГЭРБ – невропатологов, лор-врачей, кардиологов, стоматологов, хирургов, эндоскопистов. Помимо необходимых диагностических мероприятий в отделении проводится терапия данной патологии, соответствующая мировым стандартам, а также внедряются новые методы лечения.

Результаты исследования. Всего в гастроэнтерологическом отделении центра за 3 года (таблица 1) было пролечено 3077 больных (соответственно с 2008 г. по годам 1052, 1001, 1024 больных), удельная доля больных с ГЭРБ составила 3,8;3,4; 6,8, отмечен рост заболеваемости в 2 раза. Необходимо заметить, что распространенность ГЭРБ в популяции отмечено как у молодых в 17лет, так и в пожилом возрасте – 73 года. Продолжительность заболевания от нескольких месяцев до 3 лет. ГЭРБ был диагностирован наряду с обнаружением грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, гастродуоденитами с дуоденогастральным рефлюксом, язвенной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1 - Состав больных по годам.

№	Нозологические единицы	2008г.		2009г.		2010г.	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Онкопатология	10	1,9	-	-	3	0,6
2.	Эзофагиты, ГЭРБ	40	3,8	34	3,4	70	6,8
3.	Гастриты, дуодениты	123	16,4	102	15,7	32	7,0
4.	Язвенная болезнь желудка и ДПК	238	22,6	289	28,9	292	28,5
5.	Холециститы	202	22,4	145	19,0	110	10,7
6.	Гепатиты	16	2,9	20	2,0	34	3,3
7.	Циррозы печени	124	12,1	135	13,5	140	13,7
8.	Панкреатиты	184	17,5	151	15,1	268	26,1
9.	Энтериты, колиты	18	1,7	21	2,1	28	2,7
10.	Постхолецистэктом с-м	34		35		-	
Итого:		1052		1001		1024	

Из клинических симптомов у 100% больных отмечались изжога, характеризуемая больными как «несносная, постоянная» (рисунок 1), болевой синдром в эпигастрии усиливающийся после еды. Также распространенными по частоте предъявляемых жалоб были отрыжка (75%), гиперсаливация (30%), продолжительная, «приносящая неудобства икота». (20%). Снижение качества жизни сами больные связывали, прежде всего, с отрыжкой и икотой, болевые ощущения отмечались после еды. В 20% случаев наряду с характерными признаками ГЭРБ у больных встречались оториноларингологические и стоматологические жалобы: стоматиты, фарингиты, кариес, пародонтоз.

Проявления болевого синдрома соответствовали и коррелировали с тяжестью рефлюкс-эзофагита, который у 55,55% больных соответствовал неэрозивной форме ГЭРБ, а в 37,5% случаев эрозивно-язвенному эзофагиту.

Согласно классификации ГЭРБ по Savary-Millers в модификации Carisson (1996г.) у 55,55% отмечался

эзофагит I ст., у 20,83% - II ст., III ст. – 9,72%, IV ст. – у 6,9%.

Применяемые методы терапии с включением орошения пищевода противовоспалительными средствами, а также с патогенетической целью назначением антисекреторных – ингибиторов протонной помпы (пантопрозол 40 мг, контролок 40 мг) и прокинетиков (дамелиум 10 мг.) позволили устранить симптомы заболевания, эпителизировать эрозивно-язвенные дефекты слизистой, значительно улучшить состояние больных. Среднее пребывание больных ГЭРБ в отделении составляет 13,23 койко-дня. При этом суммарная эффективность терапии представленная на рисунке 3. Преобладает достижение положительных результатов терапии, однако почти в 1/3 случаев сохранение признаков эзофагита настраивают на необходимость продления курса терапии, обязательного хирургического контроля и онкологической настороженности при четвертой стадии заболевания, актуальности рекомендаций профилактики ГЭРБ.



Рисунок 1.

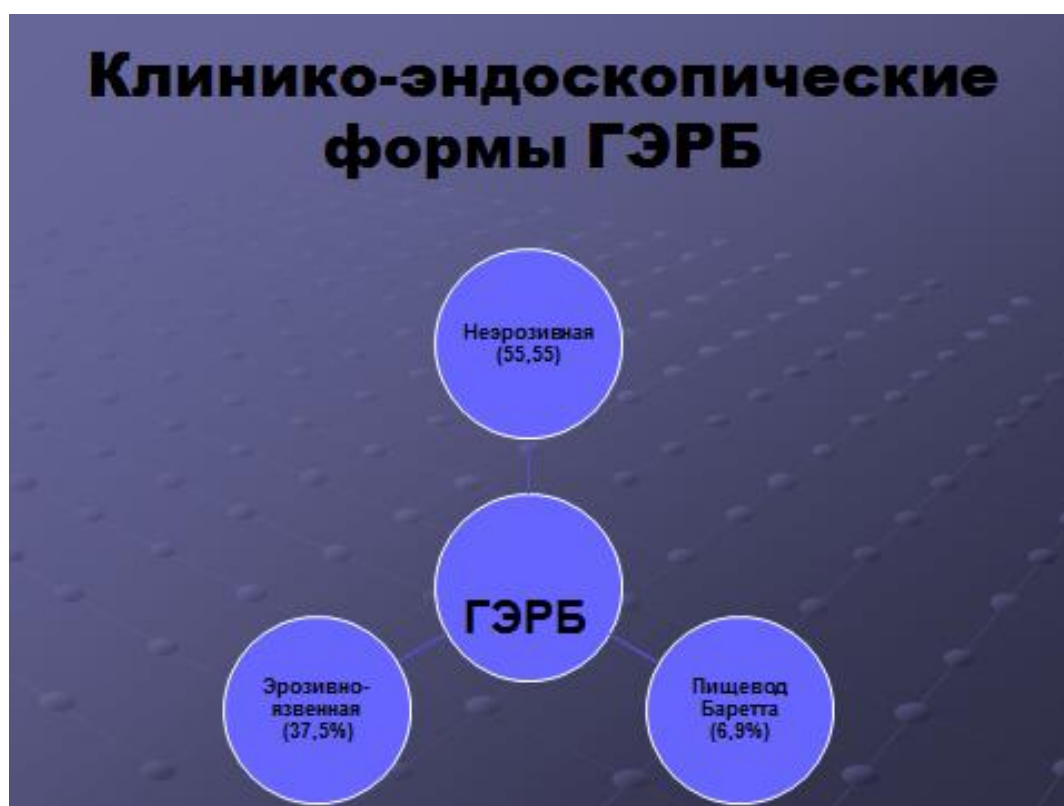
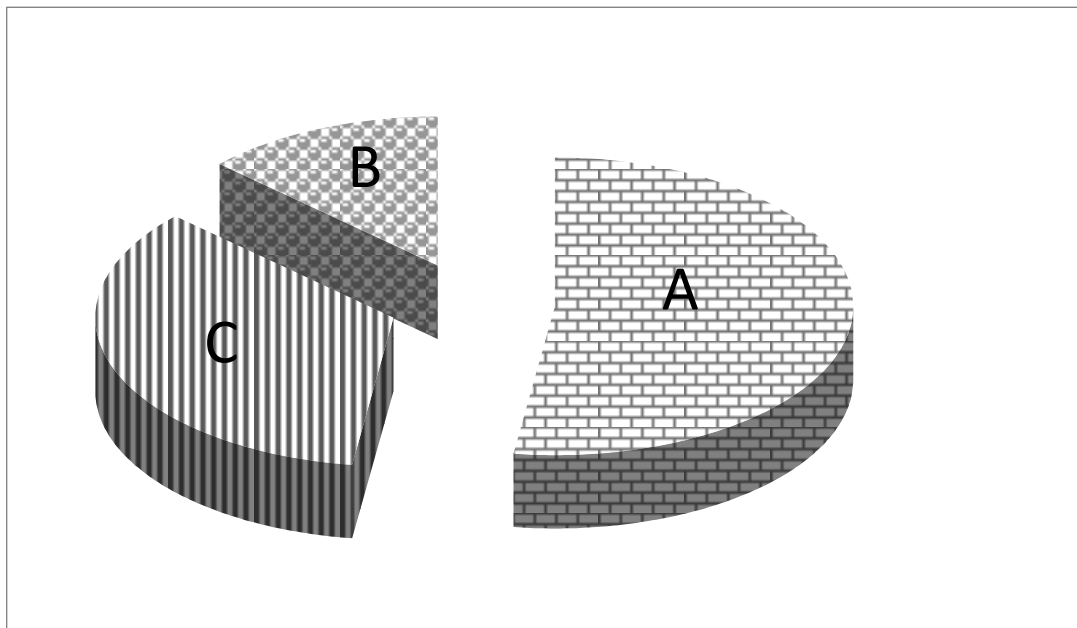


Рисунок 2.



Здесь А – значительное улучшение; В – улучшение; С – без перемен
Рисунок 3 - Суммарная эффективность терапии ГЭРБ

Таким образом, отмечается актуальность ГЭРБ, обуславливающая необходимость проведения первичной профилактики, связанной с соблюдением ряда простых, но обязательных мероприятий, таких как: частое дробное питание; не переедать, сохранять вертикальное положение после еды; избегать физических нагрузок; спать с высоким изголовьем; последний прием пищи за 2ч. до сна; исключить кофе, алкоголь, газированные напитки; регулярное опорожнение кишечника; избегать прием лекарств вызывающих рефлюкс; не носить тугие пояса, тесную одежду; ограничить прием продуктов, вызывающих снижение давления нижнего пищеводного сфинктера. Лечебные мероприятия должны включать комплекс препаратов, направленных на устранение механизмов патологического рефлюкса, снижение повышенной желудочной секреции, местного локального действия противовоспалительных, обволакивающих препаратов, обязательного эндоскопического контроля после

основного курса терапии и 2 в год в последствие диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. Многоцентровое исследование «Эпидемиология Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни» (МЭГРЭ) // Эксперим.гастроэнтерология.-2009.Т.1-С.4-13
2. Ивашкин И.Т., Трухманов А.С. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции ЖКТ // Рос журн. гастроэнтер., гепат., колопроктол. - 2007.№5.-С.5-10
3. Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. ГЭРБ – новое решение старой проблемы // Consilium medicum.- 2009. №8. – С 5-13
4. Изатуллаев Е.А., Кулмагамбетов А.О. Применение препарата лосепразол при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни методическое пособие). Алматы, 2005. – 27С.
5. Лапина Т.Л. Тактика лечения больных ГЭРБ // Фарматека.- 2009 -№3.- С15-19

Гастроэзофагеалды рефлюкті аурудың терапиялық аспектілері

З.К. Жұмаділова, Р.С. Аубакирова, Қ.Ш. Жылқыбаева, Н.Р. Барқыбаева, Г.К. Калимолдина

Семей қ. ММУ Медициналық орталығы

Соңғы үш жылда ГЭРА жиілігі екі есеге өскені, клиникалық ағымы, жіктелуі, гастроэзофагеалды рефлюкті аурудың біріншілік алдын алу шаралары және ем мүмкіндіктері көрсетілді.

Therapeutic aspects of gastroesophageal reflux disease(GERD)

Z.K. Zhumadilova, R.S. Aubakirova, K.Sh. Zhylykbaeva, N.R. Barkibaeva, G.K. Kalimoldina

Medical center of Semey State Medical University

There are were mentioned in the article: frequency of GERD amplified(rised) in 2 times over the last 3 years. Clinical coarse, classification, treatment options and primary prophylaxis of GERD.

УДК 616.665-002.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЕНОЗНОЙ ФОРМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ**А.А. Хамзин*****Казахский национальный медицинский университет, им. С.Д. Асфендиярова***

Проблема сексуальных расстройств в последнее время привлекает все большее внимание специалистов. Качество эректильных функций является неотъемлемой частью качества жизни – критерию, требования к которому в связи с увеличением средней продолжительности жизни неуклонно возрастают. Актуальность проблемы сексуальных расстройств связана ещё и с ее распространенностью. В настоящее время считается доказанным, что в возрасте 40-45 лет около 50% мужчин испытывают те или иные трудности связанные с расстройствами эрекции.

Целью нашего исследования явилось изучение данных перфузионной кавернозометрии при венозной форме эректильной дисфункции.

Нами было обследовано 15 пациентов с венозной формой эректильной дисфункции. Возраст больных колебался от 24 до 56 лет. Всем больным была выполнена перфузионная кавернозометрия и ангиография в режиме субтракции на ангиографическом аппарате Сиремобиль 2000 фирмы Сименс.

Методика заключалась в том, что пунктировалось одно кавернозное тело иглой соединенной с перфузионным насосом. Перфузия в кавернозные тела производилась в разных режимах в зависимости от фазы эрекции. В фазу тумесценции, при наполнении кавернозных тел и увеличение их в объеме, подбирается такой минутный объем, при котором создается положительный дебит, и начинается развитие эрекции с максимальным углом отклонения полового члена от вертикальной оси. В норме при психогенной импотенции эта скорость составляет 100-140 мл/мин, но может составлять 80-160 мл/мин, что встречается в более ранних возрастных группах обследуемых, а также в случаях выраженных отклонений размеров полового члена от среднестатистических. При перфузии кавернозных тел физиологическим раствором, содержащим контрастное вещество, по мере развития эрекции можно визуально проследить сброс жидкости по магистральным венам. В нашей работе мы использовали физиологический раствор, содержащий 12% Ультровиста, что позволяет проводить хороший динамический контроль и получить достаточно информативные рентгеновские снимки для тщательного изучения венозного русла в фазу тумесценции. Рентгеновский снимок выполняется с захватом полового члена и вен малого таза до уровня средней трети крыльев подвздошных костей. По окончании фазы тумесценции, когда половой член приходит в максимально эрегированное положение, устанавливается поддерживающий поток жидкости, при котором сохраняется максимальная эрекция со стабильным углом отклонения полового члена от вертикальной оси. В случаях нормы и у психогенных импотентов эта величина составляет 30-40 мл/мин. В этот период, когда имеется плато эрекции, выполняется второй снимок в той же позиции. В случаях нормы и у больных с психогенными расстройствами эрекции в фазу тумесценции отмечается контрастирование всех венозных коллекторов, по которым идет сброс крови из кавернозных тел. Как правило, хорошо контрастируется глубокая тыльная вена полового члена, санотриново сплетение, внутренние подвздошные вены, наружные срамные вены. В фазу развития полной эрекции остаются контрастированными только кавернозные тела, сброс контрастного веще-

ства в магистральные вены резко прекращается. При патологическом венозном дренаже, во время исследования отмечается высокая скорость перфузии. Для того, чтобы привести половой член в эрегированное состояние, она порой составляет 300 мл/мин. Даже при высокой скорости перфузии удается получить достаточную ригидность кавернозных тел, и половой член приходит в эрегированное положение, то на рентгенограммах в этот период все равно отмечается сброс контрастного вещества в венозные коллекторы. Поддерживающий поток в этот период при наличии патологического венозного дренажа имеет высокие показатели перфузии – 50 мл/мин и выше.

Следовательно, патологический венозный дренаж при обследовании имеет четкие признаки: 1) высокие скорости перфузии для создания эрекции, превышающие 140 мл/мин; 2) перфузионный поток поддерживающий эрекцию в стабильном положении, превышает 50 мл/мин.; 3) наличие контрастируемых венозных коллекторов в фазу полной эрекции полового члена. То есть патологический венозный дренаж возникает тогда когда, не срабатывает запирающий механизм венозного оттока, или не возможно создать положительный дебит для возникновения эрекции даже при высоких цифрах перфузии. Посредством контрастирования венозных коллекторов обычно всегда удается уточнить, в какие венозные коллекторы происходит венозный сброс. Мы наиболее часто наблюдали сочетанное контрастирование глубокой тыльной вены и внутренних подвздошных вен у 9 ($60 \pm 12,6\%$) больных, из всех случаев обнаруженных нами патологического венозного дренажа. При этом у 4 ($26,7 \pm 11,4\%$) больных встретилось изолированное контрастирование глубокой тыльной вены и ее притоков. У двух пациентов ($13,3 \pm 8,8\%$) контрастировались только внутренние подвздошные вены. В 6 случаях ($40 \pm 12,6\%$) расстройств эрекции мы отметили по данным кавернозометрии все признаки патологического венозного дренажа, однако при анализе кавернозограмм было выявлено контрастирование кавернозных тел без каких-либо коллекторов магистральных вен, берущих свое начало от белой оболочки на височной части полового члена и ножек кавернозных тел. Не было отмечено контрастирование и спонгиозных тел у данной группы пациентов, но на расстояниях 5-7 см проксимальнее симфиза отмечалось контрастирование в системе внутренних подвздошных вен с последующим поступлением контрастного вещества в подвздошные вены. Применив более высокий процент контрастного вещества в перфузионном растворе, нам удалось визуализировать мелкую венозную сеть, идущую от основания полового члена и его ножек и постепенно формирующую мелкие вены, которые сливаются и образуют более крупные венозные стволы в системе внутренних подвздошных вен, то есть патологический венозный дренаж имел как бы диффузный характер со всеми гемодинамическими признаками при кавернозометрии как и в случаях, когда были магистральные вены берущие начало от белой оболочки. Подобная картина отмечена нами у 6 больных ($40 \pm 12,6\%$), при обследовании которых в до операционном периоде была выявлена клиника гипогонадизма и уровень тестостерона в крови был ниже 9 нмоль/л.

Возможно, подобная картина объясняется нарушением проницаемости белочной оболочки кавернозных тел при наличии у больных гипогонадизма и вследствие этого нарушения веноокклюзионного механизма белочной оболочки с развитием в дальнейшем рецидивов патологического венозного дренажа полового члена.

Таким образом, для более точного определения характера венозной патологии полового члена показано проведение методики кавернозометрии с обязательным определением уровня тестостерона в крови и обязательным лечением гипогонадизма после выполнения операции на венозном коллекторе полового члена.

Эрекtilді дисфункцияның венозды формасының диагностикасының инвазивті әдістері **А.А. Хамзин**

Мақалада эрекtilді дисфункцияның венозды формасының диагностикасының инвазивті әдістерін клиникалық тәжірибеге кеңінен енгізудің қажеттігі негізделген.

Invasive methods of diagnostics of the venous form erectile dysfunctions **A.A. Hamzin**

In article necessity of wide introduction for clinical practice of invasive methods of diagnostics of the venous form of erectile dysfunction is proved.

УДК 616.36-002-036.22

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ МУЖЧИН, ИМЕЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ

**С.Б. Имангазинов, С.Н. Ардабаева, Н.И. Бабина, Л.В. Мирза,
А.К. Молдабаева, Б.К. Жанахметова, Н.М. Садыков**
*Государственный медицинский университет г. Семей
Павлодарский областной центр СПИД, г. Павлодар*

Эпидемия ВИЧ-инфекции остается актуальной проблемой здравоохранения в республике [1]. Из числа зарегистрированных случаев преимущественное распространение ВИЧ имеет место среди мужчин (73,4%). По состоянию на 01.12.2009 года в Павлодарской области в 6 случаях или в 0,4% из общего количества ВИЧ-инфицированных, реализован гомосексуальный путь передачи ВИЧ-инфекции. Первый зарегистрированный случай ВИЧ-инфекции у представителей группы мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), в Казахстане был официально зарегистрирован в марте 1990 года в Карагандинской области [2]. Однако вопросы распространения ВИЧ среди них и их половых партнеров, а также организация профилактических работ мало изучены. Это связано с недоверием секс меньшинств органам власти и службе здравоохранения, что препятствует возможности более полной оценки ситуации по ВИЧ – инфекции среди них. Одной из ответных мер является оценка эпидемической ситуации по ВИЧ методом дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) [3].

Цель исследования

Изучение эффективности мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, факторов риска и моделей поведения среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами.

Материалы и методы исследования.

Среди МСМ г. Павлодара двукратно проведен дозорный эпидемиологический надзор с участием волонтеров НПО «Анти - СПИД» при финансовой поддержке Проекта по контролю СПИД в Центральной Азии: в феврале-марте и повторно после проведения комплекса профилактических мероприятий в ноябре - декабре 2009 года. В обоих случаях были охвачены по 150 респондентов. В исследование были включены мужчины, которые хотя бы один раз в течение последних 6 месяцев имели оральный или анальный секс с другими мужчинами. Дозорными участками являлись места, где МСМ собираются для поиска сексуальных партнеров и общения (рестораны, бары, особые участки городов,

квартиры). Данные о таких местах представили МСМ – волонтеры ОФ «Анти - СПИД».

ДЭН проводился методом приближенной к выборке, построенной самими респондентами. Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия с до- и послетестовым консультированием.

Для лабораторного исследования проводился забор крови из пальца методом «сухой капли» с последующим тестированием на ВИЧ, гепатит С, сифилис. Скрининговое исследование образцов крови на ВИЧ, сифилис и вирусный гепатит С проводилось на Российских тест-системах ЗАО «Вектор-Бест» г. Новосибирск: «Комби-Бест анти ВИЧ – 1+2», «Рекомбинант антипаллидум стрип» и «Рекомбинат анти ВГС-стрип». В качестве экспертной тест-системы использована тест-система «Murex» фирмы «Abbott» США. Результаты анализов можно было узнать по индивидуальному коду.

Результаты исследования.

Социально-демографическая характеристика была следующей. Популяция отличалась высоким уровнем образования. В исходном изучении 54% МСМ имели высшее образование, при повторном – 55,3%. Выборочная совокупность была представлена респондентами от 18 до 54 лет и от 16 до 51 года соответственно. Медиана возраста составила 27 лет.

В обоих случаях ВИЧ-инфекции среди МСМ г. Павлодара не обнаружены (ДИ = 0 - 0,7%), тогда как ВГС выявлен в 2% случаев в феврале-марте и 0,7% - в ноябре-декабре (ДИ = 0 - 3,7 %), сифилис – 2,7% и 10% соответственно (ДИ = 5,7 – 16%). Как известно, ВГС и сифилис являются маркерами присутствия рискованного поведения в отношении инфицирования ВИЧ, а именно, ВГС в плане возможного использования инъекционных наркотических средств, а сифилис - полового риска заражения инфекциями, передающимися половым путем (ИППП).

Данные изучения ответов на вопросы социологического опроса показывали на сохранение факторов по-

веденческого риска среди МСМ. На вопрос об употреблении наркотиков все участники исследования ответили отрицательно. Однако было выявлено ВГС по ДЭН от 0,7% до 2% во время первого и повторного исследования. Если доля лиц, имевших половые контакты с потребителями инъекционных наркотиков, оставалась на одном уровне (6,7%), то употребление алкоголя снизилось с 40% до 36%. Как известно, алкоголь может повлечь неконтролируемое и опасное половое поведение.

19,3% МСМ ответили, что начали жить половой жизнью с 17 лет. Медиана возраста начала половой жизни составила 16,9 года. Чаще всего клиентами МСМ являлись студенты, работники ночных баров и клубов, работники гостиниц, предприниматели. Если между проведенными исследованиями число партнеров-студентов не претерпели особых изменений (36% и 37,1%), то среди работников ночных баров, ресторанов этот показатель возрос с 25,3% до 39,7%, среди предпринимателей - с 16% до 39,1%. Не произошло заметных различий в плане предрасположенности к семейной жизни: 63,4% и 60% МСМ были неженатыми и не имели постоянных партнеров, а по 6% жили с партнерами и мужского и женского полов, то есть имеются риски передачи инфекции, как в гомосексуальную, так и в гетеросексуальную среды.

Как известно, использование презервативов является существенным моментом профилактики ВИЧ-инфекции. Особенно оно важно среди групп риска по распространению эпидемии. После проведенных профилактических мероприятий число лиц, неиспользовавших презервативы при последнем половом контакте с женщинами уменьшилось с 28,7% до 14% и при последнем половом контакте с мужчинами - с 43,6% до 34%. Основные причины неиспользования презервативов: нет желания партнера (38% и 25,5%), не имели при себе (20,7% и 25,2%) и не считали необходимым (18% и 23,4%).

Остается высокой доля МСМ, имеющих половые контакты повышенного риска. Непостоянных партнеров имели 84,7%. Только 38% МСМ использовали презервативы с непостоянными клиентами.

Степень распространенности ИППП в группе МСМ свидетельствует о рискованном поведении этой группы в отношении ВИЧ-инфекции, поскольку механизмы передачи ВИЧ через сексуальные контакты и передача наиболее распространенных ИППП сходны между со-

бой. К сожалению, произошло увеличение лиц с симптомами ИППП. Симптомы ИППП отмечались у 4% МСМ в феврале-марте и у 12% в ноябре-декабре. При выявлении симптомов ИППП только 66,7% - 70,5% МСМ обратились за медицинской помощью к специалистам кожно-венерологической службы и к врачам частных медицинских организаций.

Несмотря на достаточно высокий образовательный уровень среди данной популяции уровень знаний о ВИЧ/СПИД довольно низкий. В частности, 57,4% МСМ не смогли правильно ответить на вопросы о ВИЧ/СПИД, а уровень знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции увеличился с 10% до 42,6% респондентов. Отмечался значительный рост прошедших тестирование на добровольной основе с 32% до 74,6%. Увеличилась и доля охвата МСМ профилактическими программами с 12% до 33,3%.

Выводы:

1. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции среди МСМ в г. Павлодаре остается относительно благополучной и случаев ВИЧ-инфекции среди участников ДЭН не было обнаружено.

2. Для МСМ характерно рискованное половое поведение: наличие непостоянных и коммерческих половых партнеров, в том числе, из числа наркопотребителей, низкая доля использования презервативов, наличие симптомов ИППП, недостаточный уровень знаний о мерах профилактики и путях передачи ВИЧ.

3. Проведение профилактических программ с привлечением представителей НПО позволяет улучшить уровень охвата МСМ в программы и способствовать снижению вреда ВИЧ/СПИД среди лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

Литература:

1. Имангазинов С.Б. Научно-методическое обоснование инновационных медико-организационных технологий в профилактике ВИЧ-инфекции: дис. ... д.м.н. - Астана, 2005. - 245 с.
2. Ардабаева С.Н., Лепехов А.С., Мансуров А.С., Садуакасов Н.Ж. Стратегия «снижение вреда» среди групп ЛГБТ. - Павлодар, 2010. - 26 с.
3. Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ // ЮНЭЙДС/ВОЗ. - 2000.

Ер адамдармен жыныстық қатынасы бар, ерлер арасында АҚТҚ-жұқпасын алдын-алу бойынша шаралардың тиімділігі

С.Б.Имангазинов, С.Н.Ардабаева, Н.И.Бабина, Л.В.Мырза, А.Қ.Молдабаева, Б.К.Жанахметова, Н.М.Садықов

Ер адамдармен жыныстық қатынасы бар, ерлер арасында АҚТҚ-жұқпасын, қауіп факторлардың алдын-алу бойынша шаралардың тиімділігін және мінез-құлық модельдерін зерттеу.

Азаматтық қоғам өкілдерін жұмылдырумен алдын-алу бағдарламалардың өткізілуі, бағдарламаларға МСМ қамту деңгейін жақсартуға және дәстүрлі емес жыныстық бағдарымен тұлғалар арасында АҚТҚ/ЖҚТБ зиянын төмендетуге мүмкіндік береді.

Effectiveness of interventions to prevent HIV infection among men who have sex with men

S.B. Imangazinov, S.N. Ardabaeva, N. I. Babina, L.V. Mirza, A.K. Moldabayeva, B.K. Zhanahmetova, N.M. Sadykov

The purpose of the study - the study of the effectiveness of interventions to prevent HIV infection, risk factors and behaviors among men who have sex with men. Implementation of preventive programs with the involvement of civil society helps to improve the coverage of the MSM program and help reduce the harm of HIV / AIDS among people with different sexual orientations.

УДК. 340.624:616.721.1

СУДЕБНО - МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В СЛУЧАЯХ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ**Г.О. Адильханов*****Семейский филиал РГКП «Центр судебной медицины»,
Министерства здравоохранения Республики Казахстан***

Введение. Среди экспертиз живых лиц - экспертизы по последствиям травм причиняемых в быту (в широком понимании) занимают ведущее место. В бытовой травме значительная часть составляет травматизм в результате насилия в семье.

Современная социальная ситуация, создавая более высокий уровень эмоционального напряжения, обуславливает резко возросшую роль психосоциальных факторов в происхождении болезней [1,2].

Трудность диагностики и установление причинно-следственной связи с физической либо психогенной травмой заболеваний является основным препятствием в работе практического судебно-медицинского эксперта, затрудняющее полноценную оценку нарушений (вреда) здоровья у потерпевших в результате длительного домашнего насилия. Это и обусловило цель настоящего исследования [3,4].

Материалы и методы. Были проанализированы заключения судебно-медицинской экспертизы свидетелем по г. Семей, обратившихся в Семейский филиал «Центра судебной медицины» за три года. Основной целью данного исследования явилось установление частоты встречаемости случаев обращений в СМЭ по поводу физического насилия в семье и анализ установленной тяжести причиненного вреда здоровью. Были собраны социально-демографические показатели из данных медицинских и юридических документов.

Результаты исследования и обсуждение.

Полученные результаты анализа свидетельствовали о преобладании в группе потерпевших лиц среднего работоспособного возраста (25-48 лет). Другие возрастные группы лиц, пострадавших от насилия в семье, имели меньший удельный вес: так дети до 10 лет являлись участниками семейной драмы в 1,8 %, подростки 10-17 лет пострадали в 5 %, а престарелые члены семьи (старше 71 года) пострадали в 8 % анализируемых случаев.

Субъектом домашнего насилия в большинстве случаев (88 %) являлся мужчина. Субъективной стороной в действиях агрессора преобладало физическое насилие. Так в роли агрессора в 47% был муж, в 25% - сожитель, в 6 % -сын, в 7 % - бывший муж, в 5 % - отец. Таким образом, наиболее распространено жестокое обращение со стороны близкого мужчины - супруга или сожителя, сына. Женщины выступали в роли агрессора лишь в 12%.

Объектом (потерпевшим) значительно чаще были женщины 78%, в то время как мужчины стали пострадавшими в 22%. Следовательно, от домашнего насилия женщины страдают в 3 раз чаще, чем мужчины.

Также, было установлено в 18% повторное обращение на экспертизу. Следовательно, повторное обращение по поводу причинения вреда является важным показателем психотравмирующего воздействия на жертву и требует особо внимательного отношения эксперта к оценке истинного состояния здоровья экспертного лица.

В сравнении с однократными обращениями на освидетельствования - при повторных случаях значительно чаще в роли агрессора выступал бывший муж и примерно с той же частотой встречались случаи, когда в роли агрессора выступал сожитель, сын. Этим подчеркивается тот факт, что психотравмирующая ситуация

сохраняется в семье до тех пор, пока источник агрессии не будет устранен.

Распределение показателей социального статуса свидетелем выявляет представителей различных социальных и профессиональных групп. Доля неработающих граждан и пенсионеров среди лиц пострадавших от домашнего насилия и обратившихся в СМЭ составила 27%, учащихся - 6%, частных предпринимателей 3%, основную же долю составили работающие в различных сферах - 64%. Эти показатели соотносятся с наиболее активным средним возрастом пострадавших, которые и составляют работающую часть населения.

У лиц подвергшихся физическому насилию со стороны родственников чаще встречались травмы, причинившие средней тяжести вред (14%) и тяжкий вред здоровью (7%).

Среди случаев повторных обращений в СМЭ выявилась тенденция к возрастающей жестокости и травматичности внутрисемейных конфликтов.

В подавляющем большинстве в случаях домашнего насилия травмы были причинены дома 85%; в 1% конфликт происходил на работе, в 0,5% - во дворе, в 12% - в гостях, и в 1,5% в других местах.

Локализация повреждений по анатомическим областям тела группе представлена следующим образом: голова 19%, сочетание различных частей тела от 10% до 15% случаев.

В случаях травм причиненных при насилии в семье - нередки случаи, когда основным травмирующим предметом являлся нож (в 13%), из них в 42% травмы причинили тяжкий вред здоровью.

С целью установления и объективизации бытовой психотравмы, и установления причинной связи возникшего заболевания (либо расстройства здоровья) с физической либо психической травмой, и экспертной оценки тяжести причиненного вреда здоровью мы предлагаем использовать следующий алгоритм проведения экспертизы:

1) Детальный опрос свидетелем (свидетелем) с целью установления обстоятельств, характера, способа причинения, кратности (периодичности) и давности травмы;

При сборе анамнеза указать:

- дату, когда была причинена травма (или травмы) - это позволит эксперту отделить последствия конкретной травмы от других травм и заболеваний, прицельно изучить представленные медицинские документы;

- кем была причинена травма (с указанием социального статуса, рода занятий нападавшего) - поскольку подобная информация поможет эксперту допустить возможность психологического воздействия на жертву, сокрытие информации экспертируемым, а также в дальнейшем может стать фактом подтверждающим «оговор»;

- каким предметом и способом причинена травма - так как такие сведения необходимы для целенаправленного осмотра экспертом с целью выявления наружных телесных повреждений и возможных более тяжелых повреждений костей скелета и внутренних органов;

- обстоятельства, при которых была причинена травма - позволят установить род травмы, а также предположить возможность перенесенного стресса;

- наличие предшествующих травм и длительности неблагоприятной ситуации в семье - даст возможность соотнести выявленные травмы и болезненные изменения с конкретными противоправными действиями;

- куда обращались после причинения травмы (в полицию, травмпункт, скорую) - так как это даст конкретные указания на необходимость требования медицинских документов, а также при необходимости восполнить свидетельские показания;

- какие изменения состояния здоровья отмечались на момент причинения повреждений и в последующем (боль, утрату сознания, обморочное состояние)

- какова динамика в состоянии здоровья после травмы (или повторных обращений), наличие депрессии, аффекта, астении - позволит эксперту судить о возможном развитии психосоматических заболеваний и расстройствах психики;

- какими заболеваниями страдала потерпевшая до травмы и время их возникновения - даст эксперту возможность отделить соматическую патологию от последствий травмы;

- каково состояние здоровья (психическое и соматическое) на момент освидетельствования (экспертизы).

2) Детализация жалоб потерпевшего на изменение состояния здоровья с указанием интенсивности, локализации, продолжительности, время возникновения, характера боли (либо иных изменений) - позволит эксперту предположить имеющуюся патологию, как травматической природы, так и соматическую;

3) Осмотр потерпевшего с целью выявления и описания видимых телесных повреждений и симптомов, указывающих на возможное повреждение внутренних органов, нарушения целостности костно-суставной системы, а также функциональных нарушений возможно связанных с физической либо психической травмой - даст объективные данные о наличии болезненных изменений, которые будут положены в основу экспертного заключения;

4) Выявление синдромального диагноза (детализация болевого синдрома, наличие вегетативной симптоматики)

- позволит эксперту предположить наличие травматической, соматической либо психосоматической патологии и целенаправленно направить на дообследование к конкретному специалисту с предварительным диагнозом;

5) Проведение тестирования на выявление клинической значимости тревоги и депрессии:

- поможет оценить значимость для потерпевшего перенесенного стресса и допустить стресс как возможную причину формирования психосоматического заболевания.

6) Направление на обследование к узким специалистам соответственно с выявленными симптомами

- даст возможность подтвердить, уточнить предварительный диагноз и дополнить объективными данными, либо опровергнуть его;

7) Изучение медицинской документации содержащей сведения и состоянии здоровья потерпевшего до травмы и в последующем - позволит дифференцировать последствия конкретных событий от имеющейся ранее патологии и соотнести начало проявления болезненных изменений со временем причинения травмы;

8) Дополнительное проведение консультативных осмотров и заочных консультаций медицинской документации (в том числе рентгенологических и компьютерных исследований) с целью подтверждения установленных диагнозов и их причинно-следственной связи с травмой в неясных, либо сомнительных случаях - помогут решить вопросы, вызывающие сомнения о характере и природе происхождения болезненных изменений;

9) Установление этиопатогенетической (причинно-следственной) связи между выявленными посттравматическими состояниями и заболеваниями с фактом травматического воздействия (физической травмой либо психотравмой).

10) Составление выводов о характере травмы, давности и механизме ее причинения, исходе и тяжести причиненного вреда здоровью - должно сопровождаться аргументацией конкретными фактами, сроками и объективными симптомами;

11) Использовать как критерий оценки тяжести причиненного вреда здоровью в результате возникшего заболевания (расстройства) - длительность расстройства здоровья и вызванную опасность для жизни (как критерии при оценке соматической патологии).

Литература:

1. Задарновский А.Л. Экспертный подход к оценке тяжести вреда здоровью в случаях домашнего насилия / А.Л. Задарновский, Ю.В. Солодун // Современные проблемы применения новых медико-криминалистических технологий в расследовании преступлений против личности: Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции - Томск; Печатная мануфактура, 2008. — С. 44-47.

2. Буромский И.В. Современный подход к формированию компетентности врача в области судебной медицины и судебно-медицинской экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. - 2009. - Т. 52. - № 3. - С. 39-44.

3. Березанцев А.Ю. Некоторые актуальные вопросы психопатологии телесной сферы // Российский психиатрический журнал 2000. - № 6. - С. 11-18.

4. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии. Л.: Медицина. — 1990. — 176 с.

Отбасындағы зорлық жағдайлар кезіндегі сот-медициналық бағалаудың денсаулыққа зияны

Г.О. Әділханов

Осы зерттеудің негізгі мақсаты отбасындағы физикалық зорлық көрсетуге байланысты СМС қаралу жағдайларының кездесу жиілігін анықтау және денсаулыққа келтірілген зияндың анықталған ауырлығын анализдеу болды. Медициналық және құқықтық құжаттардың мәліметтерінен әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер жинақталды. Сараптаманы жүргізу алгоритмі ұсынылды.

Forensic – medical evaluation of the harm to the health in cases of domestic violence

G.O. Adilhanov

The main purpose of this study was to determine the cases of physical domestic violence during forensic examination and to analyze the revealed severity harm. Social demographic data were collected from medical and legal documents. The algorithm for the examination was suggested.

УДК 616.89-053.2.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ДЕПРЕССИВНОГО И ТРЕВОЖНОГО СИНДРОМА И ЗАВИСИМОСТЕЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Е.К. Шаймарданов

Государственный медицинский университет г.Семей

Существует и получает все большее распространение мнение, что предикторами употребления психоактивных веществ и развития других зависимостей могут служить пограничные расстройства, характерные для подросткового периода и юности [1,2]. Среди них особенно выделяются своей распространенностью и выраженностью тревожные и депрессивные расстройства [3].

В то же время, имеющиеся данные не позволяют четко определить степень этой взаимосвязи, в особенности с учетом этнокультуральных различий многонациональных популяций, характерных для нашей страны.

Цель исследования – Определить численные взаимосвязи распространенности и структуры зависимостей от психоактивных веществ и не связанных с их употреблением от наличия депрессивного и тревожного синдрома у студентов высшей школы.

Материалы и методы исследования:

Обследование проведено в двух периодах у одних и тех же студентов Государственного медицинского университета (в первом периоде – 1-2 курс – 1231 человек, во втором периоде – (4-5 курс, через 3 года) - 989 человек).

Две основные выделенные группы включали лиц казахской (коренной) национальности и других тюркских (узбеки, татары, и др.) и славянских национальностей (русские, украинцы, белорусы). Основанием для этого выбора послужило наличие комплекса определенных этнокультурных особенностей, характерных для коренной национальности и восточных славян (русские, украинцы, белорусы), проживающих на территории Республики Казахстан [4,5].

В первую группу были включены 837 человек, в вторую – 369, с пропорциональным уменьшением их числа ввиду естественной убыли (отчисление и т.д.) во втором периоде исследования.

Результаты исследования и их обсуждение:

В процессе анализа была осуществлена оценка частоты и структуры пограничных состояний у обследованных в зависимости от национальной принадлежности по периодам. Полученные результаты представлены на рисунках 1 и 2.

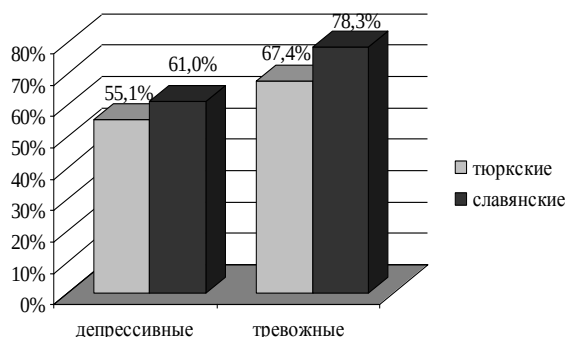


Рисунок 1 – Частота и структура пограничных состояний в обследованном контингенте в зависимости от национальной принадлежности (первый период)

В первом периоде нашего исследования заметно умеренное превышение частоты как депрессивных, так и тревожных пограничных состояний у лиц славянских

национальностей, обучающихся в обследованном вузе. При этом различия как по частоте депрессивных, так и тревожных синдромов между выделенными группами по национальности не превышали 15% и были недостоверными.

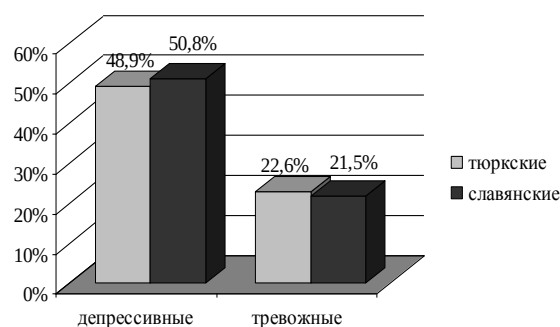


Рисунок 2 – Частота и структура пограничных состояний в обследованном контингенте в зависимости от национальной принадлежности (второй период)

Во втором периоде исследования даже те различия, которые характеризовали превышение частоты пограничных состояний у лиц славянских национальностей, практически полностью нивелировались. В отношении депрессивных состояний имелось незначительное превышение частоты у представителей славянских национальностей, а по тревожным – столь же незначительное превышение у коренной.

В целом полученные данные не могут являться основанием для определения национальной принадлежности студентов вуза как фактора риска развития пограничных состояний ни при обучении на младших, ни на старших курсах.

Дальнейший анализ был посвящен определению связей развития зависимостей у лиц обеих национальных групп с наличием депрессивного и тревожного состояний.

В таблицах 1 и 2 представлены соответствующие данные для депрессивных состояний в первом и втором периодах исследования.

В первый период исследования достоверных различий между группами по национальной принадлежности не было зарегистрировано.

Однако отмечалось умеренное превышение частоты зависимостей от никотина, алкоголя, злоупотребления стимуляторами и ненаркотическими анальгетиками при наличии депрессии у лиц славянских национальностей (в пределах 10%, $p > 0,05$).

По частоте гемблинг-синдрома, интернет-зависимости и пищевых аддикций подобных связей выявлено вовсе не было.

Следует указать, что общее относительное число лиц с зависимостями на фоне депрессии оказалось значительно большим в группе лиц славянских национальностей, чем тюркских.

Достоверные различия были зарегистрированы на этом этапе только по одному параметру – частоте никотиновой зависимости. Процент лиц с данной зависимостью был более высоким у лиц славянских национальностей (на 22,4%, $p < 0,05$).

Таблица 1 - Взаимосвязи частоты депрессии с частотой и структурой аддикций в первом периоде исследования у лиц различной национальной принадлежности

Наличие и форма аддикций	Национальная принадлежность			
	тюркские национальности, n=837		славянские национальности, n=369	
	абс. число	%	абс. число	%
От никотина, n=795	299	56,1±1,7	164	62,6±1,7
Алкогольная, n=717	405	76,6±1,6	153	81,4±1,4
Наркотическая, каннабиноиды, n=8	4	66,7±15,7	2	100,0
Злоупотребление стимуляторами, n=237	117	73,6±2,8	63	80,8±2,5
Злоупотребление ненаркотическими анальгетиками, n=93	44	86,3±3,5	39	92,9±2,6
Гемблинг-синдром, n=57	36	97,3±2,1	19	95,0±2,9
Интернет-зависимость, n=143	81	94,2±1,9	56	98,2±1,1
Пищевые аддикции, n=217	94	72,9±3,0	61	69,3±3,1
Примечание – указан процент лиц с конкретной зависимостью от общего числа обследованных с депрессивным состоянием				

Таблица 2 - Взаимосвязи частоты и структуры аддикций во втором периоде исследования с национальной принадлежностью и депрессивным состоянием

Наличие и форма аддикций	Национальная принадлежность			
	тюркские национальности, n=660		славянские национальности, n=307	
	абс. число	%	абс. число	%
Отсутствуют				
От никотина	170	36,6±2,2	107	44,8±3,2*
Алкогольная	221	47,7±2,3	94	51,1±3,7
Наркотическая, каннабиноиды	1	33,3±27,2	1	100,0
Злоупотребление стимуляторами	136	86,6±2,7	71	87,7±3,7
Злоупотребление ненаркотическими анальгетиками	28	71,8±7,2	27	79,4±6,9
Гемблинг-синдром	15	83,3±8,8	10	90,9±8,7
Интернет-зависимость	64	62,1±4,8	45	60,0±5,7
Пищевые аддикции	30	37,0±5,4	18	40,9±7,4
Примечания: указан процент лиц с депрессивным состоянием от общего числа обследованных с конкретной зависимостью * - различия между группами достоверны, p<0,05				

Также тенденции к наличию различий в сторону превышения у лиц славянских национальностей были выявлены по частоте алкогольной зависимости, злоупотребления ненаркотическими анальгетиками.

В отличие от предыдущего периода также была выявлена тенденция к превышению частоты гемблинг-синдрома у лиц славянских национальностей с депрессивным синдромом.

Напротив, умеренное превышение частоты интернет-зависимости, связанной с наличием тревожного синдрома отмечалось у лиц тюркских национальностей, а пищевых аддикций – славянских.

Таким образом, имела определенная динамика взаимосвязей депрессивного состояния и аддикций различного рода в ходе обучения. В то же время, она вполне могла быть связана с изменением структуры аддикций, элиминации лиц с тяжелыми формами зависимостей, не способными в ряде случаев продолжать обучение.

В таблице 3 представлены данные о взаимосвязи наличия тревожного состояния и частоты аддикций в зависимости от национальной группы.

Таблица 3 - Взаимосвязи наличия тревоги у обследованных в первом периоде исследования с частотой и структурой аддикций в зависимости от национальной принадлежности

Наличие и форма аддикций	Национальная принадлежность			
	тюркские национальности, n=837		славянские национальности, n=369	
	абс. число	%	абс. число	%
От никотина	315	59,1±2,1	177	67,6±2,9*
Алкогольная	406	76,7±1,8	164	87,2±2,4*
Наркотическая, каннабиноиды	6	100,0	2	100,0
Злоупотребление стимуляторами	111	69,8±3,6	56	71,8±5,1
Злоупотребление ненаркотическими анальгетиками	37	72,5±6,2	33	78,6±6,3
Гемблинг-синдром	34	91,9±4,5	19	95,0±4,9
Интернет-зависимость	56	65,1±5,1	43	75,4±5,7
Пищевые аддикции	87	67,4±4,1	56	63,6±5,1
Примечания: указан процент лиц с тревожным состоянием от общего числа обследованных с конкретной зависимостью * - различия между группами достоверны, p<0,05				

Зависимость от никотина у обследованных с тревожным состоянием чаще выявлялась среди лиц славянских национальностей. Различия между группами по данному критерию были достоверными (p<0,05). Анало-

гичная особенность с той же степенью достоверности характеризовала взаимосвязи тревожного синдрома и зависимости от алкоголя. Они были более распростра-

нены среди обследованных славянской национальности, по крайней мере, на первом этапе исследования.

В остальных случаях существенных различий между частотой зависимостей и тревожного синдрома у обследованных лиц указанных национальных групп не

наблюдалось, хотя во всех случаях, кроме пищевых аддикций, наблюдались тенденции к превышению частоты зависимостей у лиц славянских национальностей.

В таблице 4 представлены результаты аналогичного анализа, проведенного во втором периоде исследования.

Таблица 4 - Взаимосвязи наличия тревоги у обследованных во втором периоде исследования с частотой и структурой аддикций в зависимости от национальной принадлежности

Наличие и форма аддикций	Национальная принадлежность			
	тюркские национальности, n=660		славянские национальности, n=307	
	абс. число	%	абс. число	%
Отсутствуют				
От никотина	67	14,4±1,6	40	16,7±2,4
Алкогольная	103	22,2±1,9	46	25,0±3,2
Наркотическая, каннабиноиды	2	66,7±27,2	1	100,0
Злоупотребление стимуляторами	88	56,1±4,0	50	61,7±5,4
Злоупотребление ненаркотическими анальгетиками	14	35,9±7,7	11	32,4±8,0
Гемблинг-синдром	14	77,8±9,8	11	100,0
Интернет-зависимость	42	40,8±4,8	31	41,3±5,7
Пищевые аддикции	22	27,2±4,9	10	22,7±6,3

Указан процент лиц с тревожным состоянием от общего числа обследованных с конкретной зависимостью

В этот срок обследования отмечалось нивелирование достоверных различий между группами по алкогольной и никотиновой зависимости. В виду резкого снижения частоты тревожного синдрома уменьшился также процент обследованных с соответствующими зависимостями в обеих группах. Сохранились только тенденции к превышению частоты исследованных зависимостей в группе славянских национальностей. В плане остальных зависимостей от ПАВ и ненаркотических анальгетиков были определены разнонаправленные недостоверные тенденции. В частности, превышение частоты злоупотребления стимуляторами, гемблинг-синдрома и интернет-зависимости отмечалась у лиц славянских национальностей, а злоупотребление ненаркотическими анальгетиками и пищевых аддикций – у обследованных с тревожным синдромом в тюркских национальных группах.

В целом следует отметить превышение частоты тенденции к наличию зависимости при тревожных со-

стояниях в оба периода обследования у лиц славянских национальностей.

Литература:

1. Александров А.А. Диагностика и лечение пациентов с коморбидными психическими расстройствами и зависимостям // Учебно-метод. пособие. - МЗ РБ, БелМАПО, 2005. – 24 с.
2. Медина-Мора М.Е. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами: краткий обзор литературы. // Обзор современной психиатрии. - вып. 25. – 2005.
3. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. – М.: 1999. - С.69-75.
4. Алексеева Т.И. Адаптивные процессы в популяциях человека. - М.: Изд-во МГУ, 1986. - 302 с.
5. Сухарев А.В. Этнофункциональный подход в психологии. Методика экспериментально-психологического полевого исследования // Прикладная психология и психоанализ. - 1998. - N 3. – С.18-30.

Жоғары мектеп студенттер арасында депрессивті және қорқыныш синдром өзара қарыш-қойынасының ұлттық ерекшеліктер

Е.Қ. Шаймарданов

Зерттеу мақсаты: қорқыныш және депрессивті синдром бар студенттерде тәуелділіктің қалыптасуының ұлттық ерекшеліктері анықтау. 1231 адам зерттеу – СММУ-ң 1-2 курс студенттері депрессивті және қорқыныш синдромы, сонымен қатар ПАЗ тәуелділіктің болуы анықталды. Ұлттық ерекшелікті есепке ала отырып, алынған мәліметтерге іріктеу және салыстырмалы анализ жүргізілді. Славян ұлт өкілдерінің депрессивті және қорқыныш жағдайларында тәуелділіктің даму тенденцияның жоғары екендігі анықталды.

УДК 616.89–06:616.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Ж.А. Жолдасова, А.А. Абетова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии, г.Алматы

На сегодняшний день возрастает актуальность психических расстройств в общесоматической практике, особенно место занимают соматоформные расстройства невротического уровня. Практически все пациенты с соматоформными расстройствами обращаются к врачам-интернистам по поводу возможной патологии внутренних органов. При проведении ряда обследований выявляются только функциональные расстройства, а назначенное лечение не принесло ожидаемых результатов. Из-за отсутствия значимых положительных результатов от лечения данная категория больных вновь и вновь обращается

к специалистам различного профиля: терапевтам, кардиологам, невропатологам, гастроэнтерологам; многократно проходит различные обследования. В результате проведенного исследования в общесоматических медицинских учреждениях г.Алматы выявлено 68% пациентов из первично обратившихся, которым диагностировано соматоформное расстройство. Из этого количества были отобраны пациенты, у которых соматоформное расстройство развилось в результате четко описанной психотравмирующей ситуации или сочетанием нескольких стрессогенных факторов. Наибольшего эффекта в лече-

нии достигли пациенты, посещавшие сеансы психотерапии: когнитивной, трансперсональной, бихевиоральной, гештальт-терапии и др.

При воздействии психотравмирующей ситуации происходило образование патологической системы, затрагивающей функцию внутренних органов и организма в целом. Для прекращения деятельности этого патологического образования необходимо создание саногенетической системы, которая будет не только противостоять патологической системе, но и направлять организм на коррекцию дисрегуляторной патологии. Образованию подобной эффективной антисистемы способствует личностная психотерапевтическая коррекция.

Антисистема – сложное специализированное образование, осуществляющее антагонистическую регуляцию. В условиях патологии роль антисистем особенно возрастает: они подавляют и ограничивают деятельность ПС и способствуют их ликвидации. Защитные антагонистические процессы в НС активируются уже при действии патогенных факторов, если они достаточны – патологический процесс не развивается: его развитие возникает лишь при преодолении защитных и саногенетических механизмов. Антисистема либо изначально существует и является генетически преформированной, либо формируется фенотипически под влиянием ПС.

Особое место занимают пациенты с соматоформным болевым расстройством, когда болевые ощущения не купируются анальгетиками, симптоматической терапией и существенно снижают качество жизни этой категории больных. Можно предположить, что возникновению болевых ощущений способствует образование патологической системы с вовлечением ноницептивной системы. Естественно, что результатом психотерапии должно быть формирование антисистемы с вовлечением антиноницептивной системы. Антиноницептивная система состоит из второй соматосенсорной коры, вентробазального комплекса таламуса, задней части гипоталамуса, претектальной области, красного ядра, центрального (периаквадуктального) серого вещества, ядер шва продолговатого мозга, синего пятна, ретикулярной формации и других структур, и вызывает торможение ноницептивных нейронов и анальгезию, а так же подавляет проведение импульсов в системе болевой чувствительности.

Искусственная саногенетическая антисистема – это система, которая создается специальным образом для подавления ПС и ликвидации соответствующих нейропатологических синдромов. Методически механизм создания этой системы заключается в установлении специальной функциональной связи между структурой ЦНС, активация которой вызывает подавление нейропатологического синдрома, и другой структурой, которая играет индифферентную роль. Установление связи между этими структурами достигается многократными сочетанными по времени и одинаковыми по частоте электростимуляциями обеих структур. В результате, благодаря пластичности НС, формируется функциональная связь между обеими структурами. Такая связь достаточно стабильна и в случае необходимости закрепляется повторными сеансами электростимуляции. Данный феномен получил название артифициальной стабильной функциональной связи (АСФС). Дальнейшие клинические исследования показали, что вместо электростимуляции могут быть применены световые раздражители с определенной частотой. Возможность того, что лечебные эффекты могут быть достигнуты различными внешними раздражителями, делает привлекательным дальнейшую разработку этого метода.

К искусственным антисистемам можно отнести некоторые формы психологических защит, создаваемые

самими больными с нервно-психическими расстройствами. Найдя случайно или рационально какое-либо воздействие или состояние, которое может ослабить проявление синдрома, больные используют эти воздействия или состояния для купирования или ослабления приступа. Но образование психологических защит (вытеснение, отрицание и др.) порой может провоцировать формирование патологических систем, которые усугубляют состояние пациентов с соматоформными нарушениями и создать повышенную резистентность к лечебным мероприятиям. Такие процессы с формированием малопродуктивных психологических защит чаще возникают у лиц с акцентуациями личности, психологическими личностными особенностями, что можно расценивать как низкую стрессоустойчивость, а следовательно, в их нервной системе возможно снижение уровня общего интегративного контроля.

Общий интегративный контроль участвует в формировании всех физиологических систем и в определении результатов и меры их деятельности. Возникновение ПС возможно либо при изначальной недостаточности общего интегративного контроля, либо при его нарушении вследствие усиленной деятельности ПС или патогенных факторов. Ликвидация патологического процесса происходит при активации общего интегративного контроля, который входит в саногенетическую систему организма. Общий интегративный контроль не имеет жесткой привязанности к какой-либо структуре мозга. Он динамичен, формируется при возникновении функциональной физиологической системы и складывается из комплекса тормозных структур и механизмов антагонистической регуляции на разных уровнях структурно-функциональной организации ЦНС.

В среднем пациенты наблюдались в течение двух лет. Результаты данного наблюдения показали, что у части больных соматоформные расстройства постепенно трансформировались в органическую патологию. В основном это были лица не соблюдавшие рекомендации по лечению и категорически отказавшиеся от психотерапевтических сеансов. Подобные процессы происходят за счет того, что иннервационные и трофические процессы взаимозависимы.

Впервые выдающийся французский физиолог Мажанди показал, что перерезка ветви тройничного нерва, иннервирующей глаз у кролика, вызывает помутнение роговицы и затем язвенный кератит. Этот эксперимент положил начало целому направлению исследований по нервной трофике и нервным дистрофиям. Нарушение нервной трофики возникает в той или иной мере и форме при всех видах патологии НС, оно является типовым патологическим процессом.

Дисрегуляторные нарушения трофики могут осуществляться разными механизмами. Один из них заключается в недостаточности действия нейротрофических факторов (НТФ). Если процесс обусловлен выпадением или изменением трофических нервных влияний, он определяется как нейродистрофический процесс. Эффекты внешних воздействий служат индикатором развития нейродистрофического процесса. Эту же роль играют и микробы, поселяющиеся в тканях с нарушенной резистентностью. Воздействие внешней среды способствует дальнейшему развитию патологического процесса (язва с *геликобактер пилори*).

Патогенез нейродистрофических поражений тканей и образования нейродистрофической язвы сложен. В тканях с нарушенной иннервацией возникают глубокие изменения микроциркуляции появляется своеобразная дедифференцировка, изменяется спектр ферментов, возникают новые белки-антигены, образуются аутоантитела на эти антигены, измененные тканевые элемен-

ты становятся мишенями антител и иммунцитов. Продукты деятельности иммунцитов и продукты распада тканей вызывают воспалительную реакцию, которая усиливается вследствие присоединяющегося инфицирования. Кроме локального может возникать и генерализованный дистрофический процесс, к которому близки повреждения внутренних органов, описанные Селье при тяжелом стрессе (тяжелая форма генерализованной дистрофической патологии).

Сравнительно простой нейротрофической системой является регионарная трофическая система. Ее центральным звеном является нейрон, периферическим – соматическая клетка, в них обмен трофогенами идет постоянно и не зависит от обмена нейромедиаторами.

Все связи в ЦНС обеспечивают функциональные и трофические взаимодействия. Поэтому ЦНС представляет собой генерализованную трофическую систему, или трофическую сеть. По генерализованной трофической системе могут распространяться не только трофогены, но и патотрофогены, токсины, вирусы, антитела к нервной ткани и нейротрансмиттерам, пептиды.

Все интегративные системы – нервная, эндокринная, иммунная – находятся в тесном взаимодействии, они составляют общую нейроэндокринноиммунную систему. К этой троице следует добавить соединительнотканную систему. Все вместе они образуют единую общетрофическую систему. В этой системе может возникнуть дисрегуляторная патология входящих в нее структур, причем ее инициальным звеном могут быть нарушения в каждой из указанных интегративных систем. Роль разных трофических систем и общей трофической системы организма в механизмах различных форм патологии в ЦНС остается пока малоизвестной подводной частью айсберга их патогенеза.

Дисрегуляторная нейросоматическая патология – это патология внутренних органов и систем, вызванная патогенными влияниями со стороны измененной ЦНС. К патологии нервной регуляции относятся различного рода нарушения вегетативных функций нейрогенного происхождения: так называемые неврозы внутренних органов, общие и регионарные нейрогенные нарушения сосудистого тонуса, некоторые формы ишемии миокарда и сердечных аритмий, дискинезии полостных органов, ЖКТ и женской половой сферы, расстройства секреторных процессов, нейрогенные изменения внутриглазного давления, некоторые формы диабета, бронхиальной астмы и др. центральным механизмом нейрогенных дисрегуляторных расстройств и изменений внутренних органов во многих случаях является ПС, в состав которой входят измененные внутренние органы, которые становятся органами-мишенями и периферическими звеньями ПС.

Нарушение деятельности внутренних органов при центральных патогенных влияниях происходит при двух условиях: длительность и интенсивность патогенных влияний и недостаточность органных механизмов резистентности и ауторегуляции. Длительное и интенсивное влияние со стороны генератора способствует преодолению механизмов органный резистентности и ауторегуляции. Терапия болезней нервной регуляции должна быть комплексной, в виде сочетанного воздействия на ПС с целью ликвидации ее влияний и воздействия на измененный орган-мишень для повышения его резистентности и усиления ауторегуляторных механизмов и нормализации его функции органа-мишени. Т.е. длительность и интенсивность соматоформной дисфункции способствуют закреплению патологической системы, которая постепенно нарушает и трофическую деятельность соответствующего органа или системы. Психотерапевтическое вмешательство восстанавливает физио-

логические системы, направленные на полноценное функционирование органа или системы, образуется физиологический функциональный контур.

Физиологический функциональный контур: детерминанта – рабочая часть системы – результат – обратные связи – акцептор результата действия – рабочая часть системы и т.д. в возникновении функциональных систем системоморформирующую роль играют детерминанты: в физиологической системе – физиологическая детерминанта в виде принятого решения, соответствующего требованиям момента, а в патологической системе – патологическая детерминанта, представляющая собой либо измененный блок принятия решения, либо структуру ЦНС, ставшую гиперактивной благодаря генератору.

Существует категория пациентов, которые получив лечебный эффект от психотерапевтической работы прекращают дальнейшие мероприятия по психокоррекции. Часть из них можно определить как здоровых, но некоторые через определенное время возвращаются с рецидивом соматоформного расстройства. Это происходит вследствие недостаточного противодействия искусственно созданной антисистеме, которая не смогла полностью разрушить патологическую систему. В данном случае патологическая система сохранилась в виде следовых процессов и вновь подкрепились очередной психотравмирующей ситуацией.

Особое значение имеют следовые процессы для ЦНС, осуществляющей связь организма со средой: они лежат в основе памяти, развития, обучения, условных рефлексов, возникновения новых функций. Эти феномены являются выражением нейропластичности. Однако, следы, сохранившиеся после патологических процессов, могут иметь и патогенное значение. Исчезновение клинических признаков патологического процесса в ЦНС не означает его полной ликвидации. На стадии клинического выздоровления сохраняются изменения, которые клинически не проявляются благодаря нейропластической реорганизации, компенсации нарушенных функций и саногенетическому перекрытию оставшихся дефектов. Новые патогенные воздействия, нарушающие саногенетические механизмы и интегративный контроль ЦНС и активирующие скрытые, сохранившиеся изменения, могут вызвать восстановление в той или иной степени признаков нейропатологического синдрома (опыт).

Феномен восстановления нервных расстройств – воспроизведение патологических процессов на базе следовых реакций. По своей природе и механизмам возникновения рецидивы нейропатологических синдромов близки к механизмам следовых реакций. Рецидивы могут быть спровоцированы новыми патогенными воздействиями, если лежавшие в основе бывшего патологического процесса ПС и ее детерминанта остаются потенциально активными и не ликвидированы саногенетическими процессами. Если ПД и ПС лишь подавлены и прикрыты регуляторными и компенсаторными механизмами, они могут активироваться либо благодаря собственным самодерживающимся механизмам, либо вследствие новых патогенных воздействий, нарушающих саногенетический контроль. Рецидив синдрома означает недостаточность контролирующих саногенетических механизмов и представляет собой дисрегуляторную патологию.

При рецидивах соматоформной патологии пациентам настоятельно рекомендуется продолжить комплексное лечение с обязательной психотерапевтической коррекцией.

Литература:

Гусев Е.И., Крыжановский Г.Н. Дисрегуляторная патология нервной системы / Под ред. Е.И. Гусева, Г.Н. Крыжановского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2009. – 512 с.

УДК 612.394.2:621.3.013

СООТНОШЕНИЕ АКТИВНОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ У ДЕТСКОГО КОНТИНГЕНТА, ПРОЖИВАЮЩИХ ВБЛИЗИ ТРАМВАЙНЫХ ЛИНИЙ г. ТЕМИРТАУ

Г.К. Алшынбекова

РГКП «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний» МЗ РК, г. Караганда

Проблема неблагоприятного воздействия электромагнитного излучения на населения и экосистемы приобрела в настоящее время исключительную актуальность в связи с всевозрастающим числом устройств и приборов, при проживании вблизи в трамвайной линии которых в окружающее пространство выделяется электромагнитная энергия.

При изучении состояния здоровья лиц, подвергавшихся электромагнитными полями, впервые были отмечены изменения состояния здоровья, выражающиеся форме жалоб и сдвигов некоторых физиологических функций [1]. По данным ряда авторов, отмечались нередко выраженные изменения состава периферической крови - умеренная тромбоцитопения, нейтрофильный лейкоцитоз, моноцитоз, тенденция к ретикулопении [2].

Однако в более поздних исследованиях, показана более высокая частота суицидов у лиц, проживающих вблизи от источников электромагнитного поля и найдены, значимые связи между самоубийствами и магнитными полями, измеренными у домов 589 лиц, покончивших самоубийством. А также показана более высокая частота обращаемости за психиатрической помощью населения, проживающего вблизи источников электромагнитного поля промышленной частоты [3].

Целью настоящей работы было исследование изменений в картине ЭЭГ у детского контингента проживающих вблизи трамвайных линий г. Темиртау.

Материалы и методы исследования: Биоэлектрическую активность коры головного мозга регистрировали у 280 здоровых испытуемых в возрасте от 12-17 лет правшах, проживающих на территории г. Темиртау не менее 10 лет. Испытуемых разделили по полу девушки, средний возраст составил $15,2 \pm 0,09$ и мальчики, средний возраст составил $15,02 \pm 0,08$ лет.

Электроэнцефалограмму регистрировали на 16 канальном компьютерном электроэнцефалографе фирмы «Нейрон-Спектр2» Нейрософт (Иваново). Применяли 8 монополярных отведений по международной схеме 10-20 симметрично в переднелобных (Fp_1 , Fp_2), центральных (C_3 , C_4), средневисочных (T_3 , T_4), затылочных (O_1 , O_2). В качестве референтного использовали объединенные электроды на мочках ушей (A_1 , A_2), заземляющий электрод (3).

Критерии включения в основную группу и группу сравнения были следующими: дети, проживающие не менее 10 лет вблизи трамвайной линии расстояние от источника 3-6 м, и контрольная группа дети которые проживающие далеко от трамвайной линии, в возрасте 12-17 лет, каждый год проходившие медицинский осмотр.

Критерии исключения: острые или хронические неврологические или соматические заболевания: наличие в анамнезе эпилептические болезни, черепно-мозговых травм.

ЭЭГ регистрировали непрерывно, в фоновом состоянии, в состояниях покоя закрытыми глазами и бодрствования открытыми глазами. Для каждого отведения вычисляли амплитуду среднюю, амплитуду спектра, среднюю спектральную мощность, среднюю частоту. Анализировали значения в стандартных

физиологических диапазонах частот: Δ -дельта 1-4 Гц; Θ -тета 4,25-8 Гц; α -альфа 8-13 Гц; β -бета 13-30 Гц.

Производили анализ эпох, не содержащих артефакты. Статистическую обработку осуществляли с помощью многомерных статистических методов пакета «Statistica», версии 5.5. В качестве доверительного интервала принята была вероятность $P_1=0,95$ и $P_2=0,99$ (соответственно уровень значимости $\alpha=0,05$ и $\alpha=0,01$).

Результаты исследования и их обсуждение. Для оценки соотношения активности показателей ЭЭГ были выбраны только чувствительные показатели. Прежде всего, у девушек были зарегистрированы изменения в соотношениях активности альфа-ритма во всех отделах коры головного мозга.

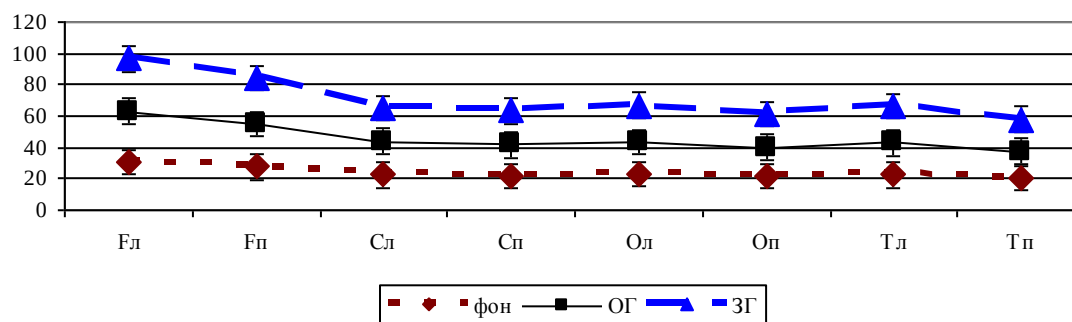
Максимальные значения были зарегистрированы при фоновой записи в правом и левом полушарии больше в лобных на 28%, центральных на 37%, затылочных на 40% и теменных отведениях на 45%, что свидетельствует об их большой чувствительности. Эти изменения биоэлектрической активности мозга, свидетельствуют о генерализованных гиперсинхронных вспышках [4].

При фоновой регистрации, тета-ритм в обеих полушариях особых отличий не показал, но по сравнению с контрольной группой во всех отведениях регистрировался рост тета-ритма до 24%.

При открытых глазах по сравнению с контрольной группой амплитуда тета-ритма было наиболее выражено в лобных отведениях с большим размахом доверительного интервала (11,5-14,07). Низкие показатели изменения амплитуды ЭЭГ регистрировали при ОГ в затылочных и теменных отделах. Повышение амплитуды тета-ритма наблюдался во время регистрации в позиции «закрытые глаза», слева 16,23 мкВ, а справа до 11,98 мкВ. В сравнительном анализе ЭЭГ у девушек нами зарегистрировано значительное увеличение дельта-активности, так при открытых глазах преобладал дельта-ритм слева, при фоновой записи они составляли 32,4 мкВ и 30,4 мкВ (рисунок 1). В паттерне ЭЭГ дельта-ритм при закрытых глазах по сравнению с фоновыми данными в левом полушарии преобладала дельта-ритм во всех отведениях.

Мощность спектра при позиции «открытые глаза» по сравнению с контрольной группой отличался во всех отведениях доверительными интервалами на 15%. Нами выявлено, что наиболее чувствительными были показатели мощности спектра волн в позиции «закрытые глаза» в передне-лобных на 7% и в затылочных отведениях слева на 5,8%.

Таким образом, сравнительном анализе у девушек, проживающих вблизи трамвайной линии, чувствительными были показатели левого полушария с реактивованием больше со стороны показателя альфа- ритма на 50%, что свидетельствует о более развитых у них циклических форм внутри - и межсистемных взаимодействий. На этом же фоне у девушек отмечается усиление амплитуды дельта - на 16% и тета-ритмы на 25%, которое свидетельствует о состоянии частичного напряжения, энергетической мобилизации в механизмах внутри-центральной регуляции коры больших полушарий [5].

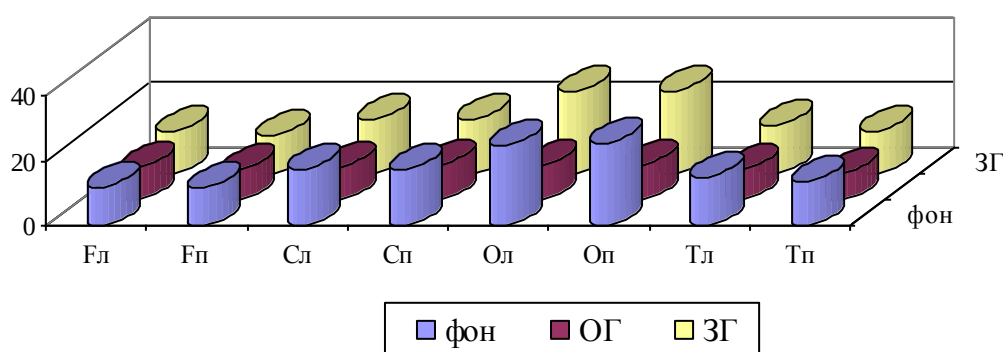


Примечание. Отведения: F-лобные, C-центральные, O-затылочные, T-теменные, ОГ- открытые глаза, ЗГ- закрытые глаза

Рисунок 1 - Соотношение амплитуды дельта-ритма у девушек проживающих вблизи трамвайной линии

Состояния биоэлектрической активности мозга у мальчиков выявил ряд чувствительных показателей по сравнению с контролем, в основном это были показате-

ли альфа-ритма слева и больше в центральных на 42% и затылочных отведениях на 44% (рисунок 2).



Примечание. Отведения: F-лобные, C-центральные, O-затылочные, T-теменные, ОГ- открытые глаза, ЗГ- закрытые глаза

Рисунок 2- Соотношение амплитуды альфа-ритма у мальчиков проживающих вблизи трамвайной линии

У мальчиков чувствительными были показатели амплитуды тета-ритма при открытых и закрытых глазах, больше в лобном отведении (15,47 мкВ справа и 17,87 мкВ слева) с большими изменениями доверительного интервала (Дин 10,56- Див 20,38).

Данные регистрации показали, что показатель амплитуды дельта-ритма при позиции «открытых и закрытых» глазах по сравнению с фоновыми данными слева во всех отведениях растет на 15%. Наиболее максимальные значения были зарегистрированы в лобных отведениях слева (от 37,62 мкВ до 40,91 мкВ), при этом величина амплитуды бета-ритма находились в диапазонах нормы [6].

Таким образом, сравнительный анализ нейродинамической активности мозга по параметрам ЭЭГ у девушек выявила, что чувствительность левого отдела полушария с высоким реагированием амплитуд альфа-ритма, что свидетельствует о более развитых циклических формах внутри - и межсистемных взаимодействий. У мальчиков отмечалось усиление активности амплитудных характеристик дельта- и тета-ритмов. Высокая вероятность взаимодействия дельта-волн между собой свидетельствовало, что у мальчиков более снижена функциональная активность коры головного мозга. У девушек активация больше проявилась в диапазонах дельта-, тета- и бета- ритмов при фоновой регистрации,

что свидетельствует о возрастании у них состояние активности напряжения.

Таким образом, сравнительная оценка состояния нейродинамической активности мозга, по параметрам ЭЭГ свидетельствует, что такие характеристики, как мощность спектра и амплитуды ритмов ЭЭГ является достаточно чувствительными показателями у данной категории детей к воздействиям факторов окружающей среды.

Литература:

1. Васюков Г.В., Нефедов А.Ю., Нечаев Ю.А. и др. Влияние длительной работы в экранированных помещениях в условиях гипоманнитного поля на функциональное состояние организма человека // Электромагнитные поля и человек.-1992.- С. 3-5.
2. Виллорези Дж., Бреус Т.К., Дорман Л.И. и др. Влияние геомагнитной активности на функциональное состояние организма //Биофизика.- 1995.- Вып.5.- С. 983-993.
3. Селицкий Г.В., Карлов В.А., Сорокина Н.Д. Механизмы восприятия мозгом человека магнитного поля //Физиология человека. - 1996. - Т.22. - №4. - С. 66-72.
4. Kayser J., Bruder J.E., Tenke C.E et al. Event-related potentials (ERPs) to hemifield presentations of emotional stimuli: differences between depressed patients and healthy

adults in P3 amplitude and asymmetry //Int. Psychophysiol. - 2000. - V.36. - P. 211-236.

5. Цапарин Д.М., Цицерошин М.Н., Шеповальников А.Н. Реорганизация межполушарного взаимодействия при речемыслительной деятельности направленной на

синтез слов и предложений //Физиология человека. - 2007. - Т.33. - №1. - С. 15-26.

6. Руководство пользователя НСФТ 015999.003 РП.- 2006.-Иваново.- 215 с.

Тұжырым

Теміртау қаласының трамвай жолына жақын тұратын балалар контингентінің ЭЭГ көрсеткіштерінің белсенділік арақатынасы

Г.К. Алшынбекова

Теміртау қаласының трамвай жолына жақын тұратын балалар контингентінің бас миының биоэлектрлік белсенділігіне магнитті өрістің әсері зерттелді. Алынған мәліметтер бойынша мынандай қорытындыға келдік, спектр қуаттылығы мен электроэнцефалограмма ырғақтарының амплитудасы осы балалардың қоршаған орта факторларының әсеріне көрсеткіштер сезімталдығының едәуір жоғары екендігі анықталды.

Түйінді сөздер: электроэнцефалограмма, трамвай жолы, балалар контингенті, ырғақтар амплитудасы

Summary

Relationship between activity (EEG) indicators of children's contingent, living near the tram lines in Temirtau

G.K. Alshynbekova

We investigated influence of a magnetic field on bioelectric activity of a brain at the children's contingent, living near to tram lines. The obtained data has allowed to make a conclusion, that such characteristics as capacity of a spectrum and amplitude of rhythms electroencephalogram is sensitive enough indicators at the given category of children to influences of factors of environment.

Key words: electroencephalogram, tram, children's contingent, the amplitude of the rhythms

УДК 614.2+616.728.2-007.17-053.31

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ 1 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ СӘБИЛЕРДЕ ЖАМБАС-САН БУЫНДАРЫНЫҢ ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ ӨТУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН ОҢАЛТУ ӘДІС ТИІМДІЛІГІН АНЫҚТАУ

А.С. Тлемисов, А.Р. Алимбаева

Семей қ. Мемлекеттік Медицина Университеті

Балалардың денсаулығын қамтамасыз ету — қоғамның негізгі міндеті. Балалар мен жасөспірімдер қоғамның және экономикалық дамудың негізгі ресурсы. Соңғы жылдары, балалар денсаулығының жағдайында кері тенденция өріс алды [2, 3, 4].

Тірек қимыл аппаратының ортопедиялық ауруларының ішіндегі жамбас сан буындарының дисплазиялық зақымдалуы оның қазіргі замандағы негізгі проблемасын құрайды. Ол 1000 нәрестенің 1-2 ден 24 дейін кездеседі. Осы патологиямен байланысты мүгедектік 14,6%-37,6% құрайды [1].

Келтірілген мәліметтер ұсынылып отырған тақырыптың өзектілігін, осы бағыттағы оңалту әдістерінің тиімділігін анықтау қажеттілігін көрсетеді.

Зерттеу жұмысының міндеттері:

1. Қаламыздағы жамбас-сан буындарының дисплазиясының омырау жасындағы балаларда кездесу жиілігін анықтау.

2. Аталған патологияның өту ерекшеліктерін оқып-үйрену.

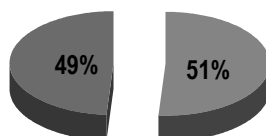
3. Оңалту әдістерінің тиімділігін анықтау.

Зерттеу жұмысы қаламыздағы «Тоқтамыс» балалар оңалту орталығында және Семей Мемлекеттік Медицина Университетінің Медицина Орталығында өтті.

Зерттеуге барлығы аталған орталықта 2009 жыл бойында реабилитациялық ем қабылдаған омырау жасындағы 100 бала алынды. Жамбас-сан буын дисплазиясының кездесу жиілігі қыз балаларда ұл балаларға қарағанда жиірек [7]. Біздің зерттеуде алынған барлық (100) баланың 49% ер, 51% қыз балалар құрады.

Жыныстық ерекшелік бойынша жамбас сан буындары дисплазиясының үлесі

■ Қыз балалар үлесі 51% ■ Ұл балалар үлесі 49%



Демек аталған патологияның осы жас мөлшерінде кездесуінде жыныстық ерекшеліктер айтарлықтай жоқ болғандығы анықталды.

Диагноз клиника – рентгенлогиялық және ультра дыбыстық зерттеу нәтижесінде қойылды.

Өзімізге мәлім клиника – рентгенлогиялық зерттеулердің жіктелуі.

Клинико – рентгенлогиялық жіктелу:

1. Жамбас-сан буындарының дисплазиясы
2. Туа біткен буынның шығуалды жағдайы
3. Сан сүйегі басының децентрациясы
4. Туа біткен шығуы
5. Сан сүйегі шығуының қалдық белгілері

Аталған жіктелуге зерттеуге алынған барлық балалардың 62% жатқызылды. Рентгенологиялық

әдіспен зерттелген 62 баланың 100% Жамбас-сан буындарының дисплазиясы анықталды.

1 жасқа дейінгі балалардың жамбас сан буындарын бағалаудың 5 түрлі ультра дыбыстық зерттеу әдісі және оның көптеген вариациялары бар. Олардың барлығы австралиялық ортопед профессор Reinharg Graf әдісіне негізделген. Ол 1984 жылы буынның ультра дыбыстық визуализациясы үшін В-режимді қолдануды ұсынып, нәресте буыны дамуының тип және подтип жіктемесін ұсынған [5].

Жамбас-сан буындарының диагностикалық критерилері [6].

Ультра дыбыстық зерттеу әдісімен барлық (100) баланың 38% зерттелді.

Жамбас-сан буын типі	I тип (дұрыс қалып- тасқан буын)		II тип (Осификацияның физиологиялық тежелуі)			III тип (сан сүйегінің жартылай шығуы)		IV тип (сан сүйегінің толық шығуы)
Подтип	A	B	A (Зайға деі)	B (Зайдан кейін)	C (сан сүйегінің шығу алды ағдайы)	A	B	-
Ұршық ойығы- ның шатыры конфигурациясы	Тік бұрышты		Домаланған			Қиғаш		Қиғаш
Ұршық ойығы	Горизонтальді		Қысқа			Аздап ойықталған		Қатты ойықталған
Шеміршекті шығуының шығуы	Кең және басты толық жабады		Кең және басты толық жабады			Қысқа және деформацияланған		Қысқа, деформация- ланған және басты толық жаппайды, ортан жіліктің басы мен мықын сүйек арасында қысылған
Бұрыш α	$> 60^\circ$		$50-59^\circ$			$> 43^\circ$		43°
Бұрыш β	$< 55^\circ$		$> 55^\circ$			$> 77^\circ$		$> 77^\circ$
Сан сүйегінің басы – тыныш- тық жағдайында	Центрация- ланған		Центрацияланған			Латерализация		Латерали- зация
— жүктемеде			Центрация- ланған			Латерализация		Латерали- зация



Негізгі клиникалық диагноз дәлелденген соң дәрігердің жоспары ол оның тиімді емі екені сөзсіз. Дисплазиясы бар нәрестелерге емдік дене шынықтыру және массаж жасалуы тиіс[7]. Зерттеу барысында, бақыланған балалардың патология бойынша алғашқы рет ем ала бастау жасы қарастырылды. Зерттеу барысында алғашқы ем ала бастау жастарын балалардың жамбас-сан буындары дамуын ескере отырып, салыстырмалы түрде үш кезеңге бөлдік:

1. Уақытылы. Бұл кезең 0-3 айлық бала жасын қамтиды. Жатыр ішілік және постнаталды кезеңдерде буын компоненттерінің сатылы оссификациясы жүреді. Бала дүниеге келген кезде, жамбас сүйектерінің қырлы бөлімі, сан сүйегінің басы, мойнының айтарлықтай бөлімі, үлкен және кіші ұршықтар сіңір құрылымды.

Жамбас-сан буындарының дисплазиясы 3 айға дейінгі балаларда анықталып және ем қабылдаған жағдайда, 97% жақсы және өте жақсы деген нәтиже байқалады[1]

2. Кешіңкіреп. Бұл кезең 3-5 айлық бала жасын қамтиды. Қалыпты жағдайда сан сүйегі басының сүйектену ядролары 3-4 айда пайда болады.

3. Кеш. Бұл кезең жасы 5 айлықтан асқан бала жасын қамтиды. Буын компоненттерінің өзара сәйкесіздігінің сақталуы, 6 ай және одан жасы жоғары балаларда, келешекте буын дамуының болжамын жағымсыз етеді.

Зерттеуде уақытылы ем бастаған балалар тобына 4%, кешіңкіреп ем бастағандарға 23%, кеш ем бастаған топқа 73% бала жатқызылды.



Кеш ем бастаған балалар санының жоғары болуын біз бірнеше себептермен байланыстырдық:

- Профилактикалық қарауларда, жамбас-сан буындары дисплазиясының уақытылы анықталмауы.
- Уақытылы, жамбас-сан буындары дисплазиясы бар балаларды реабилитация курстарына бағытталмауы.
- Ата – аналарының бұл патология бойынша хабарландырылуларының жеткіліксіздігіне байланысты, бала реабилитациясына қажет деңгейде көңіл бөлмеуі.

Өкінішке орай кеш диагностика жағдайлары жиі кездеседі[8]. Кеш ем бастаған балалар саны қазіргі уақытта басымырақ болғандықтан сол топқа арналған емдеу дене шынықтыру және массаж комплекстерін тереңірек қарастыруды жөн көрдік.

Зерттеуге алынған балаларда қолданылған массаж жоспары:

- ❖ Мойын аймағы
- ❖ Иықүсті
- ❖ Арқа
- ❖ Бөкселер
- ❖ Аяқтар
- ❖ Табандар

Процедура ұзақтығы 10-30 минут, 10 күн қатарынан. Курс 10-15 процедура, бала жасына және зақымдалу ауырлығына байланысты. [9]

Бақыланған 100 баланың 29 – да әртүрлі неврологиялық ауытқулар қосарлана кездескені мәлім болды. Яғни жамбас-сан буындарының дисплазиясы бар балаларды емдегенде және реабилитациялағанда жақсы көрсетіштер алу үшін, неврологиялық патологияға да аса көңіл бөлуіміз деп жөн көрдік.

Емдеу дене шынықтыруы:

- ❖ Баяу:
- ✓ Бір орында аяқтарын басу
- ✓ Түзетілген аяқтарын көтеру

- ✓ Қолдың айналмалы қозғалыстары
- ✓ Жамбас – сан буындарында айналмалы қозғалыстар

- ✓ Бөтен адам көмегімен еңбектеу
- ✓ Иықтарын артқа әкету
- ❖ Белсенді:
- ✓ Қолын тартып тұрған күйде отырғызу
- ✓ Бір қолын ұстап тұрып, аяқтарын фиксациялаған күйде отырғызу
- ✓ Шынтақтарынан демеген күйде аяқтарына тұрғызу

- ✓ Білезігінен демеген күйде тізелеріне тұрғызу
- ✓ Кернеулі артқа бүгілу
- ✓ Еңбектеу
- ✓ Бүйірлеріне бүгілу
- ✓ Қолдарынан демеген күйде отырғызу
- ✓ Алға бүгілу[9]

Әр жаттығудың ұзақтығы 10-20 сек. Жаттығулар массаж курстарымен қатар жүргізіледі.

Қортынды:

1. Ортопедиялық аурулар ішіндегі 1 жасқа дейінгі сәбилерде жамбас-сан буындарының дисплазиясының кездесу жиілігі жоғары екені анықталды.

2. Ғалымдардың айтуы бойынша жамбас-сан буындары дисплазиясының кездесу жиілігі қыз балаларда ұл балаларға қарағанда жиі болғанмен, біздің өңірдегі аталған патологияның кездесуінде жыныстық ерекшеліктер айтарлықтай жоқ екені анықталды.

3. Қазіргі таңда жамбас-сан буындары дисплазиясының уақытылы анықталып, ем алуын қамтамасыз ету үшін әр бала 3 айға дейін жамбас-сан буындарының ультра дыбыстық зерттеуінен өтуі қажет екендігін ұсынамыз.

4. Қосымша аурулар, әсіресе неврологиялық патологияға асыра көңіл бөлу маңызды екені анықталды.

5. Жақсы нәтиже алу үшін массаж және емдік дене шынықтыру комплексті өз уақытында үзбей қабылдау қажет.

Әдебиеттер:

1. Карпенко А.К., Трофимова Т.Н., Петрова Н.С., Минькин А.В. Способ определения патологии тазобедренного сустава у детей 1-5 лет. Государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. 2007

2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Региональные особенности здоровья детей – основа выбора приоритетов педиатрической науки и практики / Научная сессия академий. – М.: Наука, 2007. 68-69 б

3. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Зелинская Д.И., Терлецкая Р.Н. Инвалидность детского населения Рос-

сии / М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008.- 240 б.

4. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях) / руководство для врачей.- М., 2008.- 424б.

5. Graf R. Classification of hip joint dysplasia by means of sonography. Arch Orthop Trauma Surg. 1984; 102; 248-255

6. Куценко Я.Б., Рулла Э.А., Мельник В.В. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденные подвывихи и вывих бедра. // Киев, 1992 г. 182 б.

7. А.А. Дюсембаев, К.С. Ормантаев, М. Санбаев, М.Т. Аубакиров. Балалар хирургиясы. Алматы 2008. 579-583 б

8. Г.М. Кавалерский. Травматология и ортопедия. 2005. 489 б.

9. А.М. Аксенов и соавт. Реабилитация детей с дисплазией тазобедренных суставов. Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2009. 22-29 б.

Особенности течения дисплазии тазобедренных суставов у детей до года в городе Семей, определение оптимальности реабилитационного лечения

Современное состояние проблемы патологии тазобедренного сустава заключается в том, что диспластическое его поражения составляет самую распространенную группу больных среди ортопедических заболеваний опорно-двигательного аппарата. От 1-2 до 25 случаев на 1000 новорожденных. Инвалидность, связанная с этой патологией, составляет 14,6%-37,6%. Выше указанные данные составили актуальность нашей темы. Исследования проводились в детском реабилитационном центре «Токтамыс» г. Семей. Наблюдалось 100 детей. Было выяснено, что у 73% диагноз дисплазии тазобедренных суставов был выставлен не своевременно. Это в свою очередь осложняет лечение. Несомненно, что своевременное выявление дисплазии тазобедренных суставов (до 3 месяцев) является лучшей профилактикой ее осложнения.

Determination of the peculiarities of a course and the effectiveness of the rehabilitation methods of the dysplasia of thigh joints in children till 1 year in Semey

The modern condition of the problem of thigh joint pathology lies in the following: its dysplastic lesion composes the most widespread group of patients among the orthopedic diseases of the locomotor apparatus. From 1-2 till 25 cases to 1000 newborns, and the disability associated with this pathology composes 14.6-37.6%. The above mentioned data composed an actuality of our topic. The examinations have been carried out in pediatric rehabilitation centre "Toktamys", in Semey. There have been observed 100 children. It has been detected that in 73% of children the diagnosis of thigh joints dysplasia was put untimely. In turn, it complicates the course of pathology. There is no doubt that the time detection of the thigh joints dysplasia (till 3 months) is the best way of the prophylaxis of its complications.

УДК 616-053.2+095

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ г.СЕМЕЙ

Г.Т. Камашева, Е.Г. Белухина, Г.К. Шарипова, Б.К. Кариполлин
Государственный медицинский университет г.Семей

Состояние лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей во многом определяет частоту и течение респираторных заболеваний. У детей данной группы отмечается обычно перенапряжение, истощение или расстройство местных защитных механизмов.

Целью нашего исследования было изучение состояния лимфоэпителиальной глоточной системы и микробиотоза верхних дыхательных путей у часто болеющих детей различных возрастных групп в зависимости от клинического типа. Всего обследовано 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 15 лет, распределенных на три возрастные группы: 5-6 лет (31,6%), 7-11 лет (33,6%) и 12-14 лет (34,8%). В контрольную группу включены

эпизодически болеющие дети аналогичного возрастного состава.

Полученные данные представлены в таблицах 1-3.

В младшей возрастной группе отмечалось значительное преобладание симптоматики нарушений морфофункционального состояния лимфоэпителиальной глоточной системы при втором клиническом типе. Так, гипертрофия глоточной миндалины I-II степени была зарегистрирована у них в 73,9% случаев, при первом клиническом типе – в 26,9%, а II степени она достигала только при втором клиническом типе – в 21,7% случаев.

Симптоматика аденоидита была зафиксирована при втором клиническом типе в 2 раза чаще, чем при первом (39,1%).

Таблица 1 – Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей младшей возрастной группы (5-6 лет) в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=26		Второй тип, n=23		Р
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	53,8±9,8	19	82,6±7,9	<0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	7	26,9±8,7	12	52,2±10,4	>0,05
II степени	-	-	5	21,7±8,6	<0,05
Аденоидит	5	19,2±7,7	9	39,1±10,2	>0,05

Наконец, затрудненное носовое дыхание при втором клиническом типе зарегистрировано в подавляющем большинстве случаев (82,6%), в то время как при первом – примерно у половины детей (53,8%).

В возрастной группе 7-11 лет различия между клиническими типами по показателям состояния лимфоэпителиальной глоточной системы отчасти нивелировались. Так, общее число детей с гипертрофией глоточ-

ной миндалины при втором клиническом типе составило 24 (88,9%), а при первом – 13 (52,0%). Аденоидит был диагностирован в 59,3% и в 36,0% случаев соответственно. Выявленная частота затрудненного носового дыхания составила 81,5% и 64,0% соответственно.

При этом следует обратить внимание на увеличение частоты выявленных симптомов при обоих клинических типах по сравнению с младшей возрастной группой.

Таблица 2 - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей средней возрастной группы (7-11 лет) в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=25		Второй тип, n=27		Р
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	16	64,0±9,6	22	81,5±7,5	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	11	44,0±9,9	14	51,9±9,6	>0,05
II степени	2	8,0±5,4	10	37,0±9,3	<0,05
Аденоидит	9	36,0±9,6	16	59,3±9,5	>0,05

В старшей возрастной группе были получены данные, представленные в таблице 3.

По отношению к двум ранее описанным возрастным группам, в возрасте 12-14 лет заметных отличий по частоте гипертрофии глоточной миндалины нами не было зарегистрировано. Напротив, при обоих клиниче-

ских типах отмечалось повышение доли детей со II степенью гипертрофии. В то же время, доля детей с симптоматикой затрудненного носового дыхания и аденоидита уменьшилась, что, вероятно, связано с проводившимся у них лечением.

Таблица 3 - Особенности показателей состояния лимфоэпителиальной глоточной системы у часто болеющих детей старшей возрастной группы (12-14 лет) в зависимости от клинического типа

Симптомы	Первый тип, n=29		Второй тип, n=25		Р
	абс. число	%	абс. число	%	
Затрудненное носовое дыхание	14	48,3±9,3	17	68,0±9,3	>0,05
Гипертрофия глоточной миндалины:					
I степени	12	41,4±9,1	12	48,0±10,0	>0,05
II степени	4	13,8±6,4	11	44,0±9,9	<0,05
Аденоидит	7	24,1±7,9	15	60,0±9,8	<0,05

Соотношения частоты выявления гипертрофии глоточной миндалины изменилось в сторону повышения при первом клиническом типе, аденоидита – при втором клиническом типе.

Таким образом, симптоматика поражения лимфоэпителиальной глоточной системы была более характерной для второго клинического типа часто болеющих детей во всех возрастных группах, однако и при первом клиническом типе отмечалась более чем у половины

детей, с тенденцией к увеличению в старших возрастных группах.

Для определения особенностей микробиоценоза носоглотки обследованных детей нами были осуществлены микробиологические исследования, результаты которых отражены в таблице 4.

Следует указать, что в различных возрастных группах часто болеющих детей состав микрофлоры оказался сходным, что позволило нам объединить их в единый анализ.

Таблица 4 – Особенности микробиоценоза верхних дыхательных путей у часто болеющих детей в зависимости от клинического типа

Виды микроорганизмов	Первый тип, n=80		Второй тип, n=75		Р
	абс. число	%	абс. число	%	
<i>Haemophilus influenzae</i>	15	18,8±4,4	28	37,3±5,4	<0,05
<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	9	11,3±3,5	8	10,7±3,5	>0,05
<i>Staphylococcus aureus</i>	19	23,8±4,8	20	26,7±4,9	>0,05
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	17	21,3±4,6	26	34,7±5,3	>0,05
<i>Streptococcus beta-haemolyticus</i> (gr. A)	12	15,0±4,0	17	22,7±4,7	>0,05
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	7	8,8±3,2	8	10,7±3,5	>0,05
Другие грамотрицательные бактерии	8	10,0±3,4	12	16,0±4,1	>0,05

Преобладающим микроорганизмом при первом клиническом типе часто болеющих детей оказался *St. aureus*, который был высеян в 23,8% случаев. Практически у того же числа детей высевался *Str. pneumoniae* (21,2%),

на третьем месте оказался *Haemophilus influenzae* (18,8%).

В графическом виде данные микробиологического исследования представлены на рисунке 1.

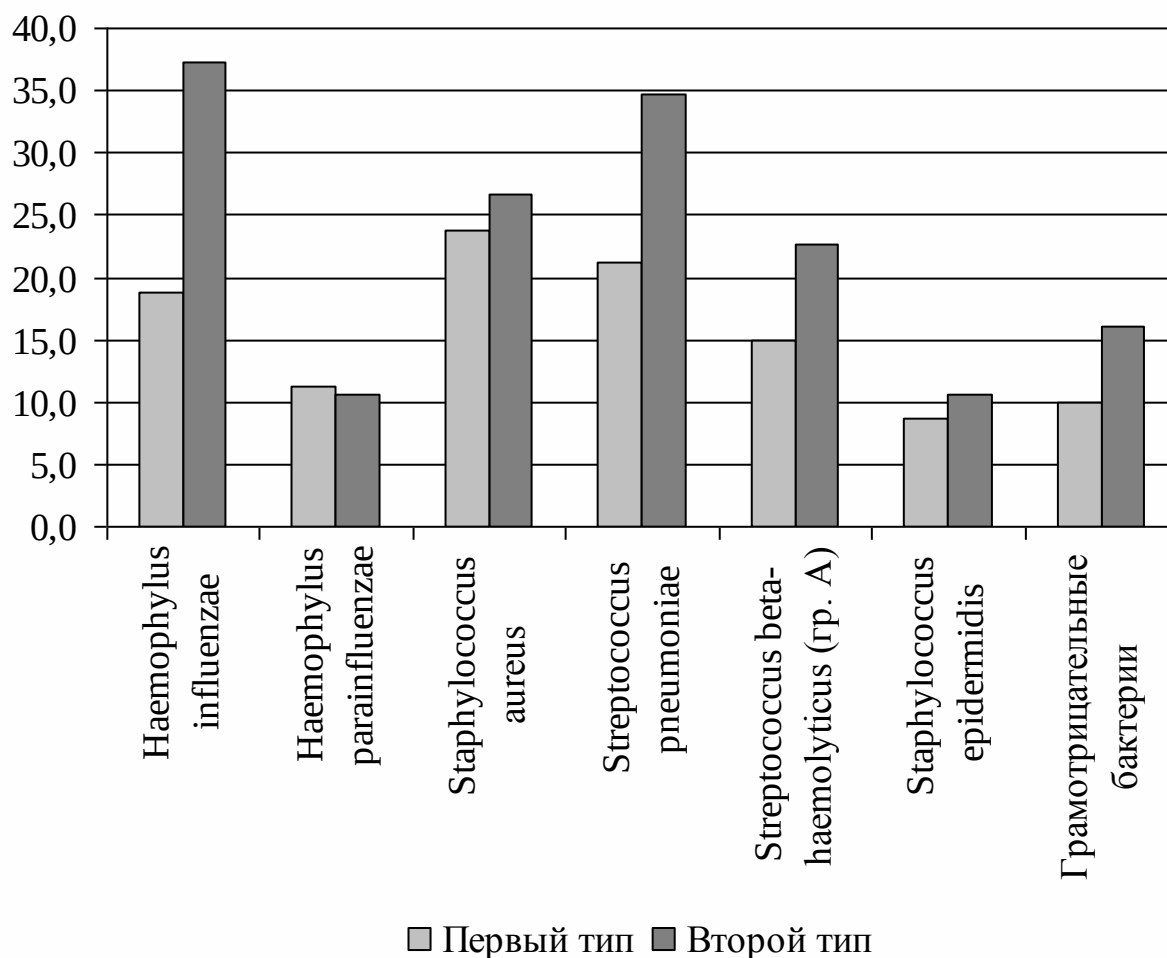


Рисунок 1 - Графическое отображение частоты высеваемости различных микроорганизмов из верхних дыхательных путей у часто болеющих детей

Бета-гемолитический стрептококк группы А, являющийся наиболее частым представителем микробиоценозов носоглотки у здоровых детей, имелся только в 15,0% случаев., т.е., был практически вытеснен более патогенными организмами.

Следует отметить, что высеваемость микроорганизмов при втором клиническом типе была более высокой, чем при первом, в 54,7% случаев этой группы была

зарегистрирована микст-инфекция с высевом 2 и более организмов.

На первом месте в этой группе детей находилась *Haemophilus influenzae* (37,3%), на втором – *Str pneumoniae* (34,7%), на третьем – *St aureus* – 26,7%.

Таким образом, практически для всех обследованных часто болеющих детей была характерна высокая обсемененность носоглотки условно-патогенными микроорганизмами.

Біздің жұмысымыздың мақсаты Семей қаласы жиі ауыратын балаларының лимфоэпителиальді жұтқыншақ жүйесінің және жоғары тыныс жолдарының микробиоценоз жағдайын тексеру болды. Барлығы үш топқа бөлінген 5 жасқа дейінгі 155 жиі ауыратын балалар тексерілді: 5-6 жас (31,6%), 7-11 жас (33,6%) және 12-14 жас (34,8%). Бақылау тобын осы жас ерекшеліктерге сай сирек ауыратын балалар құрды. Жиі ауыратын балалардың екінші клиникалық түрінде лимфоэпителиальді жұтқыншақ жүйесінің жиі зақымданатыны байқалды. Ал жоғарғы тыныс жолдарының шартты-патогенді микроорганизммен тым көп себілгені анықталды.

The aim of our research was study of condition of lymphoepithelial swallow system and microbiocynosis of upper respiratory ways at frequently sick children of Semey city. Totally observed 155 frequently sick children between age from 5 till 15 years, divided into three age groups: 5-6 years (31,6%), 7-11 years (33,6%) and 12-14 years (34,8%). Into control group included episodically sick children in the same age groups.

Disorders of lymphoepithelial swallow system was more characteristic for second clinical type of frequently sick children in all age groups. Practically for all observed frequently sick children was characteristic high semination of nasopharynx by conditionally pathogenic flora.

УДК 616.1+504.75.05](470.53)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ВКЛАДА ИХ МОДИФИЦИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА АКТАУ

М.Ш. Карасаева

*Актауская городская поликлиника №1, г.Актау***Введение.**

В последние десятилетия во всех индустриально развитых странах, в том числе и в Казахстане, хронические сердечно-сосудистые заболевания являются основными причинами инвалидизации и смертности взрослого населения [1,2]. На распространенность этой патологии влияет множество факторов, включающих производственные вредности, неблагоприятные экологические условия, наследственность, вредные привычки, несбалансированная диета, психоэмоциональный стресс [3].

Целью проведенного исследования явилось изучение традиционных факторов риска и их вклада в формирование болезней системы кровообращения у жителей города Актау.

Материалы исследования.

Материалами исследования послужили данные амбулаторных обследований жителей города Актау, страдающих болезнями системы кровообращения, включающих в себя осмотр кардиолога, узких специалистов, лабораторные и функциональные исследования – всего

365 человек в среднем возрасте $48,7 \pm 3,9$ лет. В контрольную группу вошли 298 лиц с патологией сердечно-сосудистой системы, приехавшие в г. Актау на постоянное место жительства с 2005 г. из других областей Казахстана, в среднем возрасте $46,5 \pm 4,8$ лет.

Результаты исследования.

В эпидемиологии и клинике БСК большое значение имеют данные по изучению всех факторов риска, способных оказывать модифицирующее регистрируемые показатели. К традиционным факторам риска, имеющим популяционное значение, относятся курение, избыточная масса тела, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональное напряжение и отягощенная наследственность по БСК.

В соответствии с таблицей 1, как среди лиц основной группы, так и в контроле процентное распределение этих факторов практически не имело различий. Достоверно больший процент лиц с психоэмоциональным напряжением и отягощенной наследственностью по БСК зарегистрирован нами в основной группе лиц, постоянно проживающих в городе Актау.

Таблица 1 - Распространенность нерадиационных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц основной и контрольной групп, %

Факторы риска	Основная группа		Контрольная группа	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Курение	$72,3 \pm 5,6$	$17,1 \pm 1,8$	$68,9 \pm 4,9$	$16,2 \pm 1,6$
Избыточная масса тела	$38,7 \pm 4,1$	$44,3 \pm 2,4$	$40,4 \pm 4,3$	$41,2 \pm 3,1$
Злоупотребление алкоголем	$28,2 \pm 2,7$	$12,2 \pm 2,1$	$26,8 \pm 2,1$	$11,7 \pm 1,1$
Психоэмоциональное напряжение	$32,4 \pm 3,5^*$	$22,2 \pm 3,1^*$	$14,2 \pm 1,8$	$15,3 \pm 1,9$
Отягощенная наследственность по БСК	$68,7 \pm 8,3^*$	$62,9 \pm 7,1^*$	$49,5 \pm 5,8$	$51,8 \pm 5,9$

Примечание: * - $p < 0,05$

Помимо представленных выше факторов риска, нами проанализировано состояние показателей биохимического гомеостаза, имеющих большое значение при формировании и реализации патогенетических механизмов развития атеросклероза.

Оценка показателей липидного обмена позволила выявить возрастные особенности распространенности гиперхолестеринемии среди лиц исследуемых групп. В возрастных стратах 30-39 и 40-44 лет существенных различий по количеству лиц с гиперхолестеринемией в исследуемых группах не установлено. В возрастной страте 45-59 лет среди мужчин и женщин основной группы зарегистрировано существенное превышение

числа лиц с гиперхолестеринемией по сравнению с контрольной группой ($38,6\%$; $22,4\%$ соответственно, $P < 0,05$).

Одновременно нами проведена оценка количества случаев повышенного содержания гомоцистеина, триглицеридов и холестерина среди лиц основной группы с АГ и ИБС и лиц контрольной группы (таблица 2). Как видно из таблицы, наиболее высокий процент лиц с повышенным содержанием изучаемых биохимических показателей зарегистрирован в основной группе с АГ и ИБС ($P < 0,05$), причем среди мужчин в среднем значение этих показателей оказалось существенно выше, чем среди женщин.

Таблица 2 – Распределение лиц исследуемых групп с повышенным содержанием гомоцистеина, триглицеридов и ХС ЛПНП (%)

Изучаемые показатели	Основная группа с АГ и ИБС		Контрольная группа	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Гипергомоцистеинемия (≥ 15 ммоль/л)	$31,4 \pm 2,3^*$	$23,3 \pm 2,0^*$	$16,5 \pm 1,2$	$15,8 \pm 1,3$
Повышенное содержание триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л)	$20,2 \pm 1,8^*$	$18,6 \pm 1,7^*$	$11,1 \pm 0,9$	$13,5 \pm 1,9$
Повышенное содержание ХС ЛПНП ($\geq 3,5$ ммоль/л)	$37,4 \pm 3,6^*$	$23,5 \pm 2,9$	$20,3 \pm 2,1$	$19,6 \pm 1,9$

Таким образом, анализ проведенного клинико-эпидемиологического исследования показал, что модифицирующее влияние на увеличение уровня БСК среди мужчин, проживающих в г. Актау, оказали гипергомоцистеинемия, отягощенная наследственность, ожирение и стресс; среди женщин – гипергомоцистеинемия, гипер-

холестеринемия, ожирение и отягощенная наследственность.

Литература:

- 1 Демографический ежегодник Казахстана, 2007. Статистический сборник. – Алматы. – 2008. – С. 104.
- 2 Мамедов М.Н., Оганов Р.Г. Артериальная гипертония в клинической практике врача: современная стра-

тегия диагностики и лечения. Кач. жизни. 2005; 3 (10): 10–6.

3 Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй

пересмотр) // Комитет экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Секция артериальной гипертензии ВНОК. - М., 2009 г. - 128 с.

Определение факторов риска и вклада их модифицирующего влияния на формирование болезней системы кровообращения у жителей города Актау

В статье представлены результаты изучения факторов риска развития болезней системы кровообращения (БСК) у жителей города Актау. Модифицирующее влияние на увеличение уровня БСК среди мужчин оказали гипергомоцистеинемия, отягощенная наследственность, ожирение и стресс; среди женщин – гипергомоцистеинемия, гиперхолестеринемия, ожирение и отягощенная наследственность.

Detection of risk factors and their modifying influence meaning in the formation of cardiovascular diseases at inhabitants of Aktau city.

In the paper we have presented the results of investigation for risk factors for cardiovascular diseases development at inhabitants of Aktau city. Modifying influence to increasing level of cardiovascular diseases in the males was detected for hyperhomocysteinemia, inheritance, obesity and stress; in the females – hyperhomocysteinemia, hypercholesterolemia, inheritance and obesity.

УДК 616.379-008.64: 616.12-008.331.1-08

АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТОВ И ОБМЕН ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЭБРАНТИЛА

Р.М. Жумамбаева, Н.А. Балашкевич, Л.Б. Дюсенова, Ш.Н. Райсханова

Государственный медицинский университет города Семей

Метаболический синдром – очень частое клиническое проявление, в среднем он встречается у каждого пятого среди взрослого населения развитых стран (7,11). Больные с метаболическим синдромом, как правило, обращаются за медицинской помощью по поводу артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа или ишемической болезни сердца.

Проспективные эпидемиологические исследования показали, что при метаболическом синдроме увеличивается риск развития коронарного атеросклероза и повышается смертность от него (2,9,12). В связи с этим разработка методов патогенетической терапии больных с (МС) остается одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Приоритетное место в лечении метаболического синдрома в настоящее время занимает гипотензивная терапия, которая предусматривает использование препаратов воздействующих на различные звенья патогенеза артериальной гипертензии. Широко распространение при этом получили α – адреноблокаторы.

В ходе многоцентровых исследований была показана способность α - адреноблокаторов улучшать параметры центральной гемодинамики симптоматику заболевания в целом, качество и продолжительность жизни больных с артериальной гипертензией (3,6,8). Однако мало изученными остаются вопросы, связанные с действием их на отдельные показатели реологических свойств крови, а данные о влиянии α - адреноблокаторов на липидный спектр носят разноречивый характер (1,5). В связи с этим, целью нашего исследования было изучение агрегационных свойств эритроцитов и показателей липидного спектра крови под влиянием α - адреноблокатора эбрантила (урапидила) фирмы Nyscomed.

У 25 женщин в возрасте 45-65 лет с МС по методу Ашкинази, изучались агрегационные свойства эритроцитов и липидный спектр крови до лечения, на 20-й день пребывания больных в стационаре и через 3 месяца в условиях поликлиники, где больные находились под наблюдением участкового врача. В качестве гипотензивной терапии все больные получали урапидил (эбрантил) в дозе 30мг 2 раза в день под контролем

артериального давления (АД). Следует отметить, что в обследуемую группу входили пациенты с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, с абдоминальным типом ожирения. У всех исследуемых больных до начала лечения наблюдались повышенные цифры АД что соответствовало в среднем 175/85 мм.рт.ст. Исходно, гиперхолестеринемия $> 5,2$ была у 20 из 25 обследованных лиц, триглицериды в крови оказались повышенными у 18, β - липопротеиды у 21, что составило 80%, 72% и 84% случаев соответственно. В связи с этим предложенные рекомендации наряду с основной медикаментозной терапией включали в себя низкосолевую диету до 3-5 гр. соли в сутки, ограничение пищи содержащей жиры, особенно животного происхождения, диету с оптимальным содержанием белка, витаминов, минеральных веществ ограничение жидкости до 1-1,5 л в сутки, 1 раз в неделю – разгрузочный день, легкие физические нагрузки. При анализе данных агрегационных свойств эритроцитов до лечения агрегация III-IV степени была у 2 больных, III степени у 19 и I-II степени у 4-х обследованных лиц, что составило 8%, 76% и 16% случаев соответственно. При обследовании больных на 20-й день лечения положительная динамика наблюдалась только в показателях агрегации эритроцитов (в 16% случаев), в то время как в анализах липидного спектра существенных изменений нами не отмечено. Контроль уровня АД показал стабильное снижение его уже на 3-й день пребывания больных в стационаре в 73% случаев, а на 20-й день практически у всех больных отмечались нормальные показатели. При анализе результатов исследования через 3 месяца нами отмечена положительная динамика в показателях липидного обмена и в данных агрегационных свойств эритроцитов. Так уровень общего холестерина снизился до значений нормы, т.е. $< 5,2$ ммоль/л - в 52% случаев, триглицериды - в 7%, β липопротеиды - в 38% случаев. Агрегация эритроцитов III-IV степени практически отсутствовала у всех обследованных лиц, II-III степени была у 13 (52% случаев), а I-II степени у 12 больных (48% случаев). Уменьшение агрегации эритроцитов в наших исследованиях обусловле-

но, по-видимому, механизмом действия α - адреноблокаторов на фибринолиз. Так по данным ряда авторов (4,10) прием эбрантила в дозе 60мг два раза в день снижает уровень фибриногена в плазме на 24% против исходного уровня. Что касается медленной динамики показателей липидного спектра, то результаты нашей работы совпали с данными, полученными при широко-масштабном исследовании урапидила (4).

Выводы:

1. Использование эбрантила у больных с МС ведет к снижению степени агрегации эритроцитов, что указывает на улучшение реологических свойств крови.
2. Благоприятное воздействие урапидила на уровень липидов возникает только при длительном приеме препарата.
3. Способ определения агрегации эритроцитов по И.Я. Ашкинази, в виду его доступности, может быть использован для определения эффективности лечения больных с МС.

Литература:

1. Алмазов В.А., Благосклонная Я.Б., Шляхто Е.В., Красильникова Е.И. Роль абдоминального ожирения в патогенезе синдрома инсулинорезистентности. Терапевтический архив 1999; 10. - С.18–22.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Особенности суточного профиля артериального давления у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Клиническая фармакология и терапия 1995; 4(3): 50–1.

3. Моисеев В.С., Ивлева А.Я., Кобалава Ж.Д. Гипертония, сахарный диабет, атеросклероз – клинические проявления метаболического синдрома Х. Вестник Российской академии медицинских наук 1995; 5: 15–8.

4. Мукта Дули, Карен Л. Гоа. Эбрантил (урапидил). Оценка использования препарата при лечении гипертонии. Журнал «Drugs», ноябрь 1998; 56 (5): 929-955.

5. Alessi M. C., Juhan-Vague I. PAI-1 and the metabolic syndrome: the links, causes and consequences. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2006; 26 (10): 2200–2204

6. Butler J., Rodondi N., Figaro K. Metabolic Syndrome and the risk of cardiovascular disease in older adults. J Am Coll Cardiol 2006; 47 (8): 1595–602.

7. Daskalopoulou S.S., Mikhailidis D.P., Elisaf M. Prevention and treatment of the metabolic syndrome. Angiology 2004; 55 (6): 3145–52.

8. Ford E.S., Giles W.H., Dietz W.H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002;287:356–9.

9. Kereiakes D.J., Willerson J.T. Metabolic syndrome epidemic. Circulation 2003; 108: 1552–3.

10. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 2001; 5. N 01–3670.

11. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. (<http://www.idf.org>)

12. Zimmet P., Shaw J., Alberti G. Preventing type 2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic view. // Diabetic medicine 2003; 20(9): 693–702.

Метаболикалық синдромы бар науқастардың қанындағы эритроциттердің агрегациялық қасиетін және липидті спектрін тексеру нәтижесінде эбрантил (урапидил) әсерінен мынадай нәтиже байқалған: урапидил эритроциттердің агрегациясын азайтып, липидтер деңгейіне жақсы әсер еткені байқалған.

During research of erythrocytes aggregation & cholesterol of blood at the patient with metabolic syndrome which treated with urapidil were found results: decreasing erythrocytes aggregation & positive using to level of blood fats.

УДК 616-008.9-092.19

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМЫНДА КЕШЕНДІ ЕМДЕР ҚОЛДАНУ ТИІМДІЛІГІ

Д.Х. Даутов, Г.М. Шалгумбаева, С.Б. Кайдарова

Семей мемлекеттік медицина университеті

Метаболизмдік синдромға (МС) қатысты диагностика, алдын алу және емдеу мәселелері қазіргі заманның аса бір өзекті медициналық және әлеуметтік проблемалары болып табылады. Заманауи концепцияларға сәйкес метаболизмдік синдром гормондық және метаболизмдік бұзылыстар қосындысы, өз ара байланысты болып келетін жүрек-қан тамырлар ауруларының және қантты диабеттің қауіп факторларының бірігіп келуі, және бұлардың ортақ патофизиологиялық механизмі – инсулинге резистенттілік.

Бұл синдромға соншалық көңіл бөліну себебі оның жалпы популяцияда таралу жиілігі: соңғы статистикалық мәліметтерге қарағанда бұл дерттік жағдайдың кездесу жиілігі 14 - 24% аралығы [3,6]. Индустриялық дамыған елдерде метаболизмдік синдром атеросклерозбен байланысты өлім-жітімнің ең жиі кездесетін себептері болып табылатын аурулардың пайда болуына және бұлардың тез қарқынды дамуына ықпалын тигізетіні әптен дәлелденген. Метаболизмдік синдромның жаңа компоненттері анықтала келе жүректің ишемиялық ауруы, ми инсульті, жалпы және

коронарлық өлімнің қауіпі жоғарылай түсетіні белгілі [1].

Жалпы ғаламшар тұрғындары арасында жүректік-метаболизмдік қауіптің жоғарылауымен сипатталатын артериялық гипертензиямен семірудің кездесу жиілігі өте қарқынды өсіп келе жатқаны осы синдромның өзін және оның құрамындағы компоненттерді заманауи тиімді емдеу принциптерін іздеп табуға талап етеді [2,5].

Қазіргі кезде әр түрлі ауруларды емдегенде төменқуатты лазер сәулесі емдік шаралардың бір маңызды қосындысы болып келеді. Медициналық саладағы әдебиеттерде, әсіресе ресейлік басылымдарда бұған айтарлықтай көп назар аударылуда. Қуаты төмен лазер сәулесі организмге көптеген қолайлы әсер ететіні дәлелденіп отыр, ең алдымен ол жалпы иммунды жүйелерге белсендіруші ықпалын тигізеді, қанның реологиялық қасиеттерін жақсартады, қабыну үрдістеріне төжеуші әсер етеді, қабыну процестерін қайтара отырып, ауыру, домбығу, қызару сияқты қабыну көріністерін тез арада азайтады. Лазер сәулесінің осындай әсері көптеген тыныс алу жүйесі, жүрек-қан тамырлар жүйесі, ішкі секреция

жүйесі, тірек-буын жүйесі ауруларында кеңінен қолданылуына жол ашты [4,7,8].

Лазер сәулесін қолданудың әр түрлі әдістері бар, мысалы, тері және сілемейлі қабықтар арқылы, биологиялық белсенді нүктелерді, рефлексогенді зоналарды, түрлі тіндерді, жарақаттанған аймақтарды тікелей сәулелендіру тәсілдері көп пайдаланылып келеді. Сонымен қатар, лазер сәулесі арнайы қондырғылар көмегімен тамыр ішіне, буындар ішіне, құлақ, мұрын ішіне түсіріледі, өңеш, асқазан, ішек жолдарына, кеңірдек, бронхылар ішіне, қуық және зәр жолдарына эндоскопиялық құралдар арқылы жеткізіледі.

Көптеген клиникалық зерттеулер гелий-неон лазер сәулесі әр түрлі дерттік жағдайларда бірыңғай бейспецификалық емдік әсер ететінін айқындап отыр. Бір қатар сенімді зерттеулер қорытындылары бойынша, метаболизмдік синдромды емдеу барысында лазер сәулесі анаэробтық гликолиз үрдісін жылдамдатып, катаболизм процестерін белсендетеді, үшглицеридтер және май тіндерінің ыдырауын қамтамасыз етеді, липидтер және белок синтезін тежейді.

Біздің зерттеуіміздің мақсаты болып абдоминалдық семіруі және метаболизмдік синдромы бар науқастарды емдегенде лазер сәулесінің емдік нәтижелерін бағалау табылды. Зерттеу тобына абдоминалдық семіру салдарынан салмағы артқан, 1-2 дәрежелі артериялық гипертензиясы бар 35 науқас адам алынды. Науқастар жастары 48-70 аралығы, орташа алғанда 56,4, бұның ішінде ер адамдар – 21, әйел адамдар - 14. Метаболизмдік синдром деп науқаста 5 белгінің кем дегенде 3-уі болғанда қарастырдық:

- белінің айнала өлшемі ер адамдарда 102 см-ден, ал әйел адамдарда – 88 см-ден артық болуы;
- аш қарынға үшглицеридтер деңгейінің 1,69 ммоль/л-ден артық болуы;
- тығыздығы жоғары липопротеидтер холестерині ер адамдарда 1,03 ммоль/л-ден, әйел адамдарда 1,29 ммоль/л-ден төмен болуы;
- систолалық артериялық қысымның 130 мм с.б.б.-ден, ал диастолалық артериялық қысымның 85 мм с.б.б.-ден жоғары болуы;
- аш қарынға қан құрамындағы глюкоза деңгейінің 6,1 ммоль/л-ден жоғары болуы.

Тексеруге алынған науқастар кездейсоқ іріктеу тәсілімен екі топқа бөлінді: негізгі топ (19 науқас) және бақылау тобы (16 науқас). Емделуші адамдар 3 ай бойы бақылауда жүрді, алдымен емхана жатып емделген кезінде, артынан амбулаториялық жағдайда отбасылық дәрігерлер көмегімен. Барлық науқастардың осы уақыт ішінде артериялық қан қысымы деңгейі үнемі тексеріліп отырылды, емханаға жатқан кезде және шығарылғанында, 3 ай өткен соң жалпы клиникалық зерттеулер (қанның жалпы анализі, коагулограмма, электрокардиография), биохимиялық тексерулер (қан құрамындағы глюкоза деңгейі, жалпы холестерин және оның фракциялары, үшглицеридтер), эхокардиография жасалды.

Бақылау тобындағы емделушілер гипохолестериндік, төмен калориялық диета,

физикалық жаттығулармен қатар медикаментозды емдер қабылдады (гипотензивті препараттар, статиндер, холестерин деңгейін төмендететін басқа препараттар). Негізгі топтағы емделушілер аталған емдік шаралармен қатар лазер терапиясын қабылдады. Лазер терапиясы Корепанов әдістемесі бойынша биологиялық белсенді нүктелерді инфрақызыл «Узор» аппаратымен сәулелендіру арқылы іске асырылды. Қол басындағы, омыртқалар бойындағы, кеуде торындағы биологиялық белсенді нүктелер әр қайсысы 1 мин бойы, әр бір сеанс кезінде барлығы 10 нүкте сәулелендірілді, аппарат түтіктерінің шығысында лазер сәулесінің жиілігі 1500 Гц құрады. Әр бір науқас 10 күн қатар күніне 1 сеанс лазер терапиясын алып отырды.

Екі топтағы емдердің нәтижелерін салыстырғанда бұлар негізгі топ емделушілерінде анағұрлым жоғары дәрежеде болғаны анықталды. Лазер терапиясы пайдаланылған емделушілерде липидтер алмасуы көрсеткіштерінің динамикасы, ең алдымен жалпы холестерин және оның атерогендік бөлшектерінің төмендеуі, айқындау дәрежеде болды. Атап өтетін болсақ, жалпы холестерин мөлшері сенімді деңгейде 11,6% төмендеді ($p < 0,05$), ал тығыздығы төмен липопротеидтер холестерині 16,3% төмен болып шықты ($p < 0,05$). Гипотензивті емдер нәтижесі де негізгі топ емделушілер арасында бақылау тобына қарағанда жоғарылау болып шықты: лазермен бірге жүргізілген кешенді емдік шаралар нысаналық артериялық қысым деңгейіне 92,6% науқастарда жеткізді.

Қорыта келе, метаболизмдік синдромына шалдыққан науқастарды құрамында лазер сәулесі бар кешенді емдер қолдана емдеу осы топ науқастарда метаболизмдік бұзылыстарды қайтаратын дәрілік және медикаментозды емес емдердің тиімді комбинациясы болып табылады, аталған емдік шаралар көптеген клиникалық және зертханалық көрсеткіштердің оңтайлы өзгерістерімен жақсы нәтижеге жеткізеді.

Әдебиет:

1. Адашева Т.В., Демичева О.Ю.//Лечащий врач.-2003.-№ 10.-24-29 б.
2. Байрамчуков Ф.Н., Булгакова А.Д., Куреленкова М.Е. и др.//Терапевтический архив.-2002.-№12.-24-26 б.
3. Баллюзек М.Ф. Возрастные особенности течения, надъязычанная фототерапия сердечно-сосудистого метаболического синдрома: Автореф. дис. ...канд.мед.наук.-СПб., 2002.
4. Мамедов М.Н., Метельская В.А., Петрова Н.В.//Кардиология.-2000.-№2.-83-89 б.
5. Рязанов А.С., Аракелянц А.А., Юренев А.П.//Терапевтический архив.-2003.-№3.-86-88 б.
6. Улащик В.С., Золотухина Е.И.// Здравоохранение.-2001.-№10.-44-46 б.
7. Чиркин А.А., Голубев С.А.//Медицинские новости.-2002.-№10.-23-29 б.
8. Шилов А.М., Чубаров М.В., Мельник М.В. и др.//Русский медицинский журнал.-2003.-№21.- 1145-1149 б.

Эффективность комплексных методов лечения при метаболическом синдроме

Д.Х. Даутов, Г.М.Шалгумбаева, С.Б.Кайдарова

Комплексное лечение больных с метаболическим синдромом, включающее в себя инфракрасное лазерное облучение биологически активных точек, позволяет достигнуть более выраженных положительных результатов лечения, проявляющееся значительным снижением уровня общего холестерина, его атерогенных фракций, а также нормализацией артериального давления.

Effectiveness of complex treatment modalities in metabolic syndrome**D. Kh. Dautov, G.M. Shalgumbayeva, S.B. Kaidarova**

Complex treatment of patients with metabolic syndrome including exposure of biologically active points to infrared laser, enables to obtain more positive results manifesting by significant reduction of total cholesterol and atherogenic fractions and normalization of blood pressure.

УДК 614.39:331.108.2-057.86(045)

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АМЛИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ****И.А. Избасарова, Д.К. Кожаметова, А.Б. Калымжанова****Государственный медицинский университет города Семей**

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, целевые уровни АД должны быть ниже 140/90 мм рт. ст., тогда как у лиц с сахарным диабетом и метаболическим синдромом (МС) эти величины еще ниже - 130/80 мм рт. ст. Достижение целевых уровней АД с помощью одного антигипертензивного препарата возможно лишь у 30-40% больных с мягкой и умеренной АГ. Так, в исследованиях ALLHAT, INVEST, LIFE и STOP применение комбинации двух и более препаратов привело к достижению целевых уровней АД в среднем на 78%.

В последнее время для успешного лечения больных артериальной гипертензией широко применяются комбинированные гипотензивные препараты. Одним из них является Амлипин, в состав которого входит антагонист кальция амлодипин 5 мг и ингибитор ангиотензин превращающего фермента лизиноприл в дозе 5 мг. При проведении многих исследований было установлено, что ингибитор АПФ уменьшает количество триглицеридов, глюкозы в крови. Амлодипин относится к II-группе селективных антагонистов ионов кальция. Ионы кальция играют большую роль в регуляции жизнедеятельности организма. Эти ионы, проникая в клетки, активируют внутриклеточные биоэнергетические процессы. Антагонисты ионов кальция оказывают тормозящее действие прохождения ионов кальция через каналы во внутрь клеток. Антагонисты кальция, действуя на состояние гладких мышц сердца и сосудов, тем самым оказывают сосудорасширяющее, антиангинальное и гипотензивное влияние. Поэтому эти препараты в настоящее время широко применяются для лечения артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. Важными свойствами антагонистов кальция являются их способность уменьшать вязкость крови и агрегацию тромбоцитов. Однократный прием препарата оказывает длительное – в течение 36 часов антигипертензивное действие.

Целью исследования является изучение эффективности и безопасности фиксированного комбинированного препарата Амлипин в лечении артериальной гипертензии у больных МС.

Методы и материалы: Для исследования были привлечены 20 больных обоих полов (10 - женщин, 10 - мужчин). Больные в возрасте 60-70 лет с диагнозом стенокардия напряжения II ФК, хронической сердечной недостаточностью 2-3 ФК и СД 2 типа. У 11 больных АГ - 2 степени, 9 больных - АГ 3 степени. Диагноз метаболического синдрома поставлен на основании критерий: абдоминальное ожирение (размер пояса у мужчин 94 см, у женщин более 80 см) и наличие менее 4 факторов:

- а) Триглицериды $>1,7$ ммоль/л или специфическое лечение дислипидемии;
- б) ЛПВП ХС $<1,03$ у мужчин, у женщин $<1,29$ ммоль/л или специфическое лечение;

в) САТ >130 мм.рт.ст., ДАТ >85 мм.рт.ст или антигипертензивное лечение;

г) глюкоза натощак в венозной плазме крови $>5,6$ ммоль/л или ранее выявленный СД 2-го типа.

Изучались жалобы больных. Больные в основном жаловались на частые боли в области сердца с иррадиацией в левую руку и подлопатку, сердцебиение, одышку при физических нагрузках, также у больных отмечались головные боли, головокружение, нарушение зрения и памяти.

До начала исследования больным в течение одной недели никаких гипотензивных препаратов не назначали. В начале болезни были изучены анамнез, физикальные исследования, антропометрические данные относительно МС. Были проверены исследования ЭКГ, ЭхоКГ, уровень глюкозы в крови, количество ХС, ТГ и ЛПВП ХС.

У 8 больных были проведены суточные мониторные исследования АД. Больные в течение 10 дней, находясь на стационарном лечении, ежедневно привлекались к исследованию, измерялось АД. Каждый раз проводился опрос относительно сопутствующего действия препаратов. После выписки больные наблюдались амбулаторно, 1 раз в неделю в течение 6 недель, где им также проводились исследования, и измерялось АД. В период наблюдения был проведен усиленный контроль за серьезным соблюдением больными здорового образа жизни и применения диетического питания против атеросклероза. В зависимости от уровня АД, была установлена первичная доза Амлипина $1\frac{1}{2}$ или 1 таблетка. Наблюдение проводилось 7 недель (10 дней стационарное наблюдение, 6 недель – амбулаторное).

В результате лечения у 9 больных значительно уменьшились показатели систолического артериального давления с 180 ± 4 до 148 ± 2 мм. рт. ст., а также диастолического с 116 ± 4 до 104 ± 5 мм. рт. ст. уже на 3 недели приема препарата. У 11 больных показатели систолического давления уменьшились с 200 ± 5 до 160 ± 4 мм.рт.ст, а диастолического со 110 до 100 мм рт ст. на 5 недели.

Наряду с этим, после лечения у больных исчезли или уменьшились боли в области сердца, уменьшились такие жалобы, как головные боли, головокружение, у некоторых больных нормализовался сон, исчезла раздражительность и нервозность уже после 1 недели приема препарата. У них повысились показатели толерантности к физической нагрузке на 3 неделе. Ни один из больных, находящихся под наблюдением не принимали гиполипидемические и гипогликемические препараты. Несмотря на это, наблюдалось улучшение количества ТГ, ЛПВП ХС и глюкозы в крови. Количество ТГ в начале лечения было $1,97 \pm 0,2$ ммоль/л, а в конце 7 недели лечения понизилось до уровня $1,83 \pm 0,14$ ммоль/л.

У мужчин и женщин в количестве ЛПВП ХС в определенной степени было повышение. В начале лечения у женщин ЛПВП ХС $1,03 \pm 0,08$ ммоль/л, а в конце $1,0 \pm 0,12$ ммоль/л, у мужчин повышаясь до $0,89 \pm 0,09$ ммоль/л стало $0,75 \pm 0,09$ ммоль/л. В начале количество глюкозы в крови было $6,01 \pm 0,35$ ммоль/л, затем уменьшилось до $5,93 \pm 0,39$ ммоль/л.

Таким образом, у 87% больных за 7 недель лечения достигли нужного уровня АД. Препарат не оказывал отрицательного действия на глюкозу в крови и уровень липидов, напротив, возникло определенное улучшение. Незначительное понижение глюкозы в крови может быть связано с облегчением доставки глюкозы в ткани, периферическим вазодилататорным действием компонентов препарата, увеличение чувствительности тканей к инсулину и более хорошим контролем диеты в период наблюдения.

Проведенное нами исследование показало эффективность и безопасность препарата фиксированной комбинации амлодипина+лизиноприла (Амлипип) для лечения артериальной гипертензии у больных МС.

Артериалды гипертензиямен наукастарды сәтті емдеуге қосарланған гипотензивті дәрілер кеңінен қолданылады. Олардың бірі Амлипип (Са антогонисті амлодипин 5 мг+ АПФ ингибиторы лизиноприл 5 мг) болып табылады. Осы дәрі артериалды қан қысымын төмендетеді, липидті спектрге оң әсер етеді.

For successful treatment of patients with arterial hypertension are applied combined ant-hypertensive drugs. Amlipin (amlodipin is antagonist of calcium 5 mg & lisinopril is inhibitor ACE 5 mg) is one of them. Medicine decreases blood pressure, does positive using to cholesterol of blood.

Литература:

1. Карпов Ю.А., Соболева Г.Н. Антагонисты кальция – препараты первой линии в кардиологии. Тер. Архив 1997 №1 стр. 74-76
2. Ольбинская Л.И., Морозов Т.Е. Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента эналаприл в лечении больных с артериальной гипертензией и сердечной недостаточностью. Кардиология. 1994 №8
3. Мамедов М.Н. Руководство по диагностике и лечению метаболического синдрома. М.2004.
4. Гуревич М.А. Особенности патогенеза и лечения ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и артериальной гипертензии у больных сахарным диабетом. Клин. Мед. 2005; 1; 4-9.
5. Чазова И.Е., Мычка В.Б. "Метаболический синдром" М.2004-168 с.
6. Шевченко О.П., Праскурничий Е.А., Шевченко А.О. "Метаболический синдром" М.2004.
7. Задионченко В.С., Адашева Т.В., Демичева О.Ю. "Метаболический синдром: терапевтические возможности и перспективы" Consilium medicum №9, 2005.

УДК 616.12-008.331.1

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

М.Ш. Карасаева

Актауская городская поликлиника №1, г.Актау

Наибольшие трудности в определении принципов и методов первичной профилактики артериальной гипертензии (АГ) среди детей и подростков связаны с необходимостью четкой дифференциальной диагностики ювенильной формы АГ и нейроциркуляторной астении с лабильной артериальной гипертензией. Предлагая схемы методов первичной профилактики АГ среди подростков, мы исходим из разработанных нами принципов диспансерного наблюдения за этими группами высокой степени риска.

Необходимо учесть, что диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по АГ, высоким нормальным АД, с артериальной гипертензией и гипертонической болезнью. При соблюдении этих условий диспансеризация должна включать в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по АГ, высоким нормальным АД;
- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по АГ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование

ограничивается антропометрией и трехкратным измерением АД). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска АГ ребенок должен быть проконсультирован кардиоревматологом (при АГ - 1 раз в 6 месяцев, при ГБ - 1 раз в 3 месяца). По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и невропатологом. Обязательные исследования проводятся не реже 1 раза в год, дополнительные - по показаниям.

Все данные вносятся в историю болезни ребенка и медицинскую карту ребенка. Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

У подростков может быть использовано установление группы риска по адаптированным нами критериям для подросткового возраста, опубликованным в Рекомендациях экспертов ВНОК по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии 2009 года [1].

Группы риска АГ I степени:

- Низкий риск - нет факторов риска и нет поражения органов - мишеней.
- Средний риск - 1-2 фактора риска без поражения органов-мишеней.
- Высокий риск - 3 и более факторов риска и/или поражения органов - мишеней.

Пациенты с АГ II степени относятся к группе высокого риска.

Целью лечения АГ является достижение устойчивой нормализации АД для снижения риска развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний и летальности.

Задачи лечения АГ:

- достижение целевого уровня АД для данного возраста, пола и роста;
- улучшение качества жизни пациента;
- профилактика поражения органов-мишеней или обратное развитие имеющихся в них изменений;
- профилактика гипертонических кризов.

Исходя из вышеизложенного, для медицинских работников нами определены общие принципы ведения подростков с АГ:

- при выявлении у подростка АД, соответствующего понятию "высокое нормальное АД", медикаментозная терапия не проводится. Рекомендуются немедикаментозное лечение и наблюдение;
- при выявлении у подростка АД, соответствующего понятию "артериальная гипертензия I степени", медикаментозная терапия назначается при неэффективности в течение 6-12 месяцев немедикаментозного лечения;
- при выявлении у подростка артериальной гипертензии II степени, медикаментозное лечение назначается одновременно с немедикаментозной терапией;
- если подросток 16 лет и старше относится к группе высокого риска, медикаментозная терапия назначается одновременно с немедикаментозной независимо от степени АГ;
- перед началом медикаментозного лечения желательно проведение суточного мониторирования АД;
- выбор препарата осуществляется с учётом индивидуальных особенностей пациента, возраста, сопутствующих состояний (ожирение, сахарный диабет, состояние вегетативной нервной системы, гипертрофия миокарда левого желудочка, функциональное состояние почек и др.);
- лечение начинают с минимальной дозы и только одним лекарственным препаратом, чтобы уменьшить возможные побочные эффекты. Если отмечается недостаточный гипотензивный эффект при хорошей переносимости препарата, целесообразно увеличить дозировку данного лекарственного средства;
- при отсутствии гипотензивного эффекта или плохой переносимости лекарственного средства проводится замена на препарат другого класса;
- желательно использование препаратов длительного действия, обеспечивающих контроль АД в течение 24 часов при однократном приеме;
- при неэффективности монотерапии возможно применение сочетаний нескольких лекарственных препаратов, желательно в малых дозах;
- оценка эффективности гипотензивного лечения проводится через 8-12 недель от начала лечения;
- оптимальная продолжительность медикаментозной терапии определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Минимальная продолжительность

медикаментозного лечения - 3 месяца, предпочтительнее - 6-12 месяцев;

Показанием к немедикаментозному лечению детей и подростков следует считать наличие у них высокого нормального АД или АГ. Немедикаментозное лечение АГ должно быть рекомендовано всем детям и подросткам вне зависимости от необходимости лекарственной терапии. Немедикаментозное лечение включает в себя следующие компоненты:

- мероприятия по снижению избыточной массы тела (МТ) проводятся после оценки МТ с помощью определения индекса Кетле. Рекомендации по контролю за МТ включают оптимизацию физической активности и рационализацию питания (уменьшение калорийности суточного рациона).

В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации кардиологов (American Heart Association) для поддержания хорошего состояния здоровья подросткам необходимо ежедневно уделять как минимум по 30 минут умеренным динамическим (аэробным) нагрузкам и по 30 минут 3-4 дня в неделю - интенсивным физическим нагрузкам [2]: АГ I степени при отсутствии органических поражений или сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний не может быть препятствием для занятий спортом. Необходимо каждые два месяца измерять АД для оценки влияния физических упражнений на уровень АД.

Диетотерапия АГ является необходимым компонентом комплексного лечения и направлена на нормализацию АД с помощью понижения возбудимости центральной нервной системы, улучшения функционального состояния почек и коры надпочечников и, тем самым, нормализации водно-солевого баланса и тонуса сосудов. При этом основными принципами лечебного питания должны служить физиологическая полноценность рациона, который должен содержать все необходимые факторы питания в количествах, соответствующих физиологической потребности детей и подростков в основных пищевых веществах и энергии; ограничение потребления натрия и свободной жидкости в сочетании с повышенным содержанием в рационе калия и магния; оптимальный жирно-кислотный состав с содержанием растительных жиров в диете не менее 30% от общего содержания жиров.

- Лечение вегетативных нарушений
- Физиотерапевтические процедуры: гальванизация, диатермия синокаротидной зоны; электрофорез по Вермелю (с 5% раствором бромистого натрия, 4% сульфата магния, 2% раствором эуфиллина, 1% раствором папаверина); электросон с частотой импульсов 10 Гц; массаж; иглорефлексотерапия; водные процедуры.
- Психофизиологический тренинг.
- Фитотерапия курсами продолжительностью 1 месяц 3-4 раза в год.: седативные травы (сбор из 6 трав: шалфей, боярышник, пустырник, валериана, зверобой, багульник; настой листьев эвкомии и шлемника; настой сушеницы болотной); мочегонные травы (брусничный лист, толокнянка, березовые почки). Широкое внедрение мероприятий медицинской профилактики в деятельность врачей практического здравоохранения, развитие системы целенаправленного применения этих мер может рассматриваться как шаг к переходу служб практического здравоохранения на реальное профилактическое направление. Результаты комплексных профилактических мероприятий определяют социально-экономическую и этическую значимость всей профилактической работы. Дело только за ее реальным осу-

ществом, активизацией резервов служб практического здравоохранения.

Литература:

1. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) // Комитет экспертов Всероссийского науч-

ного общества кардиологов. Секция артериальной гипертензии ВНОК. - М., 2009 г. - 128 с.

2. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of Stroke by antihypertensive Drug Treatment in Older Persons With isolated Systolic Hypertension / Final Results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) // J. Amer. Med. Ass. -2004. -V. 265, N 23. -P.3255-3264.

Основные принципы и методы первичной профилактики артериальной гипертензии среди подростков.

В статье приводятся основные принципы и методы первичной профилактики артериальной гипертензии среди подростков. Описаны методы диспансерного наблюдения, комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, включающего медикаментозное и немедикаментозное лечение.

The main principles and methods for primary prevention of arterial hypertension in teenagers.

In the paper we have presented the main principles and methods for primary prevention of arterial hypertension in adolescents. It was described the methods for clinic centre system monitoring, complex sanitary and therapy measures including medicamentous and non-medicamentous treatment.

УДК 616.12-008.

ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КО-ДИРОТОНОМ

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.Е. Мансарина,
С.М. Сагайдачный, А.Г. Абдыкаримова, З.Г. Кездыкбаева
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Изучение вопроса о влиянии малых доз ИАПФ на сердечнососудистую систему у лиц, страдающих артериальной гипертензией, является весьма актуальной проблемой. В настоящее время отмечено увеличение заболеваемости артериальной гипертензии в Казахстане, ВКО.

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности Ко-Диротона (фирма «Гедеон Рихтер») у лиц, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных с артериальной гипертензией, из них 35 мужчин, 27 - женщин, в возрасте от 32 до 65 лет, средний возраст больных составил $45,2 \pm 1,2$ лет. Все больные распределены на 2 группы: Первая группа - 31 больных, которым назначался Ко-Диротон 10-20 мг/сут однократно. Вторая группа - 31 больных, которым назначался Ко-Диротон в дозе 40 мг/сут.

Ко-Диротон - комбинированный препарат, состоящий из лизиноприла и гидрохлоротиазида. Ко-Диротон применялся: 1) как первый препарат с последующим добавлением при необходимости других антигипертензивных средств, 2) после отмены неэффективного предшествующего лечения, 3) в случае непереносимости предшествующей антигипертензивной терапии, 4) в качестве дополнения к предшествующей недостаточно эффективной антигипертензивной терапии. Ко-Диротон назначали в начальной дозе 10-20 мг/сут однократно, максимальная-40 мг/сут. Коррекция эффективности лечения в зависимости от дозы проводилась на основании измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений, общего периферического сопротивления (ОПСС), минутного (МО) и ударного (УО) объемов сердца по данным рео - и эхокардиографии. Дан-

ные наблюдения обрабатывались статистическими программами SPSS.

Результаты исследования и обсуждение

К наиболее характерным жалобам больных обеих групп следует отнести повышение артериального давления до 170/100 мм.рт.ст. (92% и 98% соответственно), головные боли различной выраженности (82% и 79% соответственно). Длительность заболевания в первой группе составила в среднем 18,6 лет, во второй группе 19,2 лет. Из сопутствующих заболеваний отмечено: ИБС. Стабильная стенокардия 54% и 62% соответственно, ИБС. Кардиосклероз - 12% и 8% соответственно, сахарный диабет 11 тип, средней степени тяжести - 6% и 9% соответственно.

У всех больных обеих групп исходно оказались достоверно повышены систолическое и диастолическое артериальное давление. Группы обследованных больных сопоставимы по основным показателям.

Больным, получавшим Ко-Диротон, он был назначен в качестве первого в дозе 40 мг - 47%, как дополнительный в дозе 20 мг - 53%.

На 3 сутки у больных, получавших Ко-Диротон в дозе 20 и 40 мг/сут, САД, ДАД, ЧСС имели достоверную тенденцию к снижению, при дальнейшей тенденции к снижению на 10 сутки, особенно выраженному во 2-ой группе.

Отмены Ко-Диротона в связи с побочными эффектами во время лечения в обеих группах не наблюдалось. После проведенной терапии Ко-Диротоном отмечена положительная динамика в обеих группах.

Проведенное исследование показало, что для достижения адекватного снижения артериального давления в условиях стационара показано обязательное назначение Ко-Диротона.

Таблица 1. - Клиническая характеристика больных.

Показатели	1 группа (n =31)	11 группа (n=31)
Регулярное лечение до госпитализации, %	33	32
Курение, %	28	32
Индекс массы тела, кг/м	27,5±2,9	27,2±1,8
Дислипидемия %	60	64
Холестерин, ммоль/л	6,2±0,6	6,1±0,8
Креатинин, ммоль/л	81,4± 2,3	82,1±1,8
САД, ммртст	170±1,6	171±1,4
ДАД, ммртст	100±1,4	100±1,3
ЧСС, мин	78,2±1,2	82±1,5
ОПСС, дин сек см –5	1879±10,3	1868±2,1
МО, л/мин	5,4±0,2	5,6±0,2
УО, мл	88,3±1,2	86,3±0,2

Таблица 2. - Результаты показателей центральной гемодинамики до и после лечения Ко-Диротон в 1 группе.

Показатели	До лечения	После лечения	P
САД, ммртст	170±1,6	140±0,8	<0,001
ДАД, ммртст	100±1,4	98,4 ±1,1	<0,001
ЧСС, уд/мин	78,2±1,2	76,2±1,4	<0,001
ОПСС, дин сек см	1879±10,3	1525±7,8	
МО, л/мин	5,4±0,2	5,7±0,3	
УО, мл	88,3±1,2	82,1±1,1	<0,01

Таблица 3. - Результаты показателей центральной гемодинамики до и после лечения Ко-Диротон во II группе.

Показатели	До лечения	После лечения	P
САД, ммртст	171±1,4	128±1,1	<0,001
ДАД, ммртст	100±1,3	89, 2±1,4	<0,001
ЧСС, уд/мин	82±1,5	68,2±1,5	<0,001
ОПСС, дин сек см	1868±2,1	1852±1,1	
МО, л/мин	5,6±0,2	5,2±0,3	
УО, мл	86,3±0,2	80,3±0,1	<0,01

В отличие от группы традиционной терапии, которой всем больным для получения ответа на лечение требовалось не менее двух гипотензивных препаратов, в группе Ко-Диротон 40 мг/сут, 52 % больных получали только однокомпонентную терапию, при этом у них 2 раза реже проводилась коррекция режима лечения, частота нормализации артериального давления при выписке была достоверно большей, а сроки достижения снижения артериального давления меньшими. Таким образом, повышение дозы Ко-Диротона с 20 до 40 мг/сут позволяет достичь целевого снижения артериального давления с использованием меньшего количества препаратов.

Выводы.

Ко-диротон в дозе 40 мг/сут показал высокую эффективность в терапии больных с артериальной гипертензией.

Литература:

Артериялық қан қысымында ко-диротон емі
К.Н.Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.Е. Мансарина,
С.М. Сагайдачный, А.Г. Абдыкаримова, З.Г. Кездыкбаева
Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей

Жүргізілген зерттеулерге қатысты, қан қысымы ауруларында, ко-диротонның емдік дәрежесінің жоғарылығын бағалады.

Co-diroton in the treatments arterial high blood pressure
K.N. Apsalikhov, L.K. Zhazykbaeva, L.B. Kenzhina, A.E. Mansarina,
S.M. Sagajdachnyi, A.G. Abdykarimova, Z.G. Kezdykbaeva
Research institute for Medicine and Ecology, Semey

The research co-diroton to show highly effectiveness in the treatments arterial high blood pressure.

1. Сидоренко А.Б. Кандесартан - новый блокатор ангиотензиновых рецепторов: особенности фармакологии и опыт использования при артериальной гипертензии // Кардиология-2004, №1, С.55-65.

2. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента при лечении гипертонической болезни // Кардиология- 2000, №2, С. 74-82.

3. Исаева Б.Г., Полимбетов Д.С. Диротон в комбинированной терапии нарушений агрегационного ответа тромбоцитов при хронической ревматической болезни сердца // Медицина - 2004, №3, С. 86-88.

4. Полимбетов Д.С., Ползик Г.Б. и соавт. Диротон в терапии артериальной гипертензии в зависимости от дозировки // Медицина- 2004, №4, С. 89-91.

5. Drunner H.R. Experimental and clinical evidence that angiotensin II is indepent risk factor for cardiovascular disease // Am.Y. Cardiol. 2006, 87 A, 3C-9C

УДК 616.831-005-085

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Р.Р. Нурланова

Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей

В связи с широкой распространённостью, ростом показателей смертности и инвалидизации, весьма актуальной является проблема цереброваскулярных заболеваний /1/. Основными причинами развития острых и хронических нарушений мозгового кровообращения являются артериальная гипертензия и атеросклеротическое поражение мозговых сосудов /4,5/. Как правило, данные заболевания возникают в среднем и пожилом возрасте. Зачастую на первый план в клинике болезни выступают когнитивные расстройства, затрудняющие профессиональную деятельность пациентов. О когнитивном дефиците принято говорить в тех случаях, когда отмечается снижение мнестико-интеллектуальных способностей относительно индивидуальной нормы для данного пациента. Учитывая характерную тенденцию последних лет, связанную с увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста среди населения, возрастает распространённость когнитивных нарушений, что в свою очередь, влияет на состояние общества в целом, и является важной медико-социальной проблемой. Как известно, с возрастом происходят инволютивные изменения в головном мозге, которые проявляются снижением памяти, внимания, замедленностью психических процессов, но у большинства людей данные нарушения не выходят за пределы возрастной нормы /6/. Однако нередко за жалобой на снижение памяти скрывается органическое заболевание головного мозга, которое может привести к деменции, и как следствие, - потери трудоспособности, бытовой независимости. Нарушение когнитивных функций, как проявление неврологического заболевания, обуславливает тяжесть состояния человека, влияя на качество жизни и приводя к социальной дезадаптации. Одно из главных мест в генезе когнитивных расстройств занимает хроническая ишемия головного мозга /3/. Основными причинами хронической цереброваскулярной недостаточности являются атеросклероз сосудов головного мозга и артериальная гипертензия. При этом возникает ряд биохимических процессов: нарушение целостности мембран клеток, активация перикисного окисления липидов, протеолиза, нарушение взаимодействия нейромедиаторов, явления асептического воспаления, апоптоз, в конечном счете, приводящих к гибели нервной ткани. Возникает гипоперфузия в различных структурах головного мозга, нарушается связь между корковыми и субкортикальными образованиями, отмечается феномен разобщения, клинически проявляющийся нарушением когнитивных функций /6/.

Очевидно, что когнитивные расстройства являются таким же основополагающим неврологическим симптомом, важным для синдромальной, топической и нозологической диагностики заболеваний нервной системы, как двигательные, чувствительные и вегетативные нарушения. Особенно важна ранняя диагностика когнитивных нарушений, так как на начальных этапах можно ожидать наилучшего эффекта от проводимой терапии. Вовремя проведённые профилактические и лечебные мероприятия позволяют замедлить или предотвратить развитие деменции.

В целом когнитивные нарушения, развивающиеся у лиц, страдающих артериальной гипертензией и атеросклеротическим поражением мозговых сосудов, остаются

недостаточно изученными и часто расцениваются как проявления естественного процесса старения. Не исследованы особенности когнитивных расстройств в зависимости от характера поражения вещества мозга, нет чётких указаний по применению современных лекарственных препаратов при данной патологии.

В лечении сосудистых когнитивных нарушений широкое применение получили вазоактивные препараты, назначение которых может иметь патогенетическое обоснование. В повседневной практике применяются такие препараты, как Кавинтон форте, пентоксифиллин, Вазобрал, циннаризин, Инстенон в стандартных дозировках.

Эффективность Кавинтона в лечении пациентов с хронической недостаточностью кровоснабжения мозга показана в ряде исследований. Установлено, что препарат улучшает метаболизм ишемизированной ткани мозга, регионарный церебральный кровоток, микроциркуляцию и гемореологию. Кроме того, показана эффективность Кавинтона в лечении когнитивных нарушений у больных с цереброваскулярными заболеваниями, что подтверждено результатами нейропсихологических исследований и функциональной магнитно-резонансной томографии головного мозга.

В связи с появлением новой формы выпуска Кавинтона (50 мг/10 мл, № 5) представлялось интересным изучить его эффективность и безопасность у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями.

Поэтому целью нашего исследования явилось улучшение клинических показателей и состояния когнитивных функций, определение их значимости в топической диагностике при хронической ишемии головного мозга, обусловленной артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом и у пациентов с последствиями инфаркта мозга, и повышение эффективности их лечения с использованием Кавинтона в высоких дозах.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи исследования:

1. Изучить особенности неврологических и нейропсихологических проявлений у больных с хронической ишемией головного мозга на фоне артериальной гипертензии, артериальной гипертензии и атеросклероза сосудов головного мозга, а также у пациентов, имеющих острое нарушение мозгового кровообращения ишемического генеза в анамнезе.

2. Выявить значимые структурные изменения центральной нервной системы по данным КТ и МРТ, приводящие к когнитивным расстройствам при хронической ишемии головного мозга, обусловленной артериальной гипертензией, церебральным атеросклерозом и при инфаркте мозга в анамнезе.

3. Изучить эффективность использования кавинтона у больных с хронической ишемией головного мозга и когнитивными нарушениями.

Материал и методы

Исследование проводили в условиях Медицинского центра ГМУ г. Семей 100 пациентов (58 мужчин и 42 женщины) в возрасте 50–81 год (средний возраст — 60±8,4 года).

Все больные соответствовали критериям цереброваскулярных заболеваний, I стадия которой была ве-

рифицирована у 18,6%, II — у 58,7%, а III — у 22,7% обследованных.

В исследование не включали пациентов с пароксизмальной формой мерцательной аритмии, артериальной гипотонией, гемодинамически значимыми стенозами церебральных артерий.

На 1-й, 8-й день, а также через 2 мес после начала лечения оценивался соматический, неврологический статус, основные показатели витальных функций (частота сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД)), наличие побочных эффектов и переносимость препарата, выполнялась электрокардиография (ЭКГ) и ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных артерий головы, проводилось нейропсихологическое обследование с применением краткой шкалы оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) по стандартной методике. Кавинтон назначали по схеме: в 1-й день — 20 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, на 2-й день — 30 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, на 3-й день — 40 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно, с 4-го по 7-й день — 50 мг в 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно. Введение осуществляли медленно, со скоростью 40 капель/мин. После курса парентерального введения больные ежедневно принимали Кавинтон форте в таблетках по 30 мг 3 раза в сутки в течение 11 нед.

Результаты

1. Пациенты с хронической ишемией головного мозга на фоне артериальной гипертензии, артериальной гипертензии и атеросклероза мозговых сосудов и с инфарктом мозга в анамнезе, имеют нарушения когнитивных функций различной степени выраженности.

2. Характер и выраженность когнитивных расстройств связаны с определенными структурными изменениями вещества головного мозга (по данным нейровизуализации).

3. В результате проведенного лечения Кавинтоном отмечался отчетливый положительный клинический эффект. В первую очередь у пациентов уменьшалась выраженность мозжечковой симптоматики и улучшалось выполнение координаторных проб. У ряда больных выявлено снижение пирамидного дефицита, вегетативных нарушений и аффективных расстройств. Пациенты отмечали частичный регресс субъективных признаков заболевания: уменьшились выраженность головной боли, головокружения и шума в голове.

Выводы:

1. У больных с хронической ишемией головного мозга на фоне артериальной гипертензии и артериальной гипертензии в сочетании с церебральным атеросклерозом, а также при инфаркте мозга в анамнезе выявляются когнитивные расстройства различной степени выраженности, общемозговая, микроочаговая, полушарная и мозжечковая симптоматика, что подтверждается результатами инструментальных и нейропсихологических методов исследования.

Артериалды гипертензия ми тамырларының атеросклерозы, ми инфаркты аясында бас миының созылмалы ишемиясы бар науқастарда когнитивті қызметтің әр түрлі дәрежеде зақымдалуы байқалады. Кавинтон дәрісін қолдана отырып, емдеу барысында миық симптоматикасы мен координарлық байқаулардың жақсаруы анықталды.

The conducted research has confirmed efficiency of Kavinton and Kavinton forte in treatment of patients with vascular frustration. Efficiency of a preparation is shown at its intravenous introduction in high doses that was shown by objective improvement functions by 8 day of therapy.

2. Наиболее значимыми структурными изменениями головного мозга, влияющими на характер и выраженность когнитивных нарушений, являются лейкоареоз, расширение желудочков мозга, наличие лакунарных очагов и зоны инфаркта.

3. Лейкоареоз, локализующийся субкортикально, приводит преимущественно к нарушению мнестической функции, перивентрикулярно — к расстройствам внимания и праксиса. При распространенном лейкоареозе выявляется целый комплекс когнитивных расстройств, среди которых - нарушение речевой функции, мышления и памяти. Сочетание лейкоареоза с расширением желудочковой системы мозга приводит к ухудшению таких показателей, как праксис и внимание. Особенности когнитивного статуса больных с последствиями инфаркта мозга зависят от локализации очага поражения.

4. Проведенное исследование подтвердило эффективность Кавинтона и Кавинтона форте в лечении пациентов с сосудистыми когнитивными расстройствами. Показана эффективность препарата при его внутривенном введении в высоких дозах, что проявлялось объективным улучшением когнитивных функций уже к 8-му дню терапии.

Перспективным в терапии когнитивных нарушений сосудистого генеза является комбинирование применяемых медикаментозных средств, что обуславливает необходимость оценки безопасности таких комбинаций. С этой целью целесообразно дальнейшее изучение Кавинтона при применении его в комбинации с другими препаратами, способными оказывать положительное влияние на состояние когнитивных функций.

Литература:

1. Верещагин, Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии / Н.В.Верещагин, В.А.Моргун, Т.С.Гулевская. М.: Медицина, 1997. - 166с.
2. Гусев, Е.И. Ишемия головного мозга / Е.И.Гусев, В.И.Скворцова. -М. Медицина, 2005. 448с.
3. Левин, О.С. Когнитивные расстройства. Гетерогенность умеренного когнитивного расстройства: диагностические и терапевтические аспекты / О.С. Левин, Л.В. Голубева // Consilium Medicum.- 2006. Т8. - №2. - С.106-112.
4. Скворцова, В.И. Артериальная гипертензия и цереброваскулярные нарушения / В.И.Скворцова, К.В. Соколов, Н.А.Шамалов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006. - №11. - 57-64.
5. Шоломов, И.И. Динамика когнитивных функций при оценке применения Кортикса у больных с цереброваскулярной патологией / И.И.Шоломов, Е.Б. Лутошкина // Журнал Terra medica, спецвыпуск «Кортиксин». 2003. - С. 15.
6. Яхно, Н.Н. Легкие когнитивные расстройства в пожилом возрасте /Н.Н. Яхно, В.В. Захаров // Неврологический журнал. 2004. - Т9. - № 1. - С.4-8.

УДК 616.12 008.46 036.12 073:314.47.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

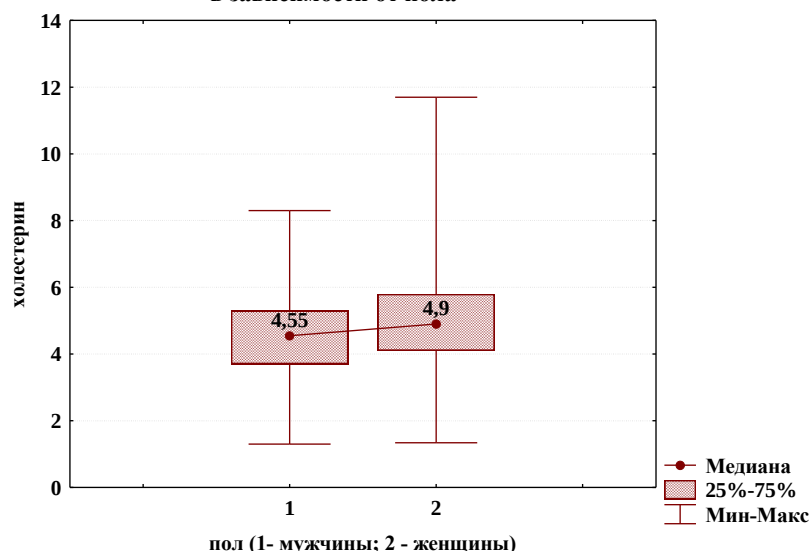
А.С. Керимкулова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.Е. Абайханова
Государственный медицинский университет города Семей

Целью исследования было изучение половых различий в показателях липидного обмена у больных артериальной гипертензией, проживающих в районе бывшего Семипалатинского полигона.

Методы исследования. Проанализированы данные исследований больных артериальной гипертензией за период с 2008 по 2010 годы, проведенных в диагностическом центре г.Семей. Для изучения использованы данные амбулаторных карт 828 больных артериальной гипертензией. В группу включения для проведения анализа вошли данные больных (согласно рекомендациям ВОЗ-МОГ, 1999) артериальной гипертензией 1 степени – 65 больных (8%); 2 степени – 728 больных (88%); 3 степени – 35 больных (4%). Исследовались следующие показатели липидного обмена, с принятыми региональными нормативами лаборатории: общий холестерин (ОХ) – 3,9-5,2 ммоль/л; липопротеины высокой (ЛПВП) – 1,09-2,25 ммоль/л, и низкой плотности (ЛПНП) – до 3,4 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – до 1,92 ммоль/л. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США).

Полученные результаты. Основные показатели в целом группе больных артериальной гипертензией (n=828) определялись (в скобках указана медиана и интерквартильный размах) по следующим показателям: возраст (61; от 55 до 68); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 80 до 100); общий холестерин (4,8; от 4,0 до 5,7); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,9); ЛПНП (2,3; от 1,6 до 3,0); триглицериды (1,2; от 0,85 до 1,68). В группе мужчин больных артериальной гипертензией (n=238) выявлены следующие данные: возраст (61; от 55 до 68); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 85 до 100); общий холестерин (4,55; от 3,7 до 5,3); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,87); ЛПНП (2,05; от 1,4 до 2,8); триглицериды (1,15; от 0,88 до 1,66). В группе женщин больных артериальной гипертензией (n=590) выявлены следующие данные: возраст (61; от 55 до 69); систолическое артериальное давление (САД 150; от 140 до 160); диастолическое артериальное давление (ДАД 90; от 80 до 100); общий холестерин (4,9; от 4,1 до 5,8); ЛПВП (2,21; от 1,9 до 2,9); ЛПНП (2,4; от 1,8 до 3,0); триглицериды (1,2; от 0,84 до 1,69).

Рис.1 Диаграмма размаха уровня холестерина в зависимости от пола

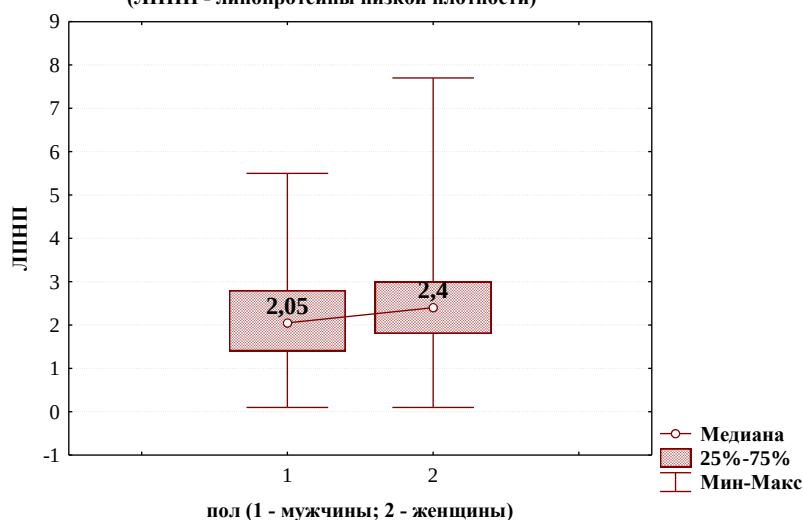


Различие по показателю ОХ в зависимости от пола по критерию Манна-Уитни U составил $p=0,0001$ (рис.1). По показателям САД ($p=0,36$), ДАД ($p=0,1$), ЛПВП (0,75) различия в зависимости от пола статистически недостоверны.

Различие по показателю ЛПНП в зависимости от пола по критерию Манна-Уитни U составил $p=0,0008$. Отмеченные критерии значимы на уровне

$p<0,01$. Выявлена зависимость по ранговой корреляции Спирмена, значимое на уровне $p<0,01$ в целом по группе: средняя связь между показателями ОХ и ЛПНП ($r=0,55$); умеренная связь между ОХ и ЛПВП ($r=0,36$); слабая связь между ЛПНП и триглицеридами ($r=0,24$), ОХ и триглицеридами ($r=0,14$), ЛПНП и ЛПВП ($r=0,19$), ЛПВП и триглицериды ($r=0,11$).

**Рис.2 Диаграмма размаха по уровню ЛПНП
в зависимости от пола**
(ЛПНП - липопротеины низкой плотности)



Выводы. Исследование показало важность оценки показателей липидного обмена, особенно ЛПНП. Определены статистически значимые различия по показате-

лям ОХ и ЛПНП в зависимости от пола, более высокие значения отмечены у женщин больных артериальной гипертензией.

Артериалды гипертензиямен ауыратын науқастарда липид алмасу көрсеткіштерінің жыныстық айырмашылықтары

А.С. Керімкулова, Л.М. Турарова, Б.Т. Рысбекова, Ф.Е. Абайханова

2008-2010 жылдар аралығында Семей қ. диагностикалық орталығында 828 артериалды гипертензиямен ауыратын науқастардың амбулаторлы карталары мәліметтері бойынша липид алмасу көрсеткіштерін зерттеу жүргізілді. Жынысы бойынша бөлгенде ерлер -238, әйелдер – 590. Жалпы холестерин мен тығыздығы төмен липопротеидтер көрсеткіштері жынысы бойынша статистикалық маңызды айырмашылық анықталды, көрсеткіштер артериалды гипертензиямен науқастарда жоғары.

Gender features in lipid metabolism of hypertensive patients

A.S. Kerimkulova, L.M. Turarova, B.T. Risbekova, F.Ye. Abaihanova

For the period 2008-2010 year indicators of lipidic metabolism was explored according to outpatient cards of 828 hypertensive patients within the diagnostic center of Semey city, divided by gender (men 238, women 590 respectively). Statistically significant differences have been identified in indicators of total cholesterol and low density lipoprotein, depending on gender, so higher values have been observed within female hypertensive patients.

УДК 616.74-009.11-02

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ СПАСТИЧНОСТЬ И ЕЕ ЛЕЧЕНИЕ

Е.В. Иволгина

Учреждение «Амбулаторный центр», г. Усть-Каменогорск

Инсульт в настоящее время является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения земного шара. Инсульты оставляют после себя серьезные последствия, ведущие к ограничению таких важных для жизни функций, как самообслуживание, самостоятельное передвижение, к ограничению социального функционирования. Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, существенно снижающие качество жизни и нередко приводящие к стойкой инвалидизации. Восстановление утраченных двигательных функций максимально в течение 2-3 месяцев с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления снижаются значительно. С течением времени маловероятно уменьшение степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций путем снижения спастичности в паретических конечностях, тренировки равновесия и ходьбы.

Развитие спастичности при центральном парезе конечности связывают со снижением тормозных влияний

на спинальные мотонейроны и интернейроны, что приводит к увеличению числа импульсов, достигающих альфа-мотонейронов в ответ на растяжение мышцы. Снижение тормозных влияний на спинальные мотонейроны и интернейроны объясняется комбинированным поражением пирамидных и экстрапирамидных путей внутри головного мозга вследствие инсульта, при этом важную роль в развитии спастичности отводят повреждению кортико-ретикуло-спинального тракта. В развитии спастичности при поражении головного мозга большую роль играет ослабление тормозных влияний преимущественно на альфа-мотонейроны, обеспечивающие движение в антигравитационных мышцах, что объясняет появление характерных проявлений постинсультного спастического гемипареза: приведение плеча, сгибание в локтевом и лучезапястном суставе, приведение бедра, разгибание колена и подошвенное сгибание в голеностопном суставе. Если постинсультный парез сохраняется в течение длительного времени (не-

сколько месяцев и более), то могут возникнуть структурные изменения сегментарного аппарата спинного мозга, которые способствуют прогрессированию спастичности. Также развиваются вторичные изменения в паретичных мышцах, сухожилиях, суставах, которые усиливают двигательные расстройства и усиливают сопротивление, возникающее в мышце при ее растяжении, что необходимо учитывать при оценке мышечного тонуса в паретичных конечностях.

Основная цель лечения постинсультной спастичности состоит в улучшении функциональных возможностей паретичных конечностей. Зачастую в большинстве случаев возможности лечения спастичности ограничиваются только уменьшением боли и дискомфорта, связанного с высоким мышечным тонусом, облегчением ухода за парализованным пациентом. Перед тем, как начать лечить постинсультную спастичность, необходимо определить возможности лечения в данном конкретном случае, обсудить их с пациентом и его родственниками. Чем меньше срок с момента инсульта, вызвавшего спастический парез, тем более вероятно улучшение от лечения спастичности.

Материал и методы исследования: В условиях отделения восстановительного лечения Амбулаторного центра проходят лечение пациенты, перенесшие инсульт, в раннем восстановительном периоде, имеющие возможность самостоятельного передвижения, при отсутствии соматических противопоказаний. Программа медицинской реабилитации всегда строго индивидуальна, учитывает возраст, тип перенесенного инсульта, наличие сопутствующей соматической патологии.

Двигательная реабилитация включает в себя регулярные занятия лечебной физкультурой, основной задачей которой является восстановление (полное или частичное) объема движений, силы, ловкости в пораженных конечностях, навыков самообслуживания. В кабинете ЛФК с такими пациентами занимается врач, а также инструктор ЛФК. Существенно расширились возможности двигательной реабилитации благодаря тренажеру «МОТОмед», занятия на котором способствуют нормализации патологического мышечного тонуса, увеличению мышечной силы, улучшению координации движений. Кроме кинезотерапии больным назначается электростимуляция нервно-мышечного аппарата пораженных конечностей, если нет выраженной спастичности в паретических конечностях. Спастика ухудшает двигательные функции в паретических конечностях, нередко сопровождается болезненными мышечными спазмами, способствует развитию контрактуры и деформации конечности.

В качестве физиотерапевтических методов используются: гальванизация местно на паретичную конечность, переменное магнитное поле на мышцы сгибатели руки и разгибатели ноги, вакуумный массаж по торсионной методике, классический массаж. В ряде случаев положительный эффект достигается после придания определенного положения паретичной конечности. Из антиспастических препаратов для лечения постинсультной спастичности наиболее часто используются пероральные антиспастические средства, которые, уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры, и, как следствие, предупредить развитие контрактур. При легкой степени спастичности миорелаксанты могут значительно облегчить состояние пациента. Однако, при выраженной спастичности требуется тщательный подбор дозы, т.к. повышение дозы антиспастического препарата с целью уменьшения мышечного тонуса

нередко приводит к значительной мышечной слабости и седативному действию, что требует внимания у многих ходячих больных. Лечение миорелаксантами начинают с минимальной дозы с постепенным повышением до достижения желаемого эффекта. Антиспастические средства обычно используют как монотерапию, не комбинируя с другими миорелаксантами. В нашем отделении наиболее часто применяются: баклосан (баклофен), мидокалм.

Баклофен оказывает антиспастическое действие преимущественно на спинальном уровне. Препарат представляет аналог ГАМК, он связывается с пресинаптическими ГАМК - рецепторами, приводя к уменьшению выделения возбуждающих аминокислот (глутамата, аспартата) и подавлению моно-и полисинаптической активности на спинальном уровне, что и вызывает снижение спастичности. Начальная доза 5-15 мг/сутки (один или три приема), затем дозу увеличиваем на 5 мг каждый день до получения желаемого эффекта. Максимальная доза для взрослых 60-75 мг в сутки. Из побочных явлений пациента наиболее часто отмечают сонливость, головокружение, артериальная гипотония, диспептические расстройства.

Мидокалм (толперизон) – мышечный релаксант центрального действия, который стабилизирует мембраны нервных клеток. Снижает активность спинальных нейронов, участвующих в формировании спастичности, путем ограничения потока натрия через мембрану нервных клеток. Доза препарата: от 150 до 450 мг/сутки в три приема, внутримышечно по 100мг два раза в сутки. При его назначении следует учитывать его сосудорасширяющее действие, которое на фоне приема антигипертензивных, сосудистых препаратов может приводить к артериальной гипотонии. Достоинством препарата является его хорошая переносимость, отсутствие седативного эффекта.

Такие методы лечения, как введение ботулинического токсина (Ботокс, Диспорт) в отделении не используются из-за высокой стоимости препарата. За период 2008-2009 год пролечено 807 пациентов, из которых 168 пациентов с перенесенным ОНМК различного типа (20.8%), что еще раз подчеркивает актуальность проблемы инсульта.

Все пациенты проходили лечение в раннем восстановительном периоде, в возрасте от 45 до 63 лет (т.к. на реабилитацию принимались пациенты только трудоспособного возраста). Мужчин 98, женщин 70. С целью оценки выраженности изменений мышечного тонуса, а также контроля за проводимой терапией используется модифицированная шкала Эшуорта.

0 баллов – отсутствие мышечного тонуса

1 балл – незначительное повышение мышечного тонуса, проявляющееся хватанием, напряжением и расслаблением при минимальном сопротивлении в конце движения, когда пораженная часть (части) совершают движения в сгибателях или разгибателях.

1+ балл – незначительное повышение мышечного тонуса, проявляющееся напряжением, за которым следует минимальное сопротивление при совершении оставшегося (менее половины) объема движения.

2 балла – более заметное увеличение мышечного тонуса практически во всем объеме движения. Но движение производится легко.

3 балла - значительное увеличение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены.

4 балла - пораженные части ригидны при сгибании или разгибании.

Несомненным достоинством шкалы является простота использования, а недостатком – отсутствие четких

градаций. В ряде случаев для оценки выраженности спастичности использовалась электромиография.

Из 168 пролеченных пациентов с различными типами инсульта, 127 пациентов с явлениями пареза и спа-

стичности. Тип инсульта, степень спастичности представлена в таблицах.

Таблица №1. - Распределение пациентов по типу инсульта.

Тип инсульта	Количество пациентов	Процент
Ишемический	161	95.8%
Геморрагический	5	2.9%
САК	2	1.3%

Целью исследования явилось определение эффективности и безопасности терапии миорелаксантами, их влияние на выраженность спастичности по шкале Эшу-

орта через 4 недели лечения. В исследовании приняли участие 34 пациента, перенесшие ОНМК, пролеченные в ОВЛ за последние 6 месяцев 2009 года.

Таблица №2. - Распределение пациентов по степени спастичности (в баллах по шкале Эшуорта)

Степень спастичности (в баллах)	Количество пациентов (%)
0+16	7 (20.6%)
26	10 (29.4%)
36	14 (41.2%)
46	3 (8.8%)

Все пациенты были разделены на три группы, сопоставимые по возрасту, типу инсульта, выраженности спастичности, давности заболевания. Первая группа- 15 пациентов- на фоне базисной терапии (вазоактивные, нейропротективные препараты, статины, гипотензивные, итд) получали мидокалм в средней дозе 150-450 мг /сутки в три приема. Вторая группа -10 пациентов-получали баклосан в средней дозе 30-60 мг. Начальная доза баклосана 5-15 мг (один или три приема) с еже-

дневным увеличением дозы на 5 мг до достижения желаемого эффекта. Третья группа пациентов -9 человек не получали миорелаксанты по той или иной причине (лекарственная аллергия, отказ от медикаментозного лечения, итд).

Результаты исследования показали, что прием миорелаксантов достоверно снижает постинсультную спастичность.

Таблица №3. - Снижение спастичности (в баллах по шкале Эшуорта) через 4 недели лечения в группах больных, принимавших и не принимавших миорелаксанты.

Снижение степени спастичности (в баллах по шкале Эшуорта)	Группа пациентов, принимавших мидокалм. Кол-во больных (%)	Группа пациентов, принимавших баклосан. Кол-во больных (%)	Группа пациентов не принимавших миорелаксанты. Кол-во больных (%)
36	1 (6.7%)	1 (10%)	4 (44.5%)
26	2 (13.3%)	3 (30%)	3 (33.3%)
16	9 (60%)	4 (40%)	2 (22.2%)
06	3 (29%)	2 (20%)	-
Всего	15 (100%)	10 (100%)	9 (100%)

В целом в результате исследования было отмечено, что применение миорелаксантов не только снижает постинсультную спастичность, но и улучшает ежедневную активность больных в повседневной жизни, облегчает их уход за собой при отсутствии нежелательных явлений.

Резюме: Диагностика и лечение постинсультной спастичности представляют актуальную проблему современной неврологии. Большое значение в лечении имеет лечебная гимнастика, которая должна быть направлена на восстановление и улучшение утраченных функций, самостоятельное стояние и ходьбу, профилактику развития контрактур в паретичных конечностях. Хороший лечебный эффект дает применение физиотерапевтических методов лечения (гальванизация, ПемП, вакуумный и классический массаж). В качестве лекарственных антиспастических средств, применяемых внутрь, можно использовать мидокалм, баклосан, которые способны уменьшить мышечный тонус, улуч-

шить функциональные возможности паретичных конечностей у пациентов, перенесших инсульт.

Литература:

1. Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. М. Медицина. 2005г.
2. Акшулаков С.К., Шевелева Н.И., Абдрахманова М.Г. Реабилитация больных с инсультами. Методические рекомендации.
3. Батышева Т.Т., Парфенов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт в поликлинике восстановительного лечения. Сборник статей 2008г.
4. Руководство АНА/ASA по профилактике инсультов. Обновления 2008г.
5. Парфенов В.А. Постинсультная спастичность. Журнал «Лечащий врач» №5.2008г.

Инсульттан кейінгі асқынудан құтылу және оның емі

Қазіргі неврологияда инсульттан кейінгі асқынудың мәселесінің диагностикасы мен емі.Емдеу кезінде шипалы гимнастиканы қолдану зор мәнін тигізеді,сондай -ақ бұрынғы қалпына келтіру және жоғалтқан күшін қалпына келтіру, өз бетімен жүруіне алдын ала шаралар қолдану. Емдеу барысында физиотерапевтикалық әдісін пайдалану, соның ішінде (гальванизация,ПемП,вакуумдық және классикалық массаж) жақсы әсерін тигізеді. Ал енді антисептикалық дәрі – дәрмекке келсек, бұлшық ет тонусын азайтуға мидокали,баклосан көмектеседі. Инсульты бар емделушіге функционалдық ықпалын тигізеді.

УДК 616.127-005.4.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

С.С. Касбаева, Б.Х. Оразгалиева, М.В. Черкасова

КГКП «Медицинское объединение города Риддер» УЗ ВКО, г. Риддер

Феномен безболевой ишемии миокарда (БИМ) является предметом пристального внимания многих исследователей.

Впервые феномен БИМ был описан в 1950 году Р. Wood и соавторы по результатам ЭКГ у больных со стабильной стенокардией во время теста с физической нагрузкой.

В 1994 году S. Stesm и соавторы выявили безболевые эпизоды смещения сегмента ST при 24- часовом мониторингировании электрокардиограммы у больных атеросклерозом коронарных артерий.

Наиболее полное определение этого синдрома дал Р. Cohn (1981г.): «Безболевая ишемия миокарда - это преходящее нарушение перфузии, метаболизма, функций и электрической активности миокарда, которые не сопровождаются приступами стенокардии и его эквивалентами».

По современным представлениям феномен БИМ обнаруживается у 2-5% практически здоровых лиц, 30% с ПИКС и 40-100% со стабильной и нестабильной стенокардией (Tabone 1993г.).

В патогенезе БИМ важную роль играет спазм коронарных артерий с признаками склероза, образование нестойких микроагрегатов или тромбоз, повышение потребности миокарда в кислороде.

Эпизоды ишемии миокарда могут быть вызваны стрессом, умственной или физической нагрузкой, воздействием холода, курением, едой, а также могут быть в покое, во сне или без видимых причин. Возможными причинами отсутствия болевого синдрома при БИМ являются: повышение порога болевой чувствительности, нарушение проведения болевых импульсов, индивидуальные особенности восприятия боли.

Наиболее распространенные методы диагностики БИМ – ЭКГ - методы, мониторингирование электрокардиограммы по Holter, эхокардиография (ЭхоКГ), коронарография. ЭКГ - исследования остаются основными в современной клинической практике.

Целью данной работы является выявление БИМ у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и практически здоровых лиц.

Материалы и методы: в КГКП «Медицинском объединении города Риддер» нами – было проведено скрининговое обследование мужчин и женщин в возрасте 40, 45, 50 лет на выявление болезней системы кровообращения за 2009г.

Было обследовано 1267 человек в возрасте 45-55 лет, из них 35 (2,8%) состоит на диспансерном учете с диагнозом (ДЗ) ИБС, стенокардия; 5 (0,4%) с ДЗ: ПИКС; 69 (5,4%) с ДЗ: Артериальная гипертензия (АГ), 1158 (91,4%)- практически здоровые.

Таблица №1. - Частота смещения сегмента ST при скрининговом обследовании.

Возраст	Число лиц, подлежащих осмотру с ЭКГ	Состоят на диспансерном учете						Практически здоровы	Смещение сегм. ST	Всего смещения сегм. ST
		ИБС, стенокардия	Смещение сегм. ST	ПИКС	Смещение сегм. ST	АГ	Смещение сегм. ST			
45	422	4	1	2	1	18	-	396	-	2
50	331	9	2	1	-	20	2	388	1	5
55	494	22	4	2	1	31	2	286	2	9

Всем лицам было проведено ЭКГ – исследование на аппарате «BTL-08SD», где регистрировалось транзиторное смещение сегмента ST. Ишемическими изменениями считались: горизонтальное или нисходящее снижение сегмента ST с амплитудой не менее 1 мм и продолжительностью более 60 секунд. Специфичность результатов данного метода приближается к 100%.

Анализируя данные ЭКГ, из таблицы №1 видно, что эпизоды смещения сегмента ST были зарегистрированы у 2 (0,47%) пациентов в возрасте 45 лет, состоящих

на «Д» учете с ДЗ: ИБС и ПИКС. Эпизоды БИМ не выявлены (Таблица №2).

В возрасте 50 лет- у 5 (1,5%) человек: у 2-больных с ДЗ: ИБС и у 2 с ДЗ: АГ, 1 случай у практически здорового. Эпизоды БИМ выявлены у 2 (0,6%) человек с ДЗ: ИБС и АГ.

В возрасте 55 лет выявлено 9 (1,8%) эпизодов ишемии миокарда, в т.ч. состоящих на «Д» учете с ИБС (4), с ПИКС (1), АГ (2) и ранее здоровых (2). БИМ определялась у 4 (0,8%) человек: 1 с ДЗ: ПИКС, 2 с ДЗ: ИБС, 1 – ранее здоровый.

Таблица №2. - Распространенность БИМ по данным ЭКГ и ЭхоКГ.

Возраст	Частота %		
	Смещение сегмента ST	БИМ	ЭхоКГ
45	0,47	-	-
50	1,5	0,6	-
55	1,8	0,8	0,4

Всем лицам (16) с выявленным снижением сегмента ST проводилась ЭхоКГ на сканере «Pro Focus-2202» (Дания) по стандартной методике с использованием фазированного секторного датчика 2-4 МГц. Анализировались следующие показатели: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в систолу и диастолу; конечно-систолический объем (КСО) и конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), ударный объем

(УО), фракция выброса (ФВ) и сократимость миокарда ЛЖ; оценка диастолической функции ЛЖ по трансмитральному потоку.

По данным ЭхоКГ у больных с АГ (4) и практически здоровых (3) в 2-х случаях отмечались гипертрофия миокарда ЛЖ, в 3-х - фиброзные изменения стенок аорты (Ао). Зон асинергии в доступных для визуализации участках не выявлено.

У больных с ИБС (7) определились кальциноз стенок и фиброзного кольца Ао (3 случая), кальциноз створки митрального клапана, зоны гипокинеза миокарда с нарушением диастолической функции ЛЖ по 1 типу. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

Данные ЭхоКГ подтвердили ПИКС (2 человека), где выявлены соответствующие изменениям ЭКГ зоны гипокинезии миокарда, гипертрофии миокарда ЛЖ, нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу, признаки снижения систолической функции ЛЖ (1).

Таким образом, ЭхоКГ с БИМ обнаружена у 2 человек (10,4%) в возрасте 55 лет с диагнозом: ИБС и ПИКС (см. таблицу №2).

Существенных различий эхокардиографических показателей при болевой и безболевой ишемии миокарда не выявлено.

Вывод: Таким образом, безболевая ишемия миокарда у лиц среднего возраста без ИБС в анамнезе имеет большое прогностическое значение, а у здоровых лиц с факторами риска ИБС свидетельствует о скрыто протекающей ишемической болезни сердца. А у лиц с постинфарктным кардиосклерозом указывает на возможность повторного инфаркта миокарда.

Литература:

Осылайша, жанына батпайтын ишемиялык миокард орта жастагыларда ИЖА- ннц анамнезде улкен мәнi бар, және ишемиялык жүрек ауруы жасырын жүредi ИЖА болуы мүмкiн, ПИКС – ы бар адамдарда инфаркт миокардтың қайталануы ықтимал.

Silent myocardial ischemia in middle-aged persons without CHD history is of great prognostic significance, and in healthy individuals with risk factors for CHD indicates latent ischemic heart disease logarithmic. And those with postinfarction cardiosclerosis indicates the possibility of another heart attack.

УДК 616.12-008.46-039-085.22

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.Н. Нурбикенова

ГУ «Госпиталь с поликлиникой Департамента внутренних дел ВКО»

Современную кардиологию невозможно себе представить без β-адреноблокаторов. При отсутствии противопоказаний они показаны всем больным ишемической болезнью сердца как эффективные антиангинальные средства, препараты, снижающие риск развития инфаркта миокарда при нестабильной стенокардии, а в случае развившегося инфаркта – уменьшающие зону некроза и риск фибрилляции желудочков и предупреждающие внезапную смерть после перенесенного инфаркта миокарда. β-адреноблокаторы высоко эффективны при сердечной недостаточности, особенно в случае тахикардии с ЧСС более 80 уд/мин, низкой фракции выброса.

Они являются препаратами первого выбора при артериальной гипертензии, уменьшая частоту развития инсультов на 42%, обладают высокой антиаритмической активностью при нарушениях сердечного ритма (наджелудочковой тахикардии, тахисистолической форме мерцания предсердий, суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии), синдроме «удлиненного QT».

β-адреноблокаторы блокируют β-адренорецепторы, расположенные в различных органах. Различают 2 основных вида β-адренорецепторов. Первые расположены в сердце и островковой части поджелудочной железы, вторые – в стенках артерий, легких, мочевом пузы-

1. Анчиполовская Н.Г., Борт Б.Я., Башинский С.Е. «Немая ишемия миокарда: сравнительная оценка методов выявления, ишемическое и прогностическое значение», «Кардиология» 1994г. №5

2. Верткин А.Л., Мартынов И.В., Гасилин В.С. «Безболевая ишемия миокарда» М-1995г. 104 стр.

3. Гасилин В.С., В.А.Круглов «Инструментальная диагностика безболевой и малосимптомной ишемии миокарда у лиц с факторами риска ИБС», «Клин. Вестник», 1994г. №1.

4. Кондратьев В.,В. Кокурина Е.В., Бочкарева Е.В. «Безболевая ишемия миокарда, современное состояние, проблемы и клинические значимые аспекты её развития. Распространенность и прогностическая значимость безболевой ишемии миокарда», «Кардиология», 1997г. №1

5. Сидоренко В.А., Космолев А.А. «Безболевая ишемия миокарда» «Кардиология», 1999г. №4 5-11 стр.

6. В.В. Митьков, В.А. Сандрикова «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике», Москва «Видар» 1998г. 122-147 стр.

7. Ошурбаев Х.А., Каражанова Л.К. «Безболевая ишемия» г. Семипалатинск 2000г.

8. «Ультразвуковая и функциональная диагностика», №4 2007г., Москва, ООО «Видар».

ре, матке. Эффекты стимуляции β1-адренорецепторов заключаются в учащении синусового ритма, улучшении внутрисердечной проводимости, повышении возбудимости миокарда, усилении сокращений сердечной мышцы. Стимуляция β2-адренорецепторов приводит к расслаблению гладких мышц бронхов и сосудов.

Способность блокировать влияние медиаторов на β-адренорецепторы миокарда и ослабление влияния катехоламинов на мембранную аденилатциклазу кардиомиоцитов с уменьшением образования цАМФ определяет фармакодинамику β-адреноблокаторов – их отрицательное ино-, батмо, дромо- и хронотропное действие, антиангинальный, гипотензивный и антиаритмический эффекты.

Влияние на β2-адренорецепторы обуславливает значительную часть побочных действий и противопоказаний к применению β-адреноблокаторов, в частности, бронхоспазм, сужение периферических сосудов и увеличение общего периферического сопротивления.

К неселективным β-адреноблокаторам относят окспренолол, альпренолол, пропранолол, пиндолол, соталол, тимолол, надолол и другие. Кардиоселективные β-адреноблокаторы (бисопролол, атенолол, бетаксол, эсмолол, метопролол, практолол, ацебутолол) в меньшей степени оказывают воздействие на другие

органы, в том числе и на матку. Это позволяет уменьшить частоту побочных эффектов и, в какой-то степени, расширить применение этих β -адреноблокаторов при сопутствующей патологии. Следует помнить, что кардиоселективность - понятие относительное. Она проявляется только при применении малых доз указанных препаратов, тогда как в средних и высоких дозах селективные β -адреноблокаторы так же, как и неселективные, блокируют β -адренорецепторы, расположенные в других органах. Вместе с тем, β 1-адреноблокаторы меньше влияют на периферические сосуды (симптом холодных рук и ног), бронхи и не вызывают гипогликемию (стимуляция глюконеогенеза в печени идет через β 2-адренорецепторы). К α - β -адреноблокаторам относят лабеталол, а формула β 1 α -адреноблокатора пока находится только в стадии поиска.

Некоторые из β -адреноблокаторов обладают внутренней симпатомиметической активностью (ВСМА), т.е. вместо антагонистической они обладают частичной агонистической активностью, за счет чего некоторые эффекты классических β -адреноблокаторов ослабевают. К таким β -адреноблокаторам относят ацебутолол, карведилол, лабетолол, окспренолол, пенбутолол и пиндолол. В кардиологии β -адреноблокаторы с ВСМА ушли в прошлое, так как они не обладают благоприятным влиянием на прогноз у больных с ишемической болезнью сердца.

β -адреноблокаторы классифицируются также по продолжительности действия: длительного действия (надолол, атенолол, бетаксолол, бисопролол), сверхкороткого действия (эсмолол).

Наконец, выделяют β -адреноблокаторы с вазодилатирующими свойствами: некардиоселективные - буциндолол, лабетолол, пиндолол; кардиоселективные - карведилол, небиволол, целипролол. Механизм вазодилатирующего эффекта у различных препаратов различен: например, у лабетолола он опосредован блокадой альфа-рецепторов сосудов. В последние годы интерес практических врачей привлек именно небиволол, отличающийся, помимо высокой селективности, способностью вызывать вазодилатацию за счет модулирующего влияния на выделение окиси азота (NO) эндотелием сосудов. Последняя особенность препарата представляется настолько важной, что некоторые авторы предлагают считать небиволол бета-адреноблокатором третьего поколения.

Сила связывания небиволола с β 1-адренорецепторами превосходит силу связывания с β 2-адренорецепторами почти в 290 раз. По этому показателю препарат опережает другие представители группы β -адреноблокаторов. Это способствует меньшему риску развития побочных эффектов, связанных со стимуляцией β 2-адренорецепторов.

Небиволол, помимо высокой кардиоселективности, способен вызывать вазодилатацию за счет модулирующего влияния на высвобождение окиси азота эндотелием сосудов. Окись азота, помимо вазодилатирующего эффекта, обладает антиагрегантным и антиатеросклеротическим действием, тормозит пролиферацию гладкомышечных клеток и таким образом предотвращает сосудистое ремоделирование. Соответственно, повышение синтеза окиси азота под влиянием небиволола обуславливает ангиопротективное действие путем нормализации базального тонуса кровеносных сосудов, антиагрегантного, антипролиферативного и антиоксидантного влияния.

Как и другие β -адреноблокаторы, небиволол препятствует ишемическому повреждению кардиомиоцитов, обладая при этом дополнительным механизмом

посредством окиси азота, вызывающей дилатацию коронарных артерий. В то же время, за счет вазодилатирующих свойств небиволол снижает общее периферическое сопротивление (что особенно важно для пациентов с облитерирующими заболеваниями артерий), уменьшает пред- и постнагрузку, улучшает сократительную способность миокарда, увеличивая ударный, минутный объемы и фракцию выброса.

Таким образом, как и другие бета-адреноблокаторы, небиволол обладает кардиопротективным действием, но, в отличие от них, не оказывает отрицательного инотропного действия.

Гипотензивное действие β -адреноблокаторов обусловлено, главным образом, уменьшением частоты и силы сердечных сокращений (отрицательное хроно- и инотропное действие), сердечного выброса, секреции и концентрации ренина в плазме; перестройкой барорецепторных механизмов дуги аорты и сино-каротидного синуса; угнетающим действием на ЦНС и влиянием на сосудодвигательные центры (свойство липофильных β -адреноблокаторов). Дополнительное гипотензивное действие небиволола обеспечивается еще и его вазодилатирующими свойствами, обусловленными модулирующим влиянием на высвобождение окиси азота.

Для оценки выраженности и продолжительности гипотензивного действия пролонгированных препаратов Управление США по контролю за лекарствами и продуктами (FDA) предложило в 1988-1990 гг. использовать коэффициент «конечный/пиковый» (trough/peak, T/P), т.е. соотношение между наименьшим снижением систолического или диастолического давления в конце междозового интервала и максимальным его снижением на высоте эффекта препарата. Оптимальной представляется гипотензивная терапия, при которой отсутствуют значительные колебания АД в течение суток, т.е. этот коэффициент должен стремиться к единице или 100%. По рекомендациям FDA коэффициент «конечный/пиковый» должен быть не менее 50%, т.е. современные гипотензивные средства должны обеспечивать снижение АД через 24 ч после приема не менее чем на 50% от снижения показателей в период максимального гипотензивного действия. Невысокие колебания АД способствуют уменьшению повреждения сосудистой стенки, а следовательно, улучшают прогноз заболевания. Для небиволола этот коэффициент составляет около 90%, что позволяет обеспечить эффективный контроль АД между приемами препарата.

По данным амбулаторного суточного АД-мониторирования небиволол в однократной дозе 5 мг статистически значимо снижает уровень систолического и диастолического АД в течение 24 ч, сохраняя нормальный циркадный ритм, т.е. негативного влияния на суточные колебания АД не отмечено.

По данным Nan Nueten L. et al. (1994) небиволол в режиме монотерапии оказался эффективен (т.е. снизил диастолическое АД до уровня ниже 90 мм рт.ст. или более чем на 10 мм рт.ст.) у 63,9% пациентов через 2 недели от начала лечения, у 71,3% - через 4 недели и у 76,5% - через 3 месяца. Эффективность препарата не зависит от возраста пациента, массы тела, наличия или отсутствия сахарного диабета, гипертрофии левого желудочка, курения или приема алкоголя. Антиишемическое действие β -адреноблокаторов обусловлено, прежде всего, снижением потребности миокарда в кислороде за счет влияния на β 1-адренорецепторы и уменьшения частоты сердечных сокращений (отрицательное хронотропное действие) и их силы (отрицательное инотропное действие). Кроме того, β -адреноблокаторы могут улучшать перфузию миокарда.

Небиволол, как и другие бета-адреноблокаторы, обладает антиишемическим действием, снижая потребность миокарда в кислороде за счет снижения частоты сердечных сокращений. Кроме того, будучи вазодилататором, небиволол снижает пред- и постнагрузку на миокард. Наконец, определенную роль может играть способность препарата индуцировать эндотелийзависимую релаксацию коронарных артерий. При этом, в отличие от других бета-адреноблокаторов, небиволол не снижает сократительную способность миокарда.

При сердечной недостаточности применение β -адреноблокаторов позволяет нивелировать отрицательные воздействия гиперактивации симпатико-адреналовой системы, ведущее к дисфункции и гибели кардиомиоцитов, хронической тахикардии и ухудшению гемодинамики, снижению плотности и аффинности β -адренорецепторов, гипертрофии миокарда, провоцирующей ишемию миокарда и нарушения сердечного ритма. Доказана эффективность применения трех бета-адреноблокаторов при сердечной недостаточности – бисопролола (исследование CIBIS), метопролола (MDS study) и карведилола (US Carvedilol HF Study). В то же время, уникальный механизм действия небиволола позволяет предполагать его высокую эффективность при сердечной недостаточности. Препарат не только обладает кардиопротективным действием (снижает тонус симпатической нервной системы, обладает антигипоксическим действием на кардиомиоциты), стабилизирует ритм сердца (повышает порог фибрилляции желудочков и вариабельность сердечного ритма, снижает частоту сердечных сокращений), но и способствует гемодинамической разгрузке миокарда, расширяя артерии и вены, а также улучшает сократимость миокарда, повышая сердечный выброс.

В литературе имеются положительные результаты клинических исследований, посвященных эффективности и безопасности применения небиволола при застойной сердечной недостаточности.

У больных сахарным диабетом небиволол не влияет на уровень гликозилированного гемоглобина и глюкозы крови, снижает уровень триглицеридов, тормозит развитие ангиопатии и атеросклероза, расширяет сосуды и улучшает тканевый кровоток. Применение небиволола у больных сахарным диабетом II типа и мягкой артериальной гипертензией позволяет достигнуть рекомендуемого уровня АД у подавляющего большинства пациентов, при этом декомпенсации углеводного обмена или нарастания уровня холестерина и триглицеридов не отмечено. Таким образом, применение препарата целесообразно у больных с метаболическим синдромом X (при сочетании артериальной гипертензии, нарушенной толерантностью к глюкозе и ожирения). В то же время, как и другие препараты этой группы, небиволол может маскировать признаки гипогликемии.

Небиволол, будучи высокоселективным препаратом и обладая вазодилатирующим действием, не оказывает негативного влияния на сексуальную функцию мужчин. Теоретическое обоснование этого заключается в следующем: в кавернозной ткани недавно идентифицированы β_3 -адренорецепторы, стимуляция которых приводит к опосредованной цГМФ вазодилатации [Cirino G. et al., 2003]. Блокированием этих рецепторов может объясняться способность большинства бета-адреноблокаторов (особенно, неселективных) вызывать ЭД. В то же время, экспериментальные данные свидетельствуют о том, что опосредованное окисью азота вазодилатирующее действие небиволола отчасти обусловлено его агонизмом к β_3 -адренорецепторам.

В исследовании Van Nueten L. et al. (1994) частота побочных эффектов небиволола оказалась сравнимой с плацебо. Наиболее часто (1-6% пациентов) отмечались головная боль, головокружение, усталость (слабость), парестезии (ощущение "мурашек" на коже), тошнота, диарея или запор. Сексуальные расстройства возникали с частотой, не отличающейся от плацебо. Препарат не вызывает ортостатическую гипотензию, не подавляет инотропную функцию левого желудочка, не влияет на толерантность к физической нагрузке, не снижает почечный кровоток при нормальной и нарушенной функции почек. Будучи метаболически нейтральным препаратом, небиволол значимо не влияет на уровень глюкозы, чувствительность к инсулину, содержание в крови электролитов, холестерина и его фракций.

β -адреноблокаторы противопоказаны при бронхиальной астме, хроническом обструктивном бронхите. Однако в ряде исследований показано минимальное влияние небиволола на проходимость дыхательных путей. Так, согласно данным Gould S. E. et al. (1989), проводивших пробу с сальбутамолом, влияние небиволола в дозе 5 мг на бронхиальную проходимость здоровых добровольцев сравнимо с действием плацебо, тогда как применение атенолола и пропранолола ухудшает ее вдвое. По данным Matthys H. et al. (2001), применение небиволола в дозе 5 мг в сутки достоверно снижало уровень АД и ЧСС, но не влияло на бронхиальную проходимость у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Противопоказаниями к применению небиволола служат гиперчувствительность к препарату, печеночная недостаточность. Как и другие бета-адреноблокаторы, небиволол противопоказан при кардиогенном шоке, артериальной гипотензии, брадикардии с частотой сердечных сокращений < 50 ударов в 1 мин, синдроме слабости синусового узла, АВ-блокаде II-III стадии, бронхиальной астме, тяжелых нарушениях периферического кровообращения. С особой осторожностью препарат используют при АВ-блокаде I степени, нарушениях периферического кровообращения, стенокардии Принцметала, псориазе (риск обострения заболевания и развития анафилактических реакций), тиреотоксикозе (маскируется тахикардия), сахарном диабете (маскирование симптомов гипогликемии), при склонности к аллергии (возможно усиление реакции на пыльцу и др. аллергены), а также у пациентов старше 75 лет со сравнительно малой частотой сердечных сокращений.

Дозировка для взрослых составляет 1 таблетка (5 мг) небиволола в день. Препарат желателен принимать в одно и то же время суток, независимо от приема пищи. Выраженное гипотензивное действие развивается через 1-2 недели лечения (в некоторых случаях, оптимальное действие достигается к 4-й неделе). Антигипертензивный эффект усиливается при комбинации небиволола 5 мг с гидрохлортиазидом в дозе 12,5-25 мг. При сопутствующей ИБС прекращать терапию необходимо постепенно - в течение 1-2 недель.

У больных, страдающих почечной недостаточностью, рекомендованная начальная доза составляет 2,5 мг в сутки с возможным увеличением до 5 мг; при печеночной недостаточности применение небиволола противопоказано.

У больных старше 65 лет рекомендуемая начальная доза составляет 2,5 мг в сутки. При необходимости суточную дозу можно увеличить до 5 мг. Работ по изучению эффективности и безопасности применения препарата у детей не имеется, поэтому назначение небиволола детям не рекомендуется.

УДК 616.151.5-085.73.53

КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ТРОМБОЦИТТЕР ИНГИБИЦИЯСЫ ЖӘНЕ АНТИАГРЕГАНТ – КАРДИОМАГНИЛДІҢ РӨЛІ

Ш.Т. Жукушева, Қ.С. Зуриканов, Ш.Н. Райсханова, Р.Б. Егаубаева, Г.Ы. Какиманова
Семей Мемлекеттік медициналық университеті

Атеротромбоз процесінде тромбоциттердің орны туралы белгілі болған соң, адамзат олардың қызметін тежеуіне әсер ететін препараттарды ойлап табуға кірісті. Бұл тек XX ғасырдың 80-жылдары ғана мүмкін болды. Алайда, 1953 жылы америкалық ғалым Л. Craven буындары ауыратын науқастарда миокард инфаркты сирек болатынын айтқан. Ол буындары ауыратын науқастар аспиринді үнемі қолдануға мәжбүрлігін түсіндіріп, аспириннің миокард инфарктын емдеуде нәтижелілігін көрсетті. Бірақ, сол уақытта зерттеу өріс алған жоқ. Тіпті 1970 жылы гемокоагуляция саласындағы атақты М. Verstaete, G. de Gaetano және J. Vermilen сияқты ғалымдар тромбоциттерді фармакологиялық тежеу перспективалары туралы баяндамасында ондай мүмкіншілікті көрген жоқ. Бұл бағыттағы зерттеулер тек А. Квик салицилаттардың қан ұюын тежей алатындағы және қансырауға әкелетіндігі белгілі болған соң, ал Дж. О' Брайен мен Г. Борн тромбоциттердің агрегациясын бағалауға ранаған құрал жасаған соң ғана жаңа стимул алды. Осының арқасында қан табақшаларының агрегациясын тежеуінде аспириннің орны көрсетіліп, дүниежүзілік медицина қоғамы артериялық тромбоздардың емінде тромбоциттер агрегациясын тежейтін препараттарды қолдануға көп көңіл аудара бастады. Бірнеше жылдан кейін (1977-1979) V. Fuster мен W. Bowie тәжірибесінде аспирин мен дипиридамондың тағайындаулары арқылы атеросклерозды процестің тежелуін көрсетті.

Тромбоциттарға қарсы препараттардың нәтижелілігі туралы бүкіл қоғамдық сенімділік XX ғасырдың 80-жылдары ISIS-2 зерттеуі басылып шыққаннан кейін және 1988 жылы Халықаралық тромбоциттерге қарсы дәрілерді зерттеушілер тобының (Antiplatelet Trialists' Collaboration) арнаулы баяндамасынан кейін ғана арта түсті. Оған тромбоциттер қызметтерінің аспирин, дипиридамон, сульфинпиразон, сулоктидил және тиклопидин сияқты ингибиторларын қабылдаған 30 000-нан артық науқасты қамтыған 25 рандомизирленген зерттеулердің метаанализі енді. Бұл метаанализ осы дәрілердің миокард инфаркты, инсульттер және тамыр зақымдалуларынан өлімділіктің алдын алуда сөзсіз өккендігін дәлелдеді. Осы жұмыс тобының 2002 жылы басылып шыққан жұмысында артериялардың тромбозы дамуының қаупі салыстырмалы жоғары (жылына 3% артық) 135 000 науқасты, 237 зерттеуді қамтыған, кезекті метаанализ жасалды. Жаңа анализ, тромбоциттарлы қызметті тежейтін препараттарды қолдану (аспирин, тиенопирин, дипиридамон, IIb-IIIa гликопротеидтер антагонисттері) миокард инфарктын 35%, инсульттерді 25%, жүрек-тамыр ауруларынан өлімділікті 15% төмендетуге мүмкіндік беретінін көрсетті. Осылайша, атеротромбозы бар науқастардың емінде антиромбоцитарлы препараттарды қолданудың күмәнсіз нәтижелілігі дәлелденді.

Бүгінгі күнде тромбоциттер агрегациясын тежей алатын түрлі механизмді 20-дан астам дәрілік заттар белгілі. Оларды келесі топтарға бөледі.

I топ: Циклооксигеназа-1ді тежей отырып, арахидон қышқылының метаболіміне әсер ететін заттар – Ацетилсалицил қышқылы (аспирин), индобуфен, трифлузал (оның метаболиттері де циклдік аденозин монофосфаттың фосфодиэстеразасын тежейді).

II топ: тромбоциттер мембраналарындағы АДФ-Р2Y12 рецепторларының антагонисттері – тиенопириндер – Тиклопидин (Тиклид), Клопидогрел (Плавикс) және Плазугрель, Р2Y12 белсенділігін қайтымсыз тежейтін және осы рецепторлардың қайтымды антагонисттері – AZD6140 (ішке қабылдау үшін) және ARC69931MX.

III топ: тамыр ішіне қолдануға арналған IIb-IIIa гликопротеидтер антагонисттері: Абиксимаб (РеоПро, Эптифибатид (интегрилин), Тирофибан (Агростат), Монофрам, ішке қабылдауға арналған Ксеномилофибан, Орбофибан, Сибрафибан, лотрафибан және т.б.

IV топ: тромбоциттердегі цАМФ деңгейін жоғарылататын заттар – цАМФ фосфодиэсте-разасының ингибиторлары – Дипиридамон, Трифлузал (Циклооксигеназа-1ді тежейді).

V топ: аденолатциклаза стимуляторлары – Илопрост және басқа да простациклин миметиктері. Бұл заттар да тромбоциттердегі цАМФ деңгейін жоғарылатады.

VI топ: «G протеинмен байланысқан рецептор» аталатын, TXA₂/PGH₂ рецепторын (тромбоксан және простогландин H₂) тежейтін субстанциялар, бұған Ифетробан, Сулотробан және басқалар жатады. Препараттар өз әсерін тәжірибесінде көрсетті, бірақ клиникалық зерттеуден өткен жоқ.

VII топ: TP рецепторларының антагонисттері (G-protein coupled receptors). Дәрілік заттардың бұл тобына Ифетробан (BMS 180-291), Сулотробан (BM 13.177), CR 32-191, Терутробан (S 18886) кіреді. Бұлар фосфолипидті беткейлердегі каскадты реакциялардың іске қосылуына әкеледі. Нәтижесінде тромбоциттер агрегациясы белсенеді. Осы рецепторлардың антагонисттері Ифетробан (BMS 180-291), Сулотробан (BM 13.177), CR 32-191, Терутробан (S 18886) жануарларда зерттелген, сонымен қатар клиникалық зерттеулердің II-III фазаларында зерттелген. Клиникалық тәжірибе үшін Терутробан (S 18886) ғана қызығушылық тудырады. Тәжірибесінде препарат АДФ пен тромбоциттердің коллаген стимуляциялық агрегацияны клопидогрел сияқты нәтижелі тежеді. Адам ағзасында да ұқсас белсенділік көрсетті. Қазіргі кезде бұл дәрінің инсульті бар науқастарға клиникалық зерттеудің III фазасы өтуде.

VIII топ: протеазамен белсендірілген PAR-рецепторларының антагонисттері. Осындай әсер ету механизмі бар екі дәрілік препарат – SCH 530348, E5555 синтезделді. Клиникаға дейінгі кезеңде бұл препараттар өзін жақсы көрсетті. PAR-рецепторлары (protease activated receptors) гемостаз, тромбоз және қабыну процестеріне қатысатын G протеинмен байланысқан рецепторлар тобына жатады. Осы PAR тромбоциттер рецепторлары тромбинмен белсенеді.

Бүгінгі күнде тромбоциттерге қарсы препараттардың көптігіне қарамастан, клиникалық тәжірибесінде тек Аспириннің, Тиенопирин дердің (Тиклопидин және Клопидогрел), Аспирин мен Дипиридамондың қосарласуы, сонымен қатар тамыр ішіне қолдануға арналған IIb-IIIa гликопротеидтер антагонисттерінің әсерлілігі дәлелденген. Осыларға жеке тоқталып өтсек.

Циклооксигеназа-1 тежей отырып, арахидон қышқылының метаболіміне әсер ететін заттар.

Аспирин – Ацетилсалицил қышқылы (АСК) медининада 100 жылдан астам уақыт қолданылуда

(1899 жылдан бастап). Ол арахидон қышқылдың простогландин H₂-айналдыратын ЦОГ – 1ді және 2-ні инактивациялайды. Соңғысы тромбаксанның (ТХА₂) және простаглицлиннің (РНІ 2) туындысы болып табылады. Тромбоксан тромбоциттердің агрегациясын индукциялап, вазоконстрикцияны шақырады, ал простаглицлин тромбоциттер агрегациясын ингибируяп, вазодилатацияны шақырады. Мұнда тромбоксан ЦОГ - 1-ге тікелей тәуелді, ал простаглицлин ЦОГ-1ге де, ЦОГ-2ге де әсер етуге қабілетті. Аспирин ЦОГ-2ге қарағанда, ЦОГ-1ді 100 есе бөлсенді тежейді. Осыған байланысты, оның қабынуға қарсы әсер көрсететін дозасына қарағанда, тромбоксанға қарсы әсері аз дозада көрінеді. Ядросыз тромбоциттер тежелген ферментті тез ресинтездеуге қабілетсіз, сондықтан тромбоксаннан мүлде айырылады. Күнделікті қан айналымда тек 10%

ғана жаңа тромбоциттер түзіледі. Сондықтан да ацетил салицил қышқылдың 1 рет аз дозада қабылдау тромбоцитарлы деңгей блокадасын толығымен қамтамасыз етеді.

Аспирин асқазанда және ішектің жоғарғы бөлігінде тез сіңеді. Тромбоциттер функциясын тежеу 40-60 минуттан кейін-ақ байқалады. Ішекте сіңірілуіне арналған аспириннің дәрілік формалары оның плазмадағы максималды деңгейін 3-4 сағаттан кейін береді. Алайда, ЦОГ-1, аспирин қан айналымына түспей жатып-ақ, ацетилденеді. АСК 50-1500 мг дейінгі аралықтағы түрлі дозаларының әсерлілігін зерттеу препараттың аз дозаларының (75-100 мг) үлкен дозаларына қарағанда әсерлілігі аз емес, оның үстіне олар қан кетуді сирек шақырады (кесте).

Аспирин дозасы, мг/тәу	Зерттеулер саны	Жүрек-тамыр ауруларының жиілігі, %		Жүрек-тамыр ауруларының қаупін салыстырмалы түрде төмендетуі, %
		Аспирин	Плацибо	
500-1500	34	14,5	17,2	19
150-325	19	11,5	14,8	26
75-150	12	10,9	15,2	32
<75	3	17,3	19,4	13
Унификацияланбаған	65	12,9	16,0	23

Аспиринді қабылдаған кезде кейбір адамдар да жанама әсерлер болуы мүмкін. Ең жиі кездесетіні асқазан-ішек жолындағы бұзылыстар. Кейбір авторлардың берілгендері бойынша науқастардың 1/3 бөлігінде түрлі дәрежедегі асқазан диспепсиясы, ал 1% жағдайларда асқазандық қан кетулер дамиды. Осының бәрі осындай асқинулардың алдын алу жолдарын іздеуге әкелді. Ең бірінші болып неміс ғалымдары микростин деп аталған аспириннің микрокристалды түрін жасап көрді. Бұл препарат науқастарды емдеуге ыңғайлы болды, бірақ асқинуларды саны көп азайған жоқ. Осыдан кейін қорғаныс ішекте еритін қабықшасы бар (тромбо АСС, кардиоаспирин, карди АСК және т.б.), сонымен қатар сіңбейтін магний гидроксиді антацидті мен АСК комбинациясы (кардиомагнил, Nycomed, Дания) аспириннің түрлері пайда болды. АСК бұл препарат құрамына қауіпсіз, бірақ әсерлі 75 немесе 150 мг дозасы енеді. Ол тромбоциттердің қызметін тежейді, және магний гидроксиді аспириннің бұл әсерін, оның сіңірілуіне әсер етпегендіктен төмендетпейді. Екінші жағынан, магний гидроксиді (препаратта сәйкесінше 15,2 және 30,39 мг) АСК ның ас қорыту жолына жанама әсерін, асқазанның шырышты қабатының простогландиндер деңгейін жоғарлата отырып, сонымен қатар асқазанның буферлік қабатында бикарбонаттар секрециясын күшейтіп және ГП деңгейін арттыру арқылы, төмендетеді. Осыған қарамастан асқазан сөлінің екіншілік гиперсекрециясы байқалмайды. АСК дәрілерінің антиром-ботикалық және жанама әсерлерін бағалау З.С. Баркаган және Е. Ф. Котофчиковамен жүргізіліп, нәтижесі 2004 жылы басылып шықты. 150 мг тәулік дозасында қабылданған кәдімгі аспириннің әсерін тромбоАСС (100 мг тәулік) және кардиомагнилмен (75 мг тәулік) салыстыра отырып авторлар келесіні анықтады. Эпигастридегі ауырсыну, жүрек айну, қыжылдау сияқты асқинулар кәдімгі аспиринді қолданғанда 50% науқастарда, тромбоАСС қолданғандарда 11,4%, кардиомагнил қолданғандарда 5,3% байқалды. Осындай нәтижелер А.Л. Веркин және оның пікірлестерінен де (2006ж) алынды. Кардиомагнилді қолданған кезде гастроэнтеро-логиялық көріністер айқындылығы ішекте еритін қорғаныс қабығы бар аспиринді қолданумен салыстырғанда сирек кездеседі. А.Ю. Куликов, И.С.

Крысанов 2007 жылы АСК дәрілерімен емдеуге экономикалық шығынның салыстырмалылығын бағалады. Авторлар науқастардың АСК ға және АСК шақырған диспепсияны емдеуге бағытталған дәрілерге шыққан шығынын санады. Санау бойынша кардиомагнилмен емдеуді тромбоАСС емдеуімен салыстырғанда екі есе арзан болып шықты. Бірақ, бұл нәтиже дәлелдік медицина ережелеріне сәйкес тиянақты зерттелуі тиіс. Осыған қарамастан кардиомагнил құрамына кіретін АСКның әсерлілігі мен науқастардың оны жақсы көтеруі (антацид есебінен), бұл дәрілік затты ұзақ қолдануға мүмкіндік береді.

Анамнезінде асқазан – ішектің қан кетуі болған науқастарға АСКн төмен дозада 50 - 100 мг тәулігіне тағайындап және аса абай болу керек. Бұл кезде протонды помпа ингибиторлары немесе цитопротекторлар алдын алу мақсатымен тағайындалмайды. Аспиринді тағайындаған кезде, қабынуға қарсы стероиды емес препараттарды тағайындау оны алып тастауға әкелмеу керек, себебі бұл препараттардың антиромботикалық әсерлілігі туралы дәлелдер жоқ. Бірақ, мұндай комбинация аспириннің антиромботикалық әсерін күшейтуі мүмкін.

Әдебиеттер:

1. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // Br. Med. J. 2002. V. 324. p 71.
2. Husted S. // Eur. Heart J. 2007. V.9. Suppl. D.P.D20.
3. Patrono C. et al. // Chest. 2001. V.119. Suppl. 1.P.39S.
4. Hirsh J. Guidelines for Antithrombotic therapy. L., 2005 P. 121.
5. Patrono C. et al. // Eur. Heart J. 2004. V.25.P.166.
6. Ibanez B. et al. // Eur. Heart J. 2006. V.27. Suppl. G.P.G3.
7. Мазуров А.В. и др. // Рос. Физиол. Журн. 2004. Т. 90. №5 С. 586.
8. Gilt A.K., Betriu A. // Eur. Heart J. 2008. V.10. Suppl. A.P.A4.
9. Hirsh J. et al. // Chest. 2008. V.133.P.71S.
10. Geerts W.H. et al. // Chest. 2004. V.126.Suppl. 3.P.338S.

УДК 616.12-008.6-07

БРУГАДА СИНДРОМЫ**Л.Қ. Қаражанова, Н.Т. Аубакирова****Семей Мемлекеттік медициналық университеті**

1992 жылы ағайынды Р және J Brugada бірінші рет клинико-электрокардиографиялық синдром туралы жазды. Бұл синдром Гис шоғырының оң жақ аяқшасының блокадасымен, оң жақ кеуде тіркемесінде ST сегментінің элевациясымен және күрт жүректік өліммен сипатталады. Бругада синдромы батыс елдерінде сирек (10000 адамның ішінде 1-2 жағдай) Оңтүстік Шығыс Азияда жоғары (10000 адамға 5 жағдайдан жоғары), әсіресе Таиланд және Филиппин елдерінде кездеседі. Орташа кездесу жасы 22-40. Осы синдромға тән ЭКГ-нің типтік өзгерісі 5 жастан кейін көрінеді. Бругада синдромы аутасомды-доминантты жолмен тұқымқуалайды және SCN5A генінің мутациясымен байланысты.

Жіктелуі:

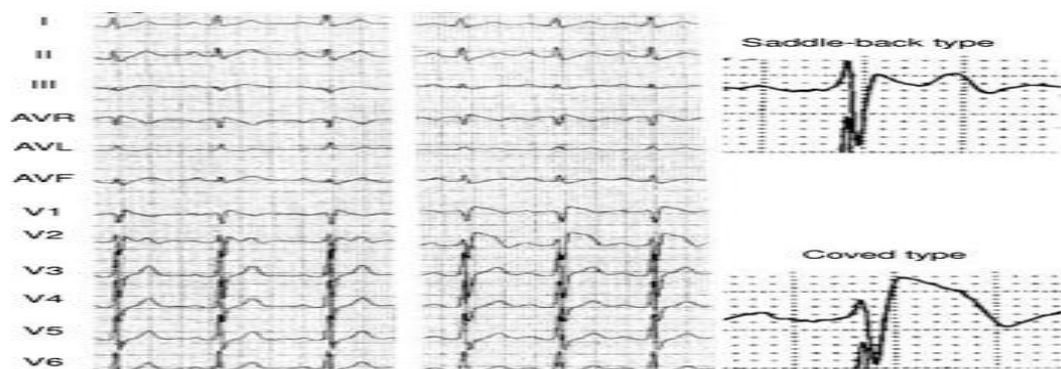
1. Клиникалық көріністеріне байланысты
 - симптомды (синкопальді) синкопальді ұстамалар немесе күрт жүректік өлім.
 - симптомды (симкопальсіз) клиникалық көрініссіз тек ЭКГ дегі көріністерге байланысты.
2. ЭКГ өзгерістеріне байланысты.
 - классикалық синдром көріністері ЭКГ да әркезде болуы.

- интермиттирленген ЭКГ лық көріністер периодты көрініп, спонтанды жоғалады.

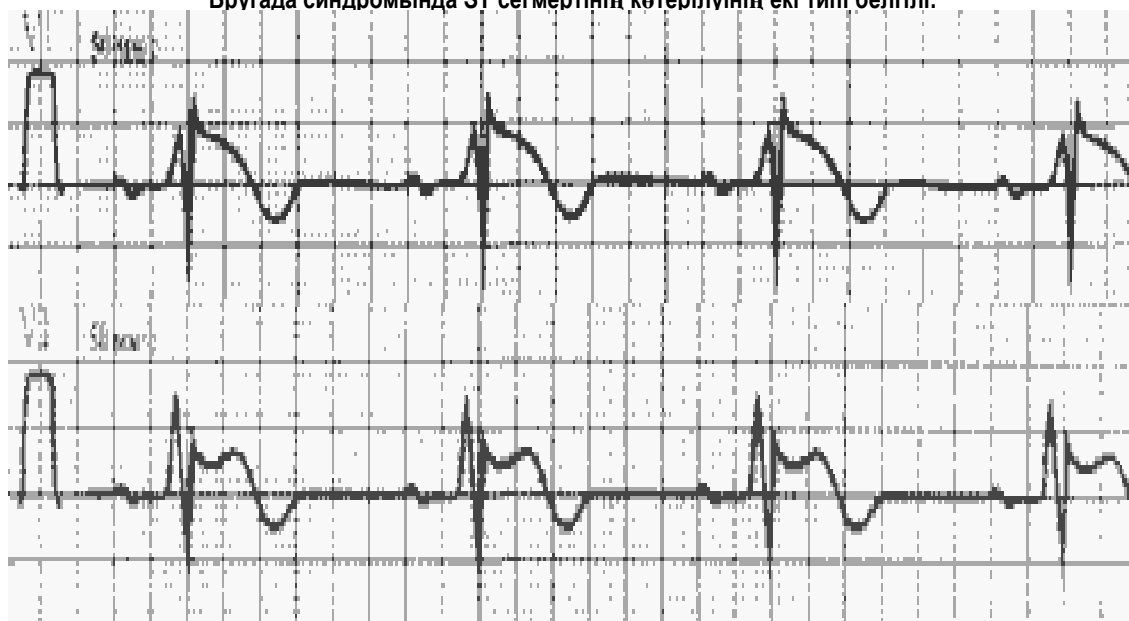
- жасырын ЭКГ ге типтік өзгерістер дәрілерден кейін көрінеді.

Эпидемиологиясы. Әйелдермен салыстырғанда ерлерде Бругада синдромы 8-10 рет жиі кездеседі. Жағдайда жүректік органикалық зақымдалусыз осы ауданда Бругада синдромы табылуы мүмкін. Японияның аурухана-ларында 8612 науқасқа жекелеген зерттеулер жүргізілген. Осылардың ішінде 12 (0,14 %) зерттеушіде ЭКГ өзгерісі табылған.

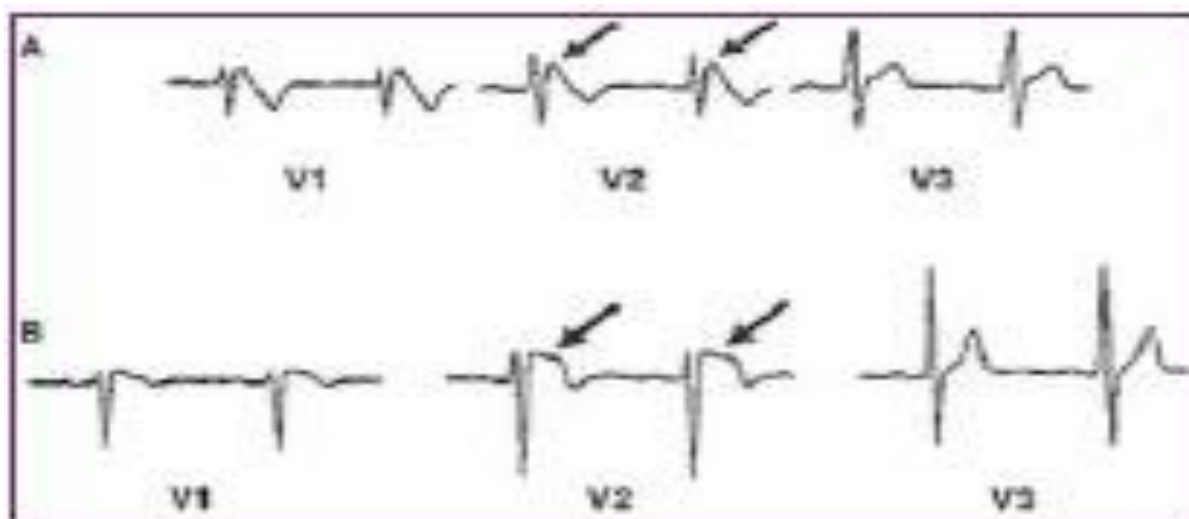
Клиникалық диагностикасы. Бругадада синдромының негізгі - клиникалық өлім эпизодтары болып табылады. Күрт жүрек өлімін басынан кешірген 80% науқастарда анамнезінде осыған дейін синкопальді жағдай болған. Есінен таңудың ауыр жағдайында тырысулармен жалғасады. Науқастар талуы кезінде естері сақталады және тез арада көрінетін әлсіздікпен, бозарумен жүрек соғысының жиілеуімен көрінеді. Қарыншалық аритмия эпизодтары жиі үлкен адамдарда (38 жас) кездеседі, бірақ балалар және қарт адамдарда да кездесуі мүмкін.



Бругада синдромында ST сегментінің көтерілуінің екі типі белгілі:



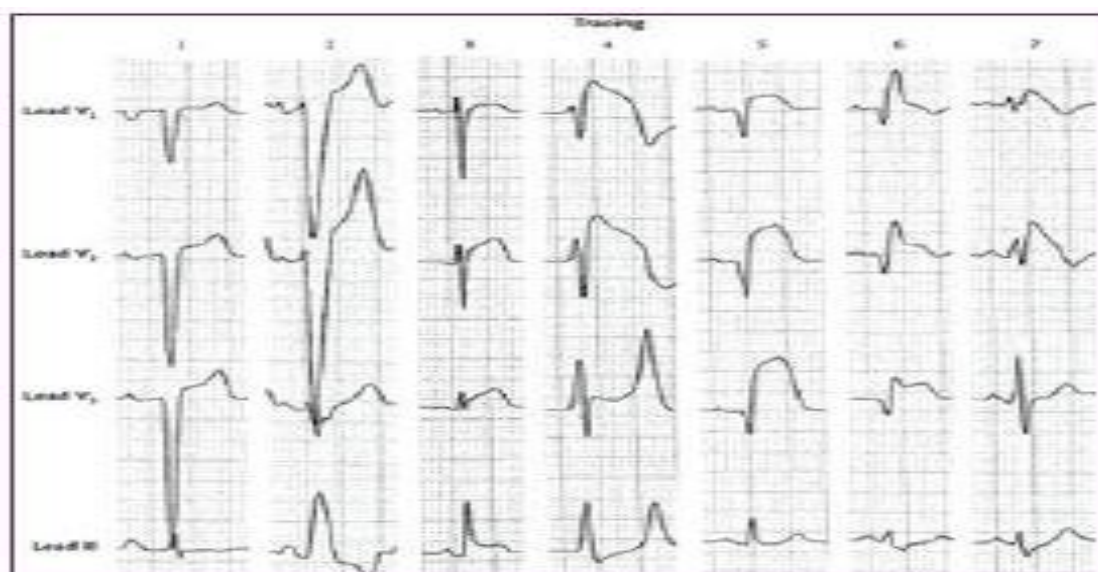
Бругада синдромының негізгі ЭКГ көріністері күмбез және ершік формалары (ST сегментінің элевациясының) болып табылады.



А: “күмбез тәрізді” ST; В: “ершік тәрізді” ST;

Бругада синдромында ST сегментінің элевациясының 3 типі көрсетілкен.

ЭКГ-изменения	Тип 1	Тип 2	Тип 3
Точка (волна) J	> 2 мм	> 2 мм	> 2 мм
Зубец Т	Отрицат. (-)	+ или +/-	+
Тип ST-T сегмента	«сводчатый»	«седловидный»	«седловидный»
Конечная часть ST	Постоянно отриц.	+ > 1 мм	Подъем < 1 мм



Электрофизиологияның негізі.

Натрилік токтың шығысын генетикалық детерминирленген болуы оң жақ қарыншаның эпикард

клеткасындағы өткізгіш трактысының трансмембранды потенциал әсерінің екі фазада өзгеруіне әкеледі. Бұл өз алдына жүректің осы бөлігіндегі асинхронды

реполяризацияға және электрлік тұрақсыздыққа әкеледі. Миокардтың аритмиясының негізгі факторлары болып табылады: парасимпатикалық әсерлер (ұйқы, ас қабылдау, суық суға түсу, жүзу) дене қызуының көтерілуі, натрий және кальций каналдарының блокадасы, миокард ишемиясы т.б. Осы жағдайда қайталап кіретін потенциал әсерінің механизмі басым түсіп, қатерлі аритмияның пайда болуына әкеледі. Ал, бір жағынан Бругада синдромы науқастарында бетта-адренергиялық стимуляторға немесе фосфодиэстеразалар үш ингибиторларды енгізгенде ST сегменті қалыпқа келетіні көрінеді.

Дифференциалды диагноз

Анемнезде оң жақ кеуде лақтырысында ЭКГ өзгерістерін патологиялық жағдаймен (сегментінің элевациясына әкелетін) дифференциалды диагноз жасау керек.

Емі.

- Қарыншалық ритмнің бұзылысында эффективті ескерту ретінде пропранолол және дизопиромид қолданады, бірақ бұлар ST сегментінің одан сайын көтерілуіне әкеледі.
- Науқастарға амидарон беруді қолданған, бірақ ағайынды Бругадалар көз қарасы бойынша амидарон қабылдағанда күрт жүректік өлімді ескертпейді.
- Цилостазол (фосфодиэстераза ингибиторлары) кең қолданылады.
- Негізгі эффективті ем күрт жүректік өлім эпизодтарын жоятын кардиовертедефибрилляторды имплантациялау.

Литература:

1. O'Brien P, Oyebode F. Psychotropic medication and the heart. // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003; 9: 414-423.
2. Buckley N.A., Sanders P. Cardiovascular Adverse Effects of Antipsychotic Drugs // *Drug Safety* 2000; 23(3): 215-228.
3. Abdelmawla N., Mitchel A.J. Sudden cardiac death and antipsychotics // *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12:35-44; 100-109.
4. Herxheimer A., Healy D. Arrhythmias and sudden death in patients taking antipsychotic drugs. // *BMJ* 2002; 325: 1253-1254.
5. Ray W. A., Meredith S., Thapa P. B. et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. // *Archives of General Psychiatry* 2001; 58:1161-1167.
6. Liperotti R., Gambassi G., Lapane K. L. et al. Conventional and atypical antipsychotics and risk of hospitalization for ventricular arrhythmias or cardiac arrest. // *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 696-701.
7. FDA issues public health advisory for antipsychotic drugs used for treatment of behavioral disorders in elderly patients (FDA talk Paper) Rochvill (MD): US Food and Drug Administration (2006).
8. Brugada P., Brugada R., Antzelevitch C., Brugada J. The Brugada syndrome // *Arch Mal Coeur Vaiss* 2005; 98(2): 115-122.
9. Di Diego J.M., Cordeiro J.M., Goodrow R.J. et al. Ionic and cellular basis for the predominance of the Brugada syndrome phenotype in males. // *Circulation* 2002; 106: 2004-2011.
10. Antzelevitch C., Brugada P., Borggrefe M et al. Brugada syndrome. Report of the second consensus conference. // *Circulation* 2005; 111: 659-670.
11. Shimizu W., Aiba T., Kurita T., Kamakura S. Paradoxical abbreviation of repolarization in epicardium of the right ventricular outflow tract during augmentation of Brugada-type ST segment elevation. // *J Cardiovasc Electro-physiol* 2001; 86: 161-166.
12. Brugada J., Brugada R., Brugada P. Channelopathies: a new category of diseases causing sudden death. // *Herz* 2007; 32(3):185-191.
13. Smits JP, Eckardt L, Probst V et al. Genotype-phenotype relationship in Brugada syndrome: electrocardiographic features differentiale SCN5A-related patients from nonSCN5A-related patients. // *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 350-356.
14. Schulze-Bahr E., Eckardt L., Breithardt G. et al. Sodium channel gene (SCN5A) mutation in 44 index patients with Brugada syndrome: different incidences in familial and sporadic disease. // *Hum Mutat* 2003; 21: 651-652.
15. Antzelevitch C. The Brugada syndrome: ionic basis and arrhythmia mechanisms. // *J Cardiovascular Electro-physiol* 2001; 12: 268-272.
16. Tan H.L., Kupersmidt S., Zhang R. et al. A calcium sensor in the sodium channel modulates cardiac excitability. // *Nature* 2002; 415: 442-447.
17. Baroudi G., Pouliot V., Denjoy I et al. Novel mechanism for Brugada syndrome: defective surface localization of an SCN5A mutant (R1432G). // *Circ Res* 2001; 88: E78-E83.
18. Kurita T., Shimizu W., Inagaki M. et al. The Electro-physiologic mechanism of ST-segment elevation in Brugada syndrome. // *J Am Coll Cardiol* 2002; 40: 330-334.
19. Wichter T., Matheja P., Eckardt L. et al. Cardiac autonomic dysfunction in Brugada syndrome. // *Circulation* 2002; 105: 702-706.
20. Priori S.G., Allot E., Blomstrom-Lundqvist C. et al. Task Force on Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology. // *Eur Heart J* 2001; 22: 1374-1450.
21. Ватулин Н.Т., Склянная Е.В. Синдром Бругада. // *Кардиология* 2003; 11: 80-85.
22. Генерозов Э.В., Гиляров Н. А., Новикова М.В. и др. Синдром Бругада: обзор литературы и клиническое наблюдение необычного течения заболевания // *Кардиология* 2006; 46(9): 77-87.
23. Unlu M., Bengi F., Amasyali B., Kose S. Brugada-like electrocardiographic changes induced by fever. // *Emerg Med J*. 2007; 24(1): e4.
24. Shimizu W., Matsuo K., Kokubo Y. et al. Sex hormone and gender difference-role of testosterone on male predominance in Brugada syndrome // *J Cardiovasc Electro-physiol* 2007; 18(4): 415-421.
25. Littmann L., Monroe M.H., Taylor L. et al. The hyperkalemic Brugada sign. // *J Electrocardiol* 2007; 40(1): 53-59.
26. Wu L.S., Wu C.T., Hsu La et al. Brugada-like electrocardiographic pattern and ventricular fibrillation in a patient with primary hyperparathyroidism. // *Europace* 2007; 172-174.
27. Ortega-Camicer J., Bertos-Polo J., Gutierrez- Tirado C. Aborted sudden death, transient Brugada pattern and wide Qrs dysrhythmias after massive cocaine ingestion. // *J Electrocardiol* 2001; 34: 345-349.
28. Ozeke O., Selsuk M.T., Topaloglu S. et al. Brugada-like early repolarisation pattern associated with acute pericarditis // *Emerg Med J* 2006; 23(12): 957-959.
29. Roberts-Thomson K.S., Teo K.S., Young G.D. Drug-induced Brugada Syndrome with ST-T wave alternans and long QT. // *Intern Med J* 2007; 37(3): 199-200.
30. Hermida J-S., Six I., Jarry G. Drug-induced pericarditis mimicking Brugada syndrome // *Europace* 2007; 9(1): 66-68.
31. Wataru & Shimizu .Gender Difference and Drug Challenge in Brugada syndrome // *J Cardiovasc Electro-physiol* 2004; 15: 70-71.

32. Aouate P., Clerc J., Viard P., Seoud J. Propranolol intoxication revealing a Brugada syndrome // *J Cardiovasc Electrophysiol* 2005; 16(3): 348-351.
33. Rouleau F., Asfar P., Boulet S. et al. Transient ST segment elevation in right precordial leads induced by psychotropic drugs: relationship to the Brugada syndrome. // *J Cardiovasc Electrophysiol* 2001; 12: 61-65.
34. Goldgran-Toledano D., Sideris G., Kevorkian J. Overdose of cyclic antidepressants and the Brugada syndrome. // *N Engl J Med* 2002; 346: 1591-1592.
35. Shah S.U., Iqbal Z., White A., White S. Heart and mind: psychotropic and cardiovascular therapeutics. // *Postgrad Med J* 2005; 81: 33-40.
36. Thanacoody, Ruben H.K., Thomas, Simon H.L. Tricyclic Antidepressant Poisoning: Cardiovascular Toxicity. Review Article. // *Toxicological Reviews* 2005; 24: 3.
37. Brahmi N., Thabet H., Kourachi N. et al. Brugada syndrome and other cardiovascular abnormalities related drugs intoxication // *Arch Mal Coer Vaiss* 2007; 100(1): 28-33.
38. Akhtar M., Goldschlager N.F. Brugada electrocardiographic pattern due to tricyclic antidepressant overdose. // *J Electrocardiol* 2006; 39(3): 336-339.
39. Bebartha V.S., Waksman J.C. Amitriptyline-induced Brugada pattern fails to respond to sodium bicarbonate. // *Clin Toxicol (Phila)* 2007; 45(2): 186-188.
40. Darbar D., Yang T., Churchwell K. et al. Unmasking of Brugada syndrome by lithium. // *Circulation* 2005; 112(11): 1527-1531.
41. Al Aloul B., Adabag A.S., Houghland M.A., Tholakanahalli V. Brugada pattern electrocardiogram associated with supratherapeutic phenytoin levels and the risk of sudden death. // *Pacing Clin Electrophysiol* 2007; 30(5): 713-715.
42. Fish J.M., Antzelevitch C. Role of sodium and calcium channel block in masking the Brugada syndrome. // *Heart Rhythm* 2004; 1: 210-217.
43. Jo S.H., Youm J.B., Lee C.O. et al. Blockade of the HERG human cardiac K⁺ channel by the antidepressant drug amitriptyline. // *Br J Pharmacol* 2000; 129: 1474-1480.
44. Wilma E. Monteban-Kooistra, Maarten P. van den Berg, Jaap E. Tulleken et al. Brugada electrocardiographic pattern elicited by cyclic antidepressants overdose // *Intensive Care Medicine* 2006; 32(2): 281-285.
45. Tada H., Sticherling C., Oral H., Morady F. Brugada syndrome mimicked by tricyclic antidepressant overdose // *J Cardiovasc Electrophysiol* 2001; 12: 275. Casa report.
46. Chadwick B., Waller D.G., Edwards G. Potentially hazardous drug interactions with psychotics // *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 440-449.
47. Rogers J.F., Nafziger A.N., Bertino J.S. Pharmacogenetics affects dosing, efficacy and toxicity of cytochrome P450 metabolized drugs // *Amer J of Medicine* 2002; 113: 746-750.
48. Meyer U.A. Genotype or phenotype: the definition of a pharmacogenetic polymorphism // *Pharmacogenetics* 1991; 1: 66-67.
49. Camm A. John. Drug-induced Long QT Syndrome // Vol.6, Futura Publishing Company, Inc., Armonk, NY, 2002: 20-24; 36.
50. Kiang T.K.L., Ensom M.H.H, Chang T.K.H. UDP-glucuronosyltransferases and clinical drug-drug interactions. // *Pharmacology and Therapeutics* 2005; 106: 97-132.
51. Lin J.H. and Yamazaki M. Role of P-glycoprotein in pharmacokinetics // *Clinical Pharmacokinetics* 2003; 42: 59-98.
52. Daniel W.A. Mechanisms of cellular distribution of psychotic drugs. Significance for drug action and interaction. // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 2003; 27: 65-73

Синдром Бругада (СБ) является, по мнению многих специалистов, «ответственным» за более чем 50% внезапных, некоронарогенных смертей в молодом возрасте. СБ - клинко-электрокардиографический синдром, объединяющий частые семейные случаи синкопальных состояний или внезапной смерти вследствие полиморфной желудочковой тахикардии, и регистрацию специфического электрокардиографического паттерна.

According to opinion of many specialists Brugada syndrome is "responsible" for more than 50% sudden non-coronary deaths at young age. Brugada syndrome – clinic – ECG syndrome characterized family cases of syncope conditions or sudden death due to polymorphic ventricular tachycardia and registration of specific pattern.

УДК 616.12-008.3-073.96

ҚАРЫНШАЛАРДЫҢ ЕРТЕ РЕПОЛЯРИЗАЦИЯСЫ СИНДРОМЫ

Л.Қ. Қаражанова, Д.Д. Жанпейсова

Семей Мемлекеттік медициналық университеті

Қарыншалардың ерте реполяризация синдромы (ҚЕРС) – бұл миокардтың субэпикардальді бөліктерінің уақытынан бұрын реполяризациясы нәтижесіндегі электрокардиограммадағы ерекше өзгеріс. Бұл электрокардиографиялық феномен – ST сегментінің биіктеуімен және жүректің электрлік осінің бойлық ось бойынша сағат тіліне

қарсы бұрылуымен сипатталады. Бұл жағдай африкандық типті жас ер адамдарда көбінесе кездеседі.

Жалпы ҚЕРС жүректің туа пайда болған электрофизиологиялық қасиеттерінің ерекшеліктерімен байланысты. Өте сирек жүректің жүре пайда болған электрофизиологиялық ерекшеліктерімен байланысты.



Рис. 1. ЭКГ-признаки синдрома ранней реполяризации желудочков.

ҚЕРС – ның ЭКГ көріністері:

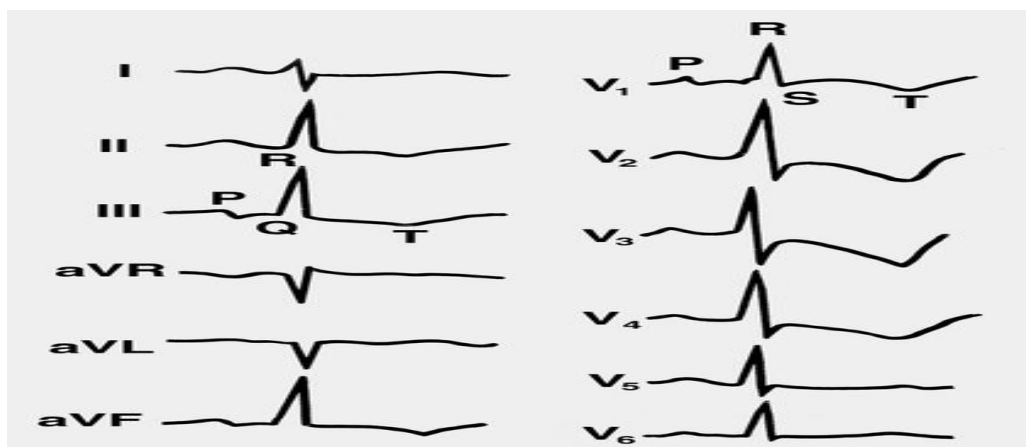
1. ҚЕРС кеуделік әкетулерде анық көрінеді;
2. ST сегментінің изолиниядан доғатәрізді биіктеуі және шығыңқысының төмен қарауы;
3. Биік амплитудалы үшкірленген Т тішесі (кейде инвертирленген) V2 – V4 кеуделік әкетулерде;
4. Төмендегі тізеде R тішесінің биік орналасуы. S тішесінің төмендеткіш ST сегментіне өтер жерінде түзілетін зазубрина R тішесін симуляциясы болуы мүмкін;

5. V5 - V6 кеуделік әкетулерде S тішесінің қысқаруы немесе жоғалуы, бұл жүректің электрлік осінің бойлық ось бойынша сағат тіліне қарсы бұрылуының белгісі;

6. Ұзақтығы мен амплитудасы қалыпты Р тішесінің екі өркештенуі;

7. PR және QT интервалының қысқаруы;

8. Кеуделік әкетулерде R тішесінің амплитудасының тез өсуі және осы уақытта S тішесінің төмендеп жоғалуы;



ҚЕРС классификациясы

А.Скоробагатыйдың жіктеуі (1986ж) келесі критериилер б/ша;

■ Қосымша жүрек – қан тамырлар патологиясының болуы;

■ Синдром топографиясы;

■ Оның тұрақтылығы;

Осы б/ша екі варианты:

■ а) қосымша жүрек – қан тамырлар патологиясының және басқа да патологиялардың болмауымен;

■ б) қосымша жүрек – қан тамырлар патологиясының және басқа да патологиялардың болуымен;

ЭКГ көріністерінің орналасуы б/ша үш типі;

■ V1-V2 әкетулерде синдром көріністерінің анық көрінуі

■ V4-V6 әкетулерде синдром көріністерінің анық көрінуі

■ Аралық тип, бұл кезде кеуделік әкетулердің ешқайсысында да синдромның анық көрінбеуі

Сонымен қатар ерекше екі варианты:

■ Альтернирленген көріністерімен ҚЕРС

■ Ырғақ пен өткізгіштіктің бұзылуымен бірге жүретін ҚЕРС

Сонымен қатар: **тұрақты немесе ауыспалы болады**

Л.П.Воробьев (1991 ж) жіктелуі б/ша;

■ Тұрақты;

■ Тұрақсыз;

■ Алғаш пайда болған;

■ Кенет жоғалған;

■ Интермиттирленген;

■ Алып Т тішесімен;

■ Теріс Т тішесімен;

■ Т тішесінің қысқа уақытты инверсиясымен

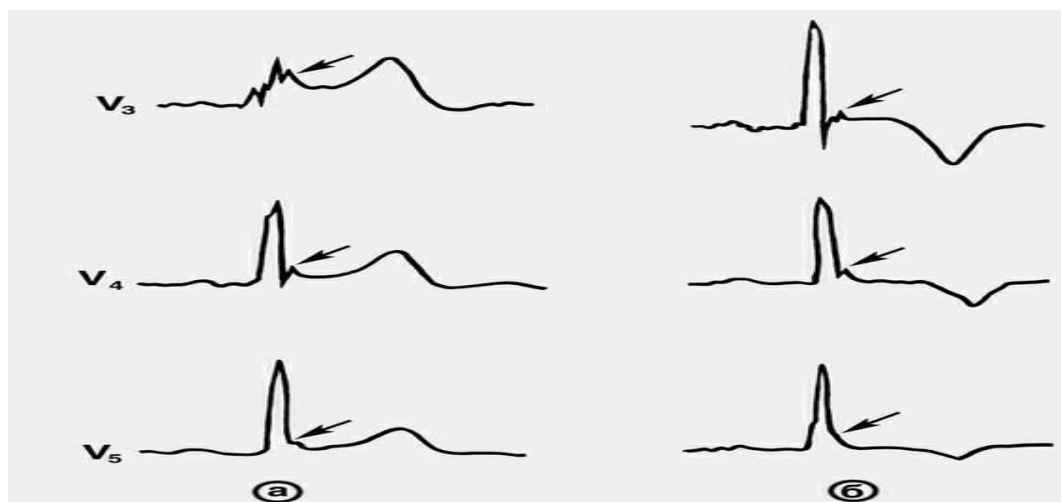
(Вольф-Паркинсон – Уайт синдромымен; сол қарыншаның қосымша хордасымен бірге);

Сонымен қатар соңғы уақыттағы осы синдром бар адамдарды үш класқа жіктейді:

■ 2-3 ЭКГ әкетулерде ҚЕРС көріністерінің болуы

■ 4-5 ЭКГ әкетулерде ҚЕРС көріністерінің болуы

■ 6 ЭКГ әкетулерде ҚЕРС көріністерінің болуы



ҚЕРС патогенезі

Қазіргі кезде ҚЕРС шығуының бірнеше теориясы бар:

■ **Өткізудің қосымша жолдарының болуы;** көптеген авторлар ҚЕРС бұл қосымша өткізу жолдарының іске қосылуынан болады дейді. Бұл феномен жүрекше – қарыншалық өткізгіштіктің бұзылуы және қосымша өткізу жолдарының қосылуымен сипатталады. Зерттеу материалдарына сүйенсек QRS комплексінің төмендеткіш тізесіндегі зазубрина бұл кешіктірілген дельта – толқын болып табылады. Ал қосымша жолдың пайда болуының дәлелі ретінде PQ интервалының қысқаруы болып табылады.

■ **Де- және реполяризация процестерінің тепе- теңсіздігі;** ҚЕРС дамуының келесі механизмдері:

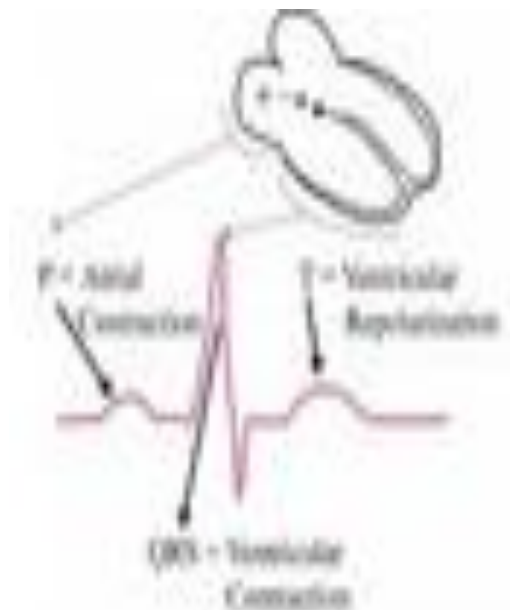
ҚЕРС деполяризация және реполяризация процестерінің баяулауы нәтижесінде олардың шектен тыс қатарласуынан болады, бірақ әр түрлі дәрежеде. Кейде бір процестің екінші процестен басым болуы.

ҚЕРС әр түрлі бағыттағы, яғни қарыншалық реполяризация жолдарынан миокард қарыншаларының бір бөлігінің бірдей жиырылуы нәтижесінде пайда болады.

Қалыпты жағдайда реполяризация процесі жүректің негізінен басталып, жүрек ұшында аяқталады және қозу толқыны эпикардтан эндокарда қарай жүреді. Ең соңғы миокардтың деполяризацияланатын бөлігі ол артқыбазальді аймақ, қарыншааралық перденің айналасында орналасады. Сондықтан да ҚЕРС кезінде ST сегментінің биіктеуі бұл ST сегменті векторының алдыңғы бағытты ығысуын көрсетеді, немесе субэндокардиальді зонада тежелген реполяризацияны көрсетеді, немесе субэпикальді зонаның ерте реполяризациясымен көрінеді.

■ **Вегетативті нерв жүйесінің дисфункциясы;** ҚЕРС бұл нерв жүйесінің вегетативті сферасында вагусты әсер етумен байланысты болады. Изопротеренмен медикаментозды сынамада ҚЕРС ЭКГ көріністерінің қалыпты күйге ауысуына септігін тигізеді. ҚЕРС бар науқастарда ЭКГ нің тәуліктік мониторингі кезінде түңгі уақытта оның көріністерінің күшеюі осы синдромда вагусты әсердің болуын дәлелдейді.

ҚЕРС – ның клиникалық мәні – ол жедел коронарлы синдромның электрокардиографиялық белгілерін имитациялауы болып табылады.



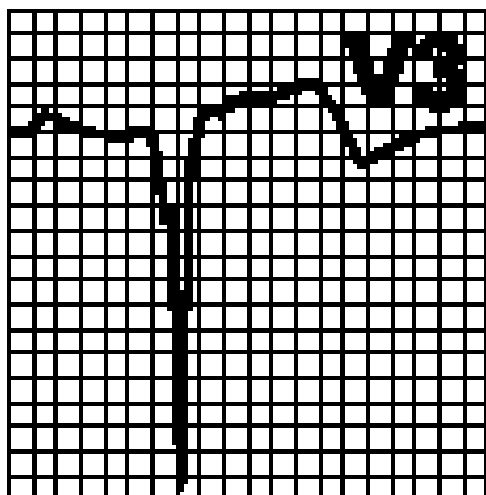
Сондықтан бұл жағдайда ажырату диагностикасын жүргізу керек.

Ең алдымен бұл жағдайда;

■ **Жүрек ишемиялық ауруының клиникасының болмауы,**

■ **QRS комплексінің соңғы бөлігінде R тісшесінің зазубринасы,**

ҚЕРС кезінде жүрек ишемиялық ауруынан ерекшелігі физикалық жүктемемен сынама кезінде STсегменті изолинияға қайта келеді.



Литература:

1. Аббакумов С.Д., Романов М.М., Стае М. Синдром преждевременной реполяризации желудочков // Кардиология. - 1979. - Т. 19, № 7. - С. 82-86.
2. Андрейченко Т.А., Шепелева А.А., Сергеев И.Н. Состояние здоровья выпускников медицинского колледжа // Приложение к журналу «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». - 2005. - Т. 4, № 4. - С. 14-15.
3. Бобров А.Л. Течение заболеваний внутренних органов у пациентов с синдромом ранней реполяризации желудочков сердца // Достижения и перспективы медицинской реабилитации. Сборник научных трудов, посвященный 70-летию Военного санатория «Чемито-квадже». - Сочи. - 2004. - С. 174-175.
4. Бобров А.Л., Бойцов С.А., Темнов А.Н. Электро- и эхокардиографические особенности синдрома ранней реполяризации желудочков // Журнал Сердечная недостаточность. - 2002, - № 4, - С. 565-569.
5. Бобров А.Л., Шуленин С.Н. Новая классификация синдрома ранней реполяризации желудочков: клиническое значение и применение // Кардиология СНГ, 2006, т. 4, № 1, С. 123.
6. Бобров А.Л., Шуленин С.Н. Эхокардиографические изменения у практически здоровых лиц с синдромом ранней реполяризации // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. - 2005. - № 1 (13). - С. 63-64.
7. Бобров А.Л., Шуленин С.Н. Эхокардиографические изменения у практически здоровых лиц среднего возраста с синдромом ранней реполяризации желудочков // Вестник Российской военно-медицинской академии. Приложение. - 2005. - № 2 (13). - С. 127-128.
8. Гуляев В.А., Карташов В.Т. Перспективы развития диспансеризации в армии и на флоте // Воен.-мед. журн. - 2003. - Т. 324, № 1. - С. 28-36.
9. Шуленин С.Н., Бобров А.Л. Способ диагностики скрытой сердечной недостаточности: Пат. 2279843 Российская федерация, МПК8 А 61В 5/02. - № - 2004113713/14; заявл. 05.05.04; опубл. 20.07.06. Бюл. № 20. - 2 с.
10. Boitsov S., Bobrov A. Correlations between connective tissue dysplasia and early repolarization syndrome // European Heart Journal. - Vol. 24, Abstr. Suppl. - September - 2003. - P. 49.
11. Guo Z.G., Peng J., Meng S.R., Wang P. Differential diagnosis of early repolarization syndrome in patients with ST-segment elevation: report of 5 cases // Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao. - 2002. - Vol. 22, № 11. - P. 1033.
12. Gussak I., Antzelevitch C. Early repolarization syndrome: clinical characteristics and possible cellular and ionic mechanisms // J. Electrocardiol. - 2000. - Vol. 33, № 4. - P. 299-309.
13. Hasbak P., Engelmann M.D. Early repolarization. ST-segment elevation as a normal electrocardiographic variant // Ugeskr. Laeger. - 2000. - Vol. 162, № 44. - P. 5928-5929.
14. MacKenzie R. Asymptomatic ST segment elevation // J. Insur. Med. - 2004. - Vol. 36, № 1. - P. 84-87.
15. Poh K.K., Low A., Tan H.C., Chia B.L. Early repolarization pattern occurring with the Wolff-Parkinson-White syndrome // Asian Cardiovasc. Thorac. Ann. - 2003. - Vol. 11, № 3. - P. 263-265.

Синдром ранней реполяризации желудочков является частым электрокардиографическим (ЭКГ) феноменом, считается вариантом нормы. Частота встречаемости 1-5 % населения в общей популяции. Синдром чаще выявляется у молодых мужчин негритянского происхождения, спортсменов, также может наблюдаться у больных нейроциркуляторной дистонией.

Syndrome of early ventricular repolarisation is often ECG phenomenon is known as variant of norm. 1-5% of population suffers from this syndrome. Syndrome often present at young negroid men, sportsmen, and neuro-circulatory distonia.

УДК 616.833-08-002.1(07)

**ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННО-ИШЕМИЧЕСКИХ НЕВРОПАТИЙ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕБАНТИНА****Р.Р. Нулланова****Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей**

Проблема заболеваний периферической нервной системы является одной из ведущих в неврологии /1, 4/. В общей структуре заболеваемости взрослого населения болезням периферической нервной системы принадлежит третье место после гриппа и бытового травматизма, и первое - среди хронических заболеваний. Заболевание широко распространено среди лиц трудоспособного возраста. 76% случаев среди заболеваний с временной утратой трудоспособности относятся к патологии периферической нервной системы /2/, что подтверждает социальную значимость проблемы /3/. Компрессионно-ишемические невропатии занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваний ПНС, достигая 53 % в этой группе заболеваний /6/.

Компрессионно-ишемические невропатии /КИН/ - заболевание нервного ствола и его ветвей, вызванное локальным раздражением, компрессией и ишемией в анатомически и биомеханически уязвимых местах прохождения нерва. Компрессионно-ишемические невропатии полиэтиологичны, но чаще обусловлены травматическими, дисгормональными, обменными и вазомоторными нарушениями, а также местными компримирующими воздействиями в области «ловушечных» пунктов. В них ствол нерва подвергается динамической или длительной компрессии за счет гиперплазии периневральных тканей, повышения внутритуннельного давления, что сопровождается ишемией, нарушением венозного оттока и вторичным отеком /4,6/.

Применение адекватного лечебного воздействия в терапии компрессионно-ишемических невропатий требует тщательного изучения клинко-патогенетических особенностей туннельных невропатий. В настоящее время недостаточно изучены тонкие функциональные изменения нервного волокна в результате компрессии, возникающие в ранние периоды заболевания. Габапентин близок по своей структуре к гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК), однако он не взаимодействует с рецепторами к ГАМК. Тебантин уменьшает сенситизацию центральных ноцицепторов, в основном за счет связывания с $\alpha 2\delta$ субъединицей потенциалзависимых кальциевых каналов мембраны ноцицептивных нейронов, что приводит к блокированию каналов и уменьшению возбудимости нейронов. Кроме того, габапентин сохраняет блокирующее действие на натриевые каналы и дополнительно оказывает стимулирующее влияние на синтез и выделение ГАМК. Побочных эффектов у препарата немного. При изучении 2216 пациентов сонливость наблюдалась у 15,2%, головокружение - у 10,9% и атаксия - у 6,0% больных, однако тяжесть побочных эффектов была незначительной, а их длительность не превышала 2-3 нед. даже при продолжении приема препарата. Препарат не метаболизируется в печени и выводится в виде целой молекулы через почки, но должен применяться с осторожностью у больных с нарушением функции почек.

Наиболее эффективным препаратом для лечения невропатической боли различной этиологии зарекомендовал себя препарат нового поколения антиконвульсантов - габапентин (тебантин). Антиконвульсанты последнего поколения обладают более широким спектром действия, что обеспечивает их эффективность при невропатической боли /8/.

Таким образом, несомненна актуальность данного научного исследования, направленного на разработку методом тебантина в комплексном лечении компрессионно-ишемических невропатий.

Цели и задачи исследования.

Цель работы: выявить эффективность тебантина в комплексном лечении компрессионно-ишемических невропатий.

Задачи исследования.

1) уточнить особенности клиники, патогенеза и ранней диагностики компрессионно-ишемических невропатий на основании клинической симптоматики

2) оценить эффективность применения тебантина в комплексном лечении больных компрессионно-ишемическими невропатиями.

Материал исследования. Применение тебантина при лечении невропатической боли проведено у 40 больных в возрасте от 25-75 лет.

Эффективность тебантина показана в двойных слепых плацебо-контролируемых исследованиях в случаях невропатической боли у 19 больных и показано, что прием препарата в дозе 1800 мг в течение 6 нед. статистически достоверно уменьшал выраженность болевого синдрома по сравнению с эффектом плацебо. В этих исследованиях тебантин назначался мужчинам и женщинам в возрасте от 25 до 75 лет с широким спектром синдромов невропатической боли, обусловленных компрессионно-ишемическими невропатиями и показал свою эффективность и хорошую переносимость при минимальных побочных эффектах. На основании этих исследований была создана система титрования дозы препарата, позволяющая уменьшить частоту и выраженность побочных эффектов, и определены максимально возможные дозы его назначения. Тебантин назначают начиная с дозы 300 мг в день (вечером, на ночь), затем дозу увеличивают до 600 мг (300 мг днем и 300 мг вечером) и, наконец, дозу увеличивают до 900 мг (300 мг 3 раза в день). На фоне приема препарата в дозе 900 мг в день анализируют динамику болевого синдрома, а при отсутствии эффекта ее повышают до 1800 мг/сут. (увеличивая по 300 мг/сут.). Максимальные дозы тебантина в некоторых исследованиях, при которых была показана высокая эффективность препарата при лечении невропатической боли, достигали 2700 или 3600 мг. При этом большинство исследователей отмечали уменьшение болевого синдрома при различных вариантах невропатической боли уже на первой неделе лечения тебантином. Препарат имеет высокую (более 60%) биодоступность, максимальная концентрация в плазме достигается через 2-3 ч после приема препарата. Прием пищи не влияет на фармакодинамику тебантина.

При назначении препарата боли купируются у большинства больных, эффект наступает быстро, отсутствуют значительные побочные явления, и при необходимости его можно принимать в течение длительного периода.

Выводы.

1. Наиболее ранними проявлениями компрессионно-ишемических невропатий являются минимальные субъективные чувствительные расстройства в виде парестезий и онемения в зоне иннервации пораженного нерва. Выраженные клинические проявления (болевого син-

дром, двигательные нарушения, атрофии) отмечаются в более поздние сроки заболевания.

2. При лечении тебантином боли купируются у большинства больных, эффект наступает быстро, отсутствуют значительные побочные явления, и при необходимости его можно принимать в течение длительного периода.

Литература:

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. Санкт-Петербург. 2000. - С. 214-230.

2. Антонов И.П. Вопросы классификации и формулировка диагноза заболеваний периферической нервной системы // Ж. Неврология и психиатрия, 1985. вып. 4, С. 481-487.

3. Берзиньш Ю.Э., Думбере Р.Т. Туннельные поражения нервов верхней конечности. Рига, "Зинатне", 1989. - 214 с.

Компрессионды ишемиялык невропатиялардың ерте белгілері зақымдалған нерв аймағында минималды субъективті сезімтал бұзылыстар болып табылады. Айқын клиникалық көріністер, яғни ауырсыну, атрофиялар сырқаттың кеш мезгілінде байқалады. Тебантинмен емнен соң бұл белгілер тез қайтып, науқас жағдайының жақсаруы анықталды.

The earliest displays of kompressionno-ischemic neuropathies are the minimum subjective sensitive frustration in a kind in a zone of an innervation of the amazed nerve. The expressed clinical displays (a painful syndrome, impellent infringements, atrophies) are marked in later terms of disease.

At treatment Tebantyn pains are stopped many patients, the effect comes quickly, there are no considerable by-effects, and in need of it it is possible to accept during the long period.

4. Жулев С.Н. Туннельные невропатии локтевого нерва. Автореф. дисс.канд. мед. наук. СПб, 1996. - 21 с.

5. Ирецькая М.В. Методы лечения туннельных синдромов на поликлиническом этапе. // Этапы восстановительного лечения заболеваний и травм ПНС. - Ставрополь, 1987. С. 164-167.

6. Лобзин В.С., Жулев Н.М. Физиотерапия в реабилитации больных компрессионно-ишемическими невропатиями. // Вопр. курортологии, физиотерапии и ЛФК. М. Медицина 1991. - №3. - С. 53.

7. Лобзин В.С., Шиман А.Г., Жулев Н.М. Физиотерапия заболеваний периферической нервной и мышечной систем СПб, "Гиппократ", 1996. - С. 61-63.

8. Строков И.А. Антikonвульсанты в лечение невропатической боли. // Медицинский совет. М. 2008. - №3-4. С.13-16.

УДК 616.71-018.3-002-08

К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

М.С. Адишева, Н.С. Смаилов, Р.Р. Нурланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

В настоящее время болевые синдромы вертеброгенной природы широко распространены, а в развитых странах, по данным экспертов ВОЗ, достигли размеров эпидемии. В Великобритании вследствие болей в спине в 1992 г. было потеряно 90 миллионов рабочих дней, что уступало только заболеваниям органов дыхания и кровообращения. При этом 75% больных составили пациенты от 30 до 59 лет, то есть в период максимальной трудоспособности. Сходные результаты были получены и в исследованиях российских медиков [3,5]. По их данным на долю вертеброгенных заболеваний нервной системы с временной утратой трудоспособности приходится от 60 до 90% всех больных поликлинического профиля.

Наиболее важной проблемой неврологической науки и практики являются вертеброгенные заболевания нервной системы. По данным разных авторов, от 50 до 90% населения планеты на каком-то этапе жизни испытывают боли, причиной которых является поражение позвоночника.

Широкое распространение данной патологии, в том числе у лиц молодого и трудоспособного возраста, обуславливает и большое социально-экономическое значение данной проблемы.

Наибольший клинико-экспертный интерес вызывают дегенеративно-дистрофические поражения позвоночника и, в частности, такое хроническое заболевание, как остеохондроз позвоночника. Остеохондроз позвоночника, его неврологические осложнения резко снижают работоспособность человека, нарушают его социальную

адаптацию, ухудшают качество жизни, а в 10% случаев приводят к инвалидности [1].

Несмотря на достаточную разработанность вопросов неврологических проявлений остеохондроза позвоночника, данная проблема остается одной из актуальных в настоящее время. Это объясняется широкой распространенностью патологии, поражением преимущественно людей активного возраста, склонность к затяжному течению, а также необходимость поиска новых методов лечения и нерешенностью ряда вопросов клиники, этиологии и патогенеза заболевания.

Не вызывает сомнений актуальность поисков новых технологий, повышающих эффективность лечения неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. В настоящее время для осуществления противоболевой терапии у таких больных медицина располагает большим количеством средств и методов, разных как по технике выполнения, так и по физиологичности и эффективности. Вместе с тем доказано, что использование общепринятой медикаментозной терапии и методов физиотерапевтического лечения в большинстве случаев не обеспечивает должного лечебного эффекта и длительной стойкой ремиссии [2,4]. Эксперты ВОЗ подчеркивают, что ни мануальная терапия, ни физиотерапия, ни тракция позвоночника с позиции доказательной медицины себя не оправдали. Даже оперативное вмешательство полностью не устраняет болевой синдром при остеохондрозе позвоночника.

Хирургическая декомпрессия позвоночника является дорогостоящим методом лечения, применяемым лишь у небольшого числа больных с осложненным те-

чением заболевания (грыжа дисков, стеноз позвоночного канала и др.), зачастую ассоциирующимся с «запущенной» стадией остеохондроза позвоночника. Нетрудоспособность таких больных исчисляется месяцами, а иногда и годами. Оперативное лечение неврологических расстройств дискогенного генеза устраняет механический компрессионный фактор, обеспечивает регресс болевого синдрома. Но вследствие выраженности дооперационных изменений в нервных структурах и сопутствующих гемодинамических расстройств не происходит полного устранения неврологических проявлений. Более того, у 10-20% больных грыжи рецидивируют. Развивающиеся рубцово-спаечные процессы, особенно после повторных операций, снижают эффективность хирургического лечения.

В связи с этим разработка новых методов консервативного лечения болей в спине является перспективной и актуальной.

Цель исследования

Улучшить результаты консервативного лечения больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями с применением комплекс медикаментозной терапии.

Задачи исследования

1. Разработать новый комплекс медикаментозной терапии и способ доставки протеолитических ферментов (карипазима) в межпозвоночный диск у этой категории пострадавших;

2. Оценить и доказать эффективность нового комплекса медикаментозного лечения и нового способа введения протеолитических ферментов у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями и провести сравнительный анализ эффективности лечения у больных с данной патологией.

Материалы и методы исследования

В основу нашей работы было положено наблюдение за 60 больным с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, находившимися на лечении в МЦ ГМУ г.Семей. Среди больных преобладали лица трудоспособного возраста от 40 и до 60 лет.

Из этого числа 30 человек вошли в основную группу - это больные с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, получавшие курсовое лечение с применением протеолитических ферментов, и 10 составили группу сравнения - больные, получавшие только стандартную общепринятую терапию.

Восемь человек основной группы имели миому матки или аденому предстательной железы, что явилось противопоказанием к применению электрофореза. Для этих больных был разработан способ введения Карипазима путем фонофореза.

Особенностью неврологического проявления дискогенных радикулопатий у обследованных больных явился выраженный болевой синдром (от 25 до 75 % по ВАШ), иррадиирующий в ягодицу, наружный край стопы, голеностопный сустав, первый палец стопы, стойкие чувствительные расстройства в виде гипестезии, симптомы натяжения (симптом Лассега), выпадение ахиллова рефлекса. Значительно реже у больных с данной патологией встречались атрофические изменения мышц бедра, голени и наличие парезов. Наличие высокого титра АТ к миелопероксидазе и коллагену у больных с дискогенными пояснично - крестцовыми радикулопатиями подтвердило теорию о том, что иммунная система принимает участие в развитии остеохондроза и его осложнений. Также следует подчеркнуть, что после применения Карипазима у обследуемых больных наблюдался не только регресс неврологической симптоматики и купирование болевого синдрома, но и значи-

тельное снижение иммунологических показателей, свидетельствующие об уменьшении иммунного воспаления.

В целом для суждения о клинической эффективности методов лечения использовались следующие 4 градации оценочных критериев: «значительное улучшение», «улучшение», «без перемен» и «ухудшение».

Так, состояния «значительное улучшение» в основной группе достигнуты у 62 % больных, что достоверно выше, чем в группе сравнения у 17 % больных.

Результаты воздействия протеолитических ферментов на болевой синдром убедительно превосходили результаты, полученные в группе сравнения, где применялось только «стандартное» лечение.

В настоящей работе удалось показать четкий анальгетический эффект при использовании протеолитических ферментов. При этом важно, что положительное влияние данного метода можно проследить при болевом синдроме практически любой выраженности. Вместе с тем необходимо отметить, что анализ регресса неврологической симптоматики основной группы и группы сравнения также говорит в пользу применения протеолитических ферментов.

Все использовавшиеся дополнительные методы исследования подтверждали положительный конечный эффект проведенного лечения.

В группе сравнения после стандартной терапии нейрофизиологические показатели не претерпели существенных изменений и значительно не отличались от прежних показателей.

Безусловно, наиболее достоверным методом для сравнения результатов лечения является ЯМРТ, по данным которого отмечено уменьшение грыжевого выпячивания от 1,5 до 4 мм.

Если размер протрузий и грыж у обследуемых больных до лечения составил в среднем $3,7 \pm 0,4$ мм, то после комплексного лечения проведенного с использованием Карипазима размер протрузий и грыж $-2,1 \pm 0,2$ мм.

Положительный эффект наблюдался также у больных со стенозом позвоночного канала, диаметр которого увеличился в среднем на $23 \pm 4\%$.

Необходимо отметить, что в процессе лечения с применением Карипазима у больных наблюдались местные аллергические реакции, которые купировались применением антигистаминных средств.

Следует учитывать, что у больных с многолетним «стажем» болезни, тем более, ранее прооперированных, при упорных болях особенно трудно рассчитывать на полный успех данного метода. Тем не менее, эффективность лечения больных после операции комплексным методом с применением Карипазима неоспоримо выше по сравнению с общепринятой терапией. Безусловно, в каждом конкретном случае требуется дифференцированный подход.

Применяя Карипазим, нам удавалось все-таки существенно снизить остроту процесса.

Все вышесказанное еще раз убеждает в том, что проблема вертеброгенной поясничной боли продолжает оставаться актуальной как для неврологов, так и для нейрохирургов. Хотелось бы выразить надежду, что проведенное исследование позволит в какой-то мере расширить спектр возможностей консервативной терапии этой патологии. Учитывая тот факт, что противопоказаний к проведению данного метода выявлено мало, а противоболевая эффективность его достаточно высока, есть основания рекомендовать включение протеолитических ферментов в лечебный комплекс дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Разработанный метод многократно проверенный в условиях стационара, позволяет рассчитывать на высо-

кую эффективность терапии у пациентов с данной патологией.

Медико-социальная значимость заключается в расширении арсенала — средств и возможностей в лечении широко распространенного среди населения остеохондроза позвоночника и его осложнений. Таким образом, есть основание утверждать, что данный метод заслуживает внимания клиницистов и может в равной степени быть рекомендован для включения в комплекс средств лечения больных с неврологическим проявлением остеохондроза.

Выводы

1. Комплекс протеолитических ферментов, входящих в состав карипазима, может быть доставлен в пораженный межпозвоночный диск путем фонофореза в сочетании с хондраксом у больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулопатиями, имеющих противопоказания к применению электрофореза.

2. Лечебные мероприятия при дискогенных пояснично-крестцовых радикулопатиях должны проводиться комплексно (3 курса по 30 процедур, интервал между курсами от 1 до 2 месяцев) и включать в себя применение протеолитических ферментов (карипазим), хондраксида, введение нестероидных противовоспалительных препаратов (ксефокама), нейропротекторную терапию (кортексин).

5. Комплекс лечебных мероприятий с применением протеолитических ферментов (карипазима), хондропротекторов

(хондроксида), НПВС (ксефокама) и нейропротекторной терапии (кортексина) позволяет в 65 % случаев добиться полного исчезновения болевого синдрома, в 84,7% случаях уменьшить размеры грыжевого выпячивания, снизить активность иммунного воспаления и улучшить процессы ремиелинизации нервного корешка.

Литература:

1. Белова, А. Н. Реабилитация больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза позвоночника в амбулаторных условиях / А. Н. Белова, С. Ю. Маслов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1992. - Т.92, №3. С. 16-19.
2. Динабург, А. Д. Природа и патогенное значение остеохондроза — позвоночника / А.Д. Динабург // Журнал невропатологии и психиатрии. -1978. вып.3. - С. 337-340.
3. Торопцова, Н. В. Клиническая ревматология. / Н. В. Торопцова, Л. И. Беневолентская, А. Н. Карякин // Клиническая ревматология. 1995. - № 5. - С. 26-29.
4. Яхно, Н. Н. Компьютерная томография при неврологических синдромах позвоночника / Н. Н. Яхно, Л. А. Зозуль, И. В. Маняхина // Журнал невропатологии и психиатрии. 1992. - № 3. — С. 36-41.
5. Cyriax, J. The lumbal region: applied anatomy. Textbook of orthopaedic medicine / J. Cyriax. Vol. 1. - Ed. 7th. - London.: Bailliere Tindall, 1980. - Chap. 15. - P. 342-389.

Карипазим құрамына енетін протеолитикалық ферменттер комплексі омыртқалар арасындағы зақымдалған дискіге элетрофорез жолымен жеткізіліп дискогенді бел сегізгөз радикулопатиясы бар науқастарды емдеуде зор маңыздылығы анықталды.

The problem a lumbar pain continues to remain actual both for neurologists, and for neurosurgeons. It would be desirable to express hope that the conducted research will allow to expand in some measure a spectrum of possibilities of conservative therapy of this pathology. Medical actions should be spent in a complex (3 courses on 30 procedures, an interval between courses from 1 till 2 months) and to include application of proteolytic enzymes (kari pazim), introduction of nonsteroid anti-inflammatory preparations therapy.

УДК 616.71-018.3-002-08.

К ВОПРОСУ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Р.Р. Нурланова

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

Актуальность. Остеохондроз позвоночника является одним из наиболее широко распространенных заболеваний. По данным многих авторов процент заболеваемости остеохондрозом позвоночника составляет от 60 до 80 % населения. Клинические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника занимает, одно из первых мест среди причин ограничения физической активности и остается частой причиной ограничения трудоспособности, инвалидности и снижения качества жизни многих людей, что делает данную проблему социально значимой /1/.

Проблема восстановительного лечения таких пациентов является актуальной. Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в этом направлении, до сих пор продолжается научный поиск и разработка новых методов лечения данной категории больных /2/.

Лечение должно быть комплексным и дифференцированным /3/. Для этой цели используются различные методы консервативного лечения, одним из которых является тракционная терапия, которая не всегда оказывается эффективной /5/. Известно, что болевой синдром при поясничном остеохондрозе имеет не только сигнальное значение, но и отрицательно влияет на течение патологического процесса, приводя к спазму

мышц и сосудов, вызывает лимфатический и венозный стаз с развитием гипоксии и отека структур пораженного отдела позвоночника с развитием рефлекторного мышечно-тонического синдрома. Развитие рефлекторного мышечно-тонического синдрома способствует прогрессированию и распространению патологического процесса на другие отделы позвоночника с развитием ряда экстравертебральных осложнений в виде туннельного синдрома, периартроза суставов нижних конечностей, развития очагов нейромиеофиброза и нейромиеостеоза. Развитие экстравертебральных осложнений у больных поясничным остеохондрозом требует применения дополнительного (отдельного) хирургического лечения. Поэтому своевременная профилактика распространения патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры путем своевременного лечения болевого синдрома занимает ведущее место в комплексе лечения остеохондроза

Установлено, что одним из основных патогенетических факторов, вызывающих корешковый болевой синдром при поясничном остеохондрозе, являются артрозы дугоотростчатых суставов - спондилоартрозы, которые встречаются почти у всех больных. Исходя из этого,

многие авторы считают, что самым эффективным способом лечения начальных стадий остеохондроза является введение мукартрина в дугоотростчатые суставы. Несмотря на эффективность, данный способ имеет следующие недостатки: - мукартрин, являющийся аналогом синовиальной жидкости и применяемый для смазывания внутрисуставных поверхностей дугоотростчатых суставов, восстанавливает лишь объем движений; - внутрисуставно введенный мукартрин не оказывает противовоспалительного и обезболивающего эффекта. Для того чтобы добиться обезболивающего эффекта, в полость сустава необходимо дополнительно ввести высококонцентрированный анестетик (1,5% р-р тримекаина); - после проведения артрографии из полости сустава необходимо выпустить контрастное вещество, после чего в полость сустава вводится мукартрин. В противном случае под действием контрастного вещества явление артроза прогрессирует; - дугоотростчатые суставы относятся к группе мелких суставов, и при остеохондрозе позвоночника явление артроза дугоотростчатых суставов отмечается сразу в нескольких суставах. Поэтому одновременно производить пункцию нескольких пораженных мелких суставов и вводить лекарственные препараты - практически невыполнимая задача; - часто при артрозе дугоотростчатых суставов капсулы суставов повреждаются, что является противопоказанием для внутрисуставного введения мукартрина; - техника выполнения процедуры сложна, так как манипуляция выполняется с помощью рентгеновского аппарата с электронно-оптическим преобразователем, путем контрастной артрографии [4].

Исходя, из вышеизложенного проводилось настоящее исследование.

Цель исследования

Обоснование эффективности лечения поясничного остеохондроза и замена внутрисуставного введения мукартрина околосуставным введением неспецифического противовоспалительного, обезболивающего, антиоксидантного и хондропротективного препарата лорноксикам (Ксефокам).

Задачи исследования

1. Изучить клинические особенности вертебро-неврологического статуса при рефлекторных и корешковых синдромах поясничного остеохондроза.

2. Оценить результаты лечебных мероприятий с применением Ксефокама при корешковых синдромах поясничного остеохондроза.

Материал и методы исследования

Околосуставное введение Ксефокама произведено 50 амбулаторным больным с остеохондрозом поясничных позвонков. В контрольной группе (10 больных) больные получали внутривенное или внутримышечное введение Ксефокама по 8 мг 1 раз/сут. в течение 10 дней.

У всех (50) больных через 15–20 минут после околосуставного введения Ксефокама боль резко уменьшилась, больные начинали вставать и ходить. Острый период длился до 5–6 дней.

У 10 больных люмбаго-ишиалгический болевой синдром прошел после второго, у 8 больных – после третьего, у 5 больных – после четвертого околосуставного введения Ксефокама. Только у 3 больных корешковый болевой синдром исчез после пятого введения препарата. Дальнейшее клиническое наблюдение показало,

что распространение патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры не отмечалось.

У контрольной группы больных интенсивность корешкового болевого синдрома снизилась постепенно, объем движений в поясничном отделе позвоночника и в ноге восстановились соответственно с уменьшением интенсивности болевого синдрома. Острый период длился от 15 до 20 дней.

Сравнительная оценка применения Ксефокама в лечении поясничного остеохондроза с использованием околосуставных и только внутримышечных инъекций показало, что эффективность в первой группе больных заметно выше.

Выводы

1. Клинико-биомеханические особенности вертебро-неврологического статуса больных с неврологическими проявлениями поясничного остеохондроза заключаются в том, что: а) у больных с рефлекторными синдромами, это функциональные блоки в позвоночных двигательных сегментах, преимущественно 1-2 степени болезненности и выраженности (99 %) локализируются в пояснично-крестцовом отделе (95 %) и в 5 % в тораколюмбальном отделе позвоночника. В 97 % случаев наблюдается регионарный постуральный дисбаланс мышц 1-2 степени. б) у больных с корешковыми синдромами функциональные блоки в ПДС, преимущественно 2-3 степени болезненности и выраженности (73 %) локализируются только на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника. в) интегральные показатели болезни, полученные при комплексной оценке неврологических проявлений поясничного остеохондроза позволяют объективно оценить выраженность клинических проявлений заболевания и эффективность восстановительного лечения.

2. Околосуставное введение Ксефокама является простым и эффективным амбулаторным способом лечения поясничного остеохондроза.

3. Регресс рефлекторного мышечно-тонического синдрома в результате ликвидации болевого синдрома приостанавливает прогрессирование и распространение патологического процесса на другие позвоночно-двигательные сегменты и экстравертебральные структуры.

4. Ксефокам, кроме противовоспалительного и обезболивающего эффекта, обладает противоотечным, антиоксидантным и хондропротективным действиями. Следовательно, отпадает необходимость применения противоотечных, антиоксидантных и хондропротективных препаратов.

Литература:

1. Аршин В.В., Дмитриева М.С., Муравлева О.А. Опыт тракционного лечения остеохондроза позвоночника и межпозвонковой грыжи диска // *Анналы травматологии и ортопедии*. 2000. - № 3. - С. 61-62.
2. Елифанов В.А., Ролик И.С., Елифанов А.В. Остеохондроз позвоночника. М., 2000. - 344 с.
3. Иваничев Г.А. Болезненные мышечные уплотнения. Казань, 1990. - 158 с.
4. Мирджурев Э.М. «Medical express» №1 2008 г.
5. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. - Казань, 2002. - 472с.

Бел аймағының неврологиялық көріністерін комплексті бағалау сырқаттың клиникалық белгілеріне сай болады. Осы сырқатты быын ішіне Ксефокамды енгізгенде амбулаторлы емдеуде қарапайым және тиімді ем болып табылады.

The integrated indicators of illness received at a complex estimation of neurologic displays of a lumbar osteochondrosis allow to estimate objectively expressiveness of clinical displays of disease and efficiency of regenerative treatment. Ksefokam is simple and effective out-patient way of treatment of a lumbar osteochondrosis.

УДК: 616.24-002-615.355

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ХОБЛ
С ПРИМЕНЕНИЕМ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ****Р.Е. Тулеутаева, М.Т. Икенова, А.Р. Махатова, Т.Т. Садыков**
Государственный медицинский университет г. Семей

Терапия пневмоний в практике внутренних болезней в современных условиях вновь начинает представлять определенные сложности. В число причин этого входит большая распространенность антибиотикоустойчивых форм микроорганизмов, являющихся возбудителями пневмоний, недоучет при лечении ряда патогенетических механизмов, влияние на которые позволило бы ускорить достижение выздоровления, улучшить результаты лечения [1,2].

Группой больных, терапия пневмоний у которых представляет значительную сложность, являются пациенты с сопутствующими хроническими обструктивными болезнями легких (хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма). Воспаление легких у них развивается чаще и протекает тяжелее, чем у лиц, не имеющих сопутствующих заболеваний бронхо-легочного аппарата [3].

Комплексное влияние на различные патогенетические механизмы воспалительного процесса у них может значительно улучшить результаты проводимой терапии.

Одним из возможных подходов является коррекция состояния иммунологических механизмов. Известно, что у больных ХОБЛ развиваются нарушения состояния различных звеньев иммунной системы, включающие снижение функциональной активности клеточного звена [4], дисиммуноглобулинемию [5], изменения активности неспецифических механизмов [6,7]. Данные нарушения, наряду с наличием активной инфекции в бронхах, как во многом обуславливают больший риск развития пневмонии при ХОБЛ, так и повышение степени тяжести ее течения, а также сами усугубляются при воспалении легких [3,8].

Таким образом, создается своего рода «порочный круг», ухудшающий условия выздоровления больного с пневмонией на фоне ХОБЛ.

Другим аспектом патогенеза воспаления легких при ХОБЛ является наличие нарушений дренажной функции бронхов, затрудняющих отток экссудата, а также предсуществующая патология других систем местной защиты бронхо-легочного аппарата. Снижение перфузии части легочной ткани, нарушения микроциркуляции создают предпосылки для уменьшения рабочей концентрации антибиотиков в очаге бактериального воспаления. Следовательно, при пневмонии на фоне ХОБЛ имеется целый комплекс взаимно дополняющих друг друга патогенетических механизмов, затрудняющих лечение и определяющих неблагоприятный прогноз, воздействие на которые методами традиционной антибиотикотерапии не осуществляется.

В этой связи представляет интерес применение вспомогательных методов лечения пневмоний, оказывающих комплексное воздействие на вышеуказанные патогенетические механизмы.

Цель исследования: клинико-лабораторная оценка эффективности применения в комплексе лечения больных пневмонией на фоне ХОБЛ препарата системной энзимотерапии (СЭТ) флогэнзима.

Материалы и методы исследования:

Всего в рамках исследования проведено комплексное обследование 40 больных очаговой пневмонией на фоне ХОБЛ, из них 25 мужчин и 15 женщин, средний

возраст – $52,2 \pm 1,4$ года, пролеченных в условиях терапевтического отделения ГСП ДВД ВКО за 2007-2010гг.

Все больные были разделены на 2 группы равного численного состава (по 20 человек). В основной группе проводилась комплексная терапия, включающая применение СЭТ, во второй – группе сравнения – базисная антибактериальная терапия пневмонии в сочетании с методами патогенетического и симптоматического лечения в рамках существующих стандартов.

Препарат СЭТ флогэнзим (Mugos Pharm, Германия) назначался по 3 таблетки 3 раза в сутки с первого дня лечения в течение всего госпитального периода. Антибактериальная терапия, проводимая в группах сравнения, не имела существенных различий по составу препаратов, дозировке, способу введения. В большинстве случаев в качестве основного антибиотика был использован цефазолин, в т.ч. в сочетании с линкомицином.

Осуществлялась сравнительная оценка ряда лабораторных показателей, включающая исследование различных механизмов иммунитета (Т-клеточное, гуморальное, фагоцитарное звенья) и системы гемостаза.

В качестве показателей клеточного звена определялись: число Т-лимфоцитов, Т-хелперная (Тх) и Т-супрессорная (Тс) субпопуляции, хелперно-супрессорное соотношение (Тх/с), индекс торможения миграции лимфоцитов (ИТМЛ); гуморального – содержание иммуноглобулинов основных классов и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), фагоцитарного – процент фагоцитирующих клеток (Фар) и фагоцитарное число (ФЧ).

Среди показателей системы гемостаза определялись суммарный индекс АДФ-индуцированной агрегация тромбоцитов (СИАТ) и индекс дезагрегации (ИДТ), содержание фактора Виллебранда (ФВ), время фибринолиза (Фибр) и активность антитромбина III (АТ III).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования было обнаружено, что у больных пневмонией на фоне ХОБЛ определяются выраженные нарушения функционального состояния иммунной системы и системы гемостаза (таблицы 1,2). Их динамика в ходе лечения в существенной степени зависела от проводимой терапии.

Как следует из проведенного анализа показателей иммунной системы, при первичном обследовании больных пневмонией на фоне ХОБЛ были зарегистрированы достоверные отклонения от соответствующих параметров в группе здоровых лиц, свидетельствующие о наличии иммунодефицита по Т-клеточному и неспецифическому фагоцитарному звену системы иммунитета. Отмечалась также дисиммуноглобулинемия.

В процессе традиционной антибактериальной терапии отмечалось некоторое ухудшение показателей данных звеньев. На 10 сутки зарегистрирована динамика к снижению хелперно-супрессорного соотношения, сохранялся повышенный уровень ИТМЛ, снизился процент фагоцитирующих клеток и фагоцитарное число. При этом сохранялось достоверно повышенное содержание в крови ЦИК с тенденцией к дальнейшему увеличению, что свидетельствует о нарушениях процессов элиминации иммунных комплексов.

Таблица 1 – Показатели системы иммунитета у больных пневмонией на фоне ХОБЛ и их динамика в ходе терапии

Показатель	Здоровые лица, n=10	Больные пневмонией на фоне ХОБЛ			
		основная группа, n=20		группа сравнения, n=20	
		до лечения	10 сутки	до лечения	10 сутки
Т-лимф. ($\times 10^9/\text{л}$)	$0,81 \pm 0,08$	$0,71 \pm 0,06$	$0,76 \pm 0,07$	$0,72 \pm 0,05$	$0,74 \pm 0,07$
Тх ($\times 10^9/\text{л}$)	$0,58 \pm 0,06$	$0,44 \pm 0,03^*$	$0,49 \pm 0,04$	$0,45 \pm 0,03$	$0,44 \pm 0,04$
Тс ($\times 10^9/\text{л}$)	$0,18 \pm 0,02$	$0,20 \pm 0,02$	$0,17 \pm 0,02$	$0,21 \pm 0,02$	$0,22 \pm 0,02$
Тх/с	$3,12 \pm 0,29$	$2,15 \pm 0,17^*$	$2,92 \pm 0,22^{\#*}$	$2,11 \pm 0,17^*$	$2,03 \pm 0,14^*$
ИТМЛ	$22,4 \pm 2,1$	$31,6 \pm 3,0^*$	$25,3 \pm 2,1^*$	$33,4 \pm 2,5^*$	$34,7 \pm 2,8^*$
IgA, мг%	$2,00 \pm 0,19$	$2,56 \pm 0,21^*$	$2,31 \pm 0,19$	$2,48 \pm 0,20$	$2,40 \pm 0,19$
IgM, мг%	$1,50 \pm 0,14$	$1,15 \pm 0,10^*$	$1,25 \pm 0,11$	$1,19 \pm 0,09$	$1,20 \pm 0,10$
IgG, мг%	$11,90 \pm 1,13$	$9,27 \pm 0,87$	$10,03 \pm 1,05$	$9,55 \pm 0,79$	$9,87 \pm 0,86$
ЦИК, у.е.	$33,3 \pm 3,2$	$69,5 \pm 4,5^{***}$	$43,2 \pm 3,7^{\#*}$	$67,3 \pm 5,2^{**}$	$75,2 \pm 6,2^{***}$
Фаг, %	$45,2 \pm 4,3$	$31,4 \pm 2,7^*$	$45,7 \pm 2,9^{\#*}$	$32,1 \pm 2,2^*$	$30,7 \pm 2,4^*$
ФЧ	$3,25 \pm 0,31$	$2,17 \pm 0,17^*$	$2,56 \pm 0,16^*$	$2,25 \pm 0,19^*$	$1,98 \pm 0,15^*$

Примечания:
1 * - различия с показателями здоровых лиц достоверны, $p < 0,05$,
** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$.
2 # - различия с показателями до лечения достоверны, $p < 0,05$.
3 ♦ - различия между группами больных достоверны, $p < 0,05$.

Таблица 2 - Динамика показателей системы гемостаза у больных пневмонией в зависимости от применяемой терапии

Показатель	Здоровые лица, n=10	Больные пневмонией на фоне ХОБЛ			
		основная группа, n=20		группа сравнения, n=20	
		до лечения	10 сутки	до лечения	10 сутки
СИАТ, %	$56,7 \pm 4,5$	$67,0 \pm 4,9$	$59,4 \pm 4,1$	$68,5 \pm 5,0$	$63,5 \pm 6,2$
ИДТ, %	$17,5 \pm 0,9$	$11,3 \pm 1,1^*$	$15,2 \pm 1,2$	$11,6 \pm 1,0^*$	$10,9 \pm 1,0^{**}$
ФВ, %	$83,2 \pm 1,8$	$103,8 \pm 7,6^*$	$88,4 \pm 6,7^{\#*}$	$102,4 \pm 7,4^*$	$106,8 \pm 8,8^*$
АТIII, %	$96,7 \pm 2,8$	$69,9 \pm 5,1^{**}$	$78,7 \pm 4,5^*$	$68,7 \pm 4,5^{**}$	$70,2 \pm 5,1^{**}$
Фибр, мин	$4,5 \pm 0,5$	$6,5 \pm 0,4^*$	$5,0 \pm 0,3^{\#}$	$6,5 \pm 0,5^*$	$6,7 \pm 0,9^*$

Примечания:
1 * - различия с показателями здоровых лиц достоверны, $p < 0,05$,
** - $p < 0,01$.
2 # - различия с показателями до лечения достоверны, $p < 0,05$.
3 ♦ - различия между группами больных достоверны, $p < 0,05$.

При применении препарата СЭТ флогэнзим отмечалась тенденция к нормализации показателей Т-клеточного звена иммунитета, в том числе достоверное увеличение хелперно-супрессорного соотношения, снижение ИТМЛ, который на 10 сутки был достоверно ниже, чем в группе сравнения.

Одновременно зарегистрировано достоверное, в том числе по отношению к группе сравнения, повышение фагоцитоза и фагоцитарного числа. Достоверным было также снижение уровня ЦИК.

При анализе гемостазиологических показателей обращает на себя внимание наличие однонаправленных тенденций иммунной системы и гемостаза на фоне проводимой терапии. Применение СЭТ обеспечивало развитие динамики к снижению СИАТ и повышению ИДТ, в то время как на фоне традиционной терапии последний показатель снижался.

Аналогично, разнонаправленными были изменения содержания в крови ФВ, которое достоверно снизилось на фоне применения СЭТ и имело тенденцию к росту при традиционной терапии.

Менее значительные различия были зарегистрированы в отношении активности АТ III.

Прямое протеолитическое действие препаратов СЭТ обеспечивает ускорение исходно достоверно замедленного фибринолиза, в то время как при традиционной терапии данный показатель через 10 дней лечения практически не изменился.

Таким образом, на патогенетические механизмы пневмонии у больных с ХОБЛ, на которые практически

не влияла традиционная терапия, влияние было оказано с помощью СЭТ.

Данное обстоятельство являлось основанием для сравнительного анализа клинической динамики пневмонии у обследованных больных.

Замедленная динамика течения заболевания зарегистрирована в 17 случаях (42,5%) на фоне базисной терапии. На фоне применения СЭТ был зарегистрирован только 1 случай тяжелого осложнения (инфекционно-токсический шок I ст.).

Значительно более быстрой была динамика клинических симптомов и рентгенологической картины.

В среднем нормализация температуры тела, исчезновение интоксикационного синдрома в основной группе происходило на 3,5-4,0 суток раньше, чем в группе сравнения, нормализация показателей периферической крови (лейкоцитоз, СОЭ) – на 5,0-6,0 суток, исчезновение легочного инфильтрата – на 11,0-14,0 суток.

Выводы:

1. Важными компонентами патогенеза пневмонии на фоне ХОБЛ могут быть иммунодефицитные состояния (в частности, недостаточность неспецифического звена системы иммунитета) и нарушения сосудистотромбоцитарного звена гемостаза, которые не учитываются при осуществлении традиционной терапии.

2. Дополнительное применение системной энзимотерапии при пневмонии обеспечивает быструю динамику к нормализации иммунологических и гемостазиологических показателей.

3. Применение системной энзимотерапии дает достоверный положительный клинический эффект у больных пневмонией на фоне ХОБЛ.

Литература:

1. Fine M.J., Smith M.A., Carson C.A. et al. Prognostic and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: a metaanalysis // JAMA, 1996, Vol.275, P.134-143.
2. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Чернеховская Н.Е. Пневмония. М., 2002, 480 с.
3. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. М-СПб, 1998, 512 с.
4. Раков А.Л., Панфилов Д.Н., Гельцер Б.И. Местный клеточный и гуморальный иммунитет у больных пневмонией // Клини. медицина, 2000, №10, С.32-36.

5. Сильвестров В.П., Караулов А.В. Иммунологическая недостаточность при заболеваниях органов дыхания (вопросы диагностики, патогенеза и лечения) // Тер. архив, 1985, №3, С.3-9.

6. Zissel G., Schlaak M., Muller Q.L. Agerilated decrease in accessory cell function of human alveolar macrophages // J. Invest. Med., 1999, №1, P.51-56.

7. Иммунокоррекция в пульмонологии / под ред. А.Г. Чучалина, М., 1989, 256 с.

8. Мягков И.И., Назар П.С. Хронический бронхит, Киев, 1994, 210 с.

ӨСОА аясында дамыған пневмонияның жүйелі энзимотерапиямен кешенді емі

Р.Е. Тулеутаева, М.Т. Икенова, А.Р. Махатова, Т.Т. Садыков

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы аясында дамыған пневмонияның патогенетикалық механизмі мен клиникалық ағымына жүйелі энзимотерапия препараты флогэнзимнің әсері сарапталған. Препараттың науқастардың иммундық статусына, гемостаз жүйесіне оң әсері анықталған. Аурудың ауыр асқынулары, өкпе процессінің таралуының созылыңқы динамикасының жиілігі төмендеген.

Complex therapy of pneumonia on the background of COPD with use of systemic enzyme therapy

R.Ye. Tuleutayeva, M.T. Ikenova, A.R. Makhatova, T.T. Sadykov

Semey state medical university

The analysis of influence of systemic enzyme therapy preparation Flogenzyme to pathogenetic mechanisms and clinical course of pneumonia on the background of chronic obstructive pulmonary disease is provided. The positive influence of preparation into immune status of patient and haemostatic system is showed. The number of hard complications of disease, the frequency of long-time dynamic are decreased.

УДК 614.2:616.98-032.42.

КЛИНИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ДО 55 ЛЕТ

Р.Е. Кулубеков, К.Ш. Амренова, Ш.Ш. Амренова

Государственный медицинский университет г. Семей

Пневмония - наиболее распространенное заболевание, возникающее в любом возрасте и нередко приводящее к летальному исходу. За последние 10 лет по некоторым регионам Республики Казахстан различные формы пневмонии являлись причиной смертельных случаев в $21,7 \pm 4,2\%$ ($P < 0,05$). В США смертность от пневмонии занимает 4 место в структуре общей смертности, в России – 7, а в некоторых странах Африканского континента - 2 – 3 места. Существуют также межрегиональные отличия между возбудителями пневмонии, поэтому немаловажным фактором рациональной антибактериальной терапии является тщательная бактериологическая диагностика с выделением и идентификацией возбудителя, знание микроорганизмов, наиболее часто вызывающих пневмонии, частоты встречаемости микробов по регионам и по этническому фактору. Так, на севере Болгарии внебольничные пневмонии чаще вызываются *Streptococcus pneumoniae* (64%), а на юге страны - *Klebsiella pneumoniae* (58%). В странах Скандинавии основной возбудитель внебольничной пневмонии - *Streptococcus pneumoniae* (72%), на севере Африки – различные штаммы микоплазмы (55%), в юго – восточной Азии - золотистый стафилококк (68%) и моракселла (21%). Поэтому изучение особенностей эпидемиологии, фармакоэпидемиологии, рациональный подход к антибактериальной терапии при пневмониях приобретает все возрастающую актуальность.

Нами проведены исследования некоторых аспектов внебольничной пневмонии у больных до 55 лет, поступивших на стационарное лечение.

Материалы и методы исследования. Идентификация видов и исследование частоты встречаемости микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию, основывались на подборе архивного материала ($n=1276$), а также на проведении бактериологических исследований с использованием дифференциальных сред (метод диффузии в агар и метод серийных разведений, окрас по Граму, микроскопия) ($n=751$).

Также проводились исследования чувствительности микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию в данной возрастной группе к некоторым антибактериальным препаратам с помощью стандартных дисков с известной концентрацией антибиотика. Также проводилась клиническая и бактериологическая оценка терапевтической эффективности препаратов некоторых антибактериальных групп (таблица 1). Клиническая эффективность складывалась из оценки положительной динамики на 2-3 сутки лечения: улучшение общей симптоматики и самочувствия, уменьшение или исчезновение кашля, снижение температуры тела, уменьшение или исчезновение боли в грудной клетке плевритического характера, уменьшение тахикардии и тахипноэ и т.д. Бактериологическая оцен-

ка выражалась в степени логарифмического роста возбудителя в случае положительной динамики на основе интерпретации результатов бактериологического исследования мокроты и транстрахеальных аспиратов.

Для исследований привлекались больные с внебольничной пневмонией нетяжелого течения, поступившие в стационар общего профиля.

Таблица 1. - Оценка клинической и бактериологической эффективности антибактериальных групп при внебольничной пневмонии лиц до 55 лет.

Группа препаратов	Количество больных
Пенициллины	294
Цефалоспорины I поколения	88
Цефалоспорины II–III поколений	120
Аминогликозиды	36
Макролиды, в т.ч. новые	213
Всего	751

Результаты исследования. Проведенными исследованиями установлено, что спектр микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию

у лиц до 55 лет, представлен в основном двумя пневмококковыми микроорганизмами и ассоциацией между ними (таблица 2).

Таблица 2. - Возбудители, наиболее часто вызывающие внебольничную пневмонию у лиц до 55 лет.

Str. Pneumoniae	H.influenz.+ Str. Pneumon	H.influenz.	Proteus mirabilis	Klebsiella pneumoniae	Str. pyogenes	St aureus
58,4 ± 4,8*	21,3 ± 3,3*	18,7 ± 4,1 *	2,2 ± 0,8 *	1,4 ± 0,06*	1,4 ± 0,03*	1,1 ± 0,02*

*- P < 0,05

Streptococcus pneumoniae является доминирующим причинным фактором инфекционного процесса, составляя 58,4±4,8%, из которых в 21,3±3,3% случаев он находился в ассоциации с *Haemophilus influenzae*. *Haemophilus influenzae* выделялась у 18,7±4,1% больных. Значительно реже определялись *Proteus mirabilis* (2,2±0,8%), *Klebsiella pneumoniae* (1,4±0,06%), *Streptococcus pyogenes* (1,4±0,03%), *Staphylococcus aureus* (1,1±0,02%) (табл.2).

Рациональный подход к стартовой (эмпирической) антибиотикотерапии зависит от следующих факторов: критериев эффективности, безопасности и стоимости. Поэтому особенно важно знание частоты возбудителей, часто вызывающих внебольничную пневмонию в исследуемой возрастной группе и их чувствительности к основным группам антибактериальных препаратов.

Полученные результаты о чувствительности микроорганизмов свидетельствуют о распространении и увеличении устойчивости штаммов микроорганизмов (пневмококка и гемофильной палочки), наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Следовательно, выбор адекватной антибиотикотерапии должен основываться на данных об их резистентности.

Было установлено, что *Streptococcus pneumoniae* сохраняет высокую чувствительность к препаратам пенициллинового ряда. Отмечается высокая чувствительность *Streptococcus pneumoniae* к макролидам и цефалоспорином, но их природная резистентность к аминогликозидам остается неизменной.

Haemophilus influenzae сохраняет высокую чувствительность к ампициллину, амоксициллину, амоксициллин/клавуланату, азитромицину, аминогликозидам и цефалоспорином II–III поколений. Однако установлена резистентность *Haemophilus influenzae* к оксациллину (практически в 80%), олеандомицину (90%), линкомицину (100%). Следовательно применение их при внебольничной пневмонии у лиц до 55 лет нерационально.

Кроме того, низкой активностью в отношении *Haemophilus influenzae* обладают макролиды и цефалоспорины I поколения. В то же время высокая активность (92%) отмечается у азитромицина и препаратов цефалоспоринового ряда II–III поколений.

Аминогликозиды остаются неактивными в отношении *Streptococcus pneumoniae*, и ассоциации

Streptococcus pneumoniae с *Haemophilus influenzae*, но вместе с цефалоспорином II–III поколения и новыми макролидами оказались высокоактивны в отношении клебсиеллы и протей, которые в процентном отношении не часто вызывают внебольничную пневмонию.

В отношении стафилококка высокую активность проявили цефалоспорины и новые макролиды. В отношении данного возбудителя пенициллины и аминогликозиды, оказались неактивными. Следует отметить, что он, так же как протей и клебсиелла, редко вызывал внебольничную пневмонию.

К *Streptococcus pyogenes* активностью обладали все исследуемые группы антибактериальных препаратов, кроме аминогликозидов.

Проведенные исследования чувствительности возбудителей, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию, показали, что пенициллины остаются препаратами выбора при пневмонии, вызванной грамположительными кокками (пневмококками, стафилококками, стрептококками). При этом при внебольничной пневмонии высокой клинической (85%) и бактериологической эффективностью обладают амоксициллины (ампициллин, амоксициллин и амоксициллин/клавуланат). Следовательно, при неосложненных внебольничных пневмониях легкой и средней тяжести, с учетом чувствительности *Streptococcus pneumoniae* (как наиболее часто вызывающий внебольничную пневмонию), применение этих антибиотиков является оправданным и рациональным, особенно в амбулаторных условиях. По проведенным исследованиям комбинированный антибактериальный препарат амоксициллин/клавуланат, в 93% случаев устраняет проблему бета-лактамазной устойчивости основных возбудителей, а также клебсиеллы, протей и стафилококка. Имея как парентеральную, так и пероральную форму он очень удобен для применения. При эмпирической антибиотикотерапии внебольничной пневмонии как препарат выбора амоксиклав предпочтителен.

При исследовании цефалоспоринов установлено, что данные антибактериальные препараты при внебольничных пневмониях лучше применять в случае неэффективности стартовой терапии. Особенно высокой эффективностью обладают цефалоспорины II и III поколений вследствие их широкого спектра действия,

устойчивости к бета-лактамазам и хорошей переносимости. Несколько ограничивает их широкое применение высокая стоимость препаратов и возможность проявления побочных эффектов. В наших исследованиях побочные эффекты возникали в 23% случаев (n=108). Побочные эффекты проявлялись в виде диспептических и диспепсических расстройств (тошнота, рвота, боли в брюшной полости, изжога) (n=24), нефротическим синдромом (n=4), диарея (дисбактериоз?) (n=6), впервые выявленными аллергическими реакциями в виде крапивницы (n=4).

Исследование клинической и бактериологической эффективности аминогликозидов показало, что они эффективны только в случаях заболевания, вызванных *Haemophilus influenzae*, протеем, клебсиеллой. Эффективность аминогликозидов отмечалась только в 19% (n=7) из 36 больных. Нежелательных эффектов не зарегистрировано.

Исследование новых макролидов позволяет сказать, что возможности применения пероральных антибактериальных препаратов требуют еще более тщательного изучения. В ряде ситуаций (22% случаев (n=47)) они способствовали снижению потребности в парентеральных методах. Кроме того, они показали очень высокую активность в отношении *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Макролиды отличаются хорошими фармакокинетическими свойствами: высокой биодоступностью, длительным периодом полувыведения, хорошей переносимостью. Кроме того, они

обладают высокой терапевтической эффективностью и удобны для приема.

Проведенное сравнительное изучение эффективности и безопасности новых макролидов подтвердило их высокую эффективность и хорошую переносимость при лечении внебольничной пневмонии легкой и средней степени тяжести. Рассасывание пневмонии достигалось практически в те же сроки, что и при парентеральных формах применения аминопенициллинов и цефалоспоринов II–III поколения. Клиническая эффективность при применении азитромицина была достигнута в 93% случаев, мидекамицина в 78%. В 11% (n = 8) и 9% (n = 13) соответственно у больных наблюдались нежелательные реакции в виде выраженных диспепсических реакций, что принудило к отмене препаратов.

Как показали исследования, для лечения внебольничной пневмонии препаратами выбора оказались пенициллины, пенициллины комбинированные с клавулановой кислотой и цефалоспорины 1 поколения. В альтернативу отнесены новые макролиды, как препараты, обладающие высокой активностью против грам- флоры. Из-за относительно быстро развивающейся толерантности возбудителей их назначение на 1 этапе, может лишить возможности их применения в ОИРТ. Препаратами резерва явились цефалоспорины 2-3 поколения и аминогликозиды.

Таким образом, исследование различных аспектов антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии может способствовать совершенствованию терапевтической тактики при данной патологии.

Ауруханадан тыс пневмонияның фармакологиялық емін рационалды жүргізілуі микроорганизмдердің антибиотиктерге сезімталдығына және олардың фармакокинетикалық параметрлеріне негізделетіні анықталған.

Was determined, that rational pharmacotherapy unhospital pneumonia was based on sensitive microorganisms to antibiotics and them pharmacokinetics parameters.

УДК 616.24-002

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, А.Г. Абдыкаримова,
С.М. Сагайдачный, А.Е. Мансарина, З.Г. Кездыкбаева
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Цель исследования - провести ретроспективный анализ клинического течения острой пневмонии (ОП).

Материал и методы: Нами был проведен анализ клинического течения пневмонии по 137 медицинским картам больных БСМП. Пациентов пожилого возраста (60-74 лет) было 54, старческого (75 лет и старше) - 48. Для сравнения изучено клиническое течение ОП у 15 молодых (16-43 лет) и 20 больного зрелого (35-59) возраста. Диагноз «Пневмония» ставился на основании клинических, лабораторных исследований. Диагноз подтвержден рентгенологически - проводились флюорография, рентгенография, по показаниям рентгенологическая и компьютерная томография.

Результаты исследований и обсуждение

Во всех случаях обнаружена инфильтративная тень в легких. Пневмосклероз, часто развивающийся у лиц пожилого и старческого возраста, затруднял выявление свежих инфильтративных теней. Всем больным острой пневмонии (ОП) проводились исследования мокроты для обнаружения возбудителя туберкулеза (ВК).

При отсутствии положительной динамики клинических, лабораторных, рентгенологических данных через 2 недели активной антибактериальной терапии, указаниях о перенесенном в прошлом туберкулезе легких, костей, мочевыделительной и других систем, наличии остаточных изменений в легких в виде кальцинатов, очагового фиброза и цирроза, больным назначались 3-х кратные исследования мокроты на ВК методом бактериоскопии, бактериологического посева в мокроте.

Длительное повышение температуры наиболее часто отмечалось в группе больных молодого (8,9) и старческого (6,7) возраста. Длительная гипертермия у больных ОП молодого возраста, вероятно, объясняется их высокой реактивностью, смешанным характером респираторной инфекции (вирусы, бактерии). А у больных ОП старческого возраста это связано с большей частотой активизации хронических очагов инфекции в других органах и системах. Примесь в мокроте крови наиболее часто наблюдалась у больных пожилого и старческого

возраста (9,4 и 15,4). Кровохарканье было длительным в этих же возрастных группах (0,5 и 1 соответственно).

Следы ранее перенесенного туберкулеза легких в виде кальцинатов в корнях, очагов Гона, локального

пневмофиброза и пневмоцирроза, кальциноза плевры при рентгенологическом исследовании наиболее часто выявлялось в группе больных молодого (8,9), пожилого (20,2) и старческого (12,5) возраста.

Таблица №1. - Стандартизованные показатели частоты некоторых клинических данных острой пневмонии по возрастным группам

№	Клинические данные	Молодой возраст	Зрелый возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
1	Длительная гипертермия	8,9	1,2	1,5	6,7
2	Кровохарканье	2,2	8,1	9,4	15,4
3	Рентгенологические данные Посттуберкулезные изменения в легких	8,9	5,6	20,2	12,5
4	Экссудативный плеврит	-	8,1	8,4	10,6
5	Динамика инфильтративной тени за 2 недели				
	-полное рассасывание	57,8	46,8	45,4	45,6
	-неполное рассасывание	40,0	46,2	44,3	43,3
	-без динамики	-	3,2	8,8	4,4
	-прогрессирование	2,2	3,2	1,5	6,7
6	Эффективность курсов антибактериальной терапии 1 курс в том числе	75,0	70,7	67,9	64,5
	-монотерапия	59,1	61,2	51,2	57,7
	-комбинированная	15,9	9,5	16,7	6,8

Различной степени выраженности экссудативный плеврит (от незначительных количеств жидкости в синусах, между листками плевры до накопления больших количеств жидкости в плевральных полостях встречались во 2,3,4 возрастных группах (8,1, 8,4, 10,6 соответственно).

Положительная динамика инфильтративной тени легких (полное и неполное разрешение) за 2 недели активной этиотропной и патогенетической терапии наиболее часто отмечалось в группе больных молодого (57,8 и 40), и старческого (46,8 и 46,2) возраста. У больных пожилого возраста положительные сдвиги по рентгенологической картине выявлялись реже (45,4 и 44,3; 45,6 и 43,3 соответственно). Отсутствие динамики инфильтративной тени легкого через 2 недели наиболее часто наблюдалось в группе пожилого (8,8 и 1,5) и старческого (4,4 и 6,7) возраста. Эффективность 1 курса антибактериальной терапии по данным клиники, рентгенологических и лабораторных исследований оказалась наиболее высокой в группе молодого возраста (75,0); наименьший эффект достигнут у больных пожи-

лого и старческого возраста. Для достижения положительной динамики 2 и более курсов антибактериальной терапии наиболее часто применялись в группе больных пожилого и старческого возраста (32,1 и 35,5).

Выводы

Таким образом, дифференциальный диагноз пневмонии и туберкулеза легких у лиц пожилого и старческого возраста представляет значительные трудности.

Литература:

1. Божок П.Е. // Проблемы пульмонологии. - 2000. - 274с.
2. Казанбиев Н.К. // Современные подходы к диагностике и лечению острой пневмонии. - М. - 2001.
3. Палеев Н.Р. // Болезни органов дыхания. М.Медицина. - 2001, в 4-х томах.
4. Палеев Н.Р. // Хронические неспецифические заболевания легких. - 2000. - М. Медицина.
5. Чучалин А.Н. // Основные научные направления в изучении патологии органов дыхания.-2001.- М. Медицина.

Ретроспективті анализ өкпенің пневмониясы

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, А.Г. Абдыкаримова,
С.М. Сагайдачный, А.Е.Мансарина, З.Г. Кездыкбаева
Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей

Дифференциальды диагнозды өкпенің пневмониясымен және туберкулезбен өте ауыр.

Retrospective analysis the acutae pneumoniae

K.N. Apsalikov, L.K. Zhazykbaeva, A.G. Abdykarimova,
S.M. Sagajdachnyi, A.E. Mansarina, Z.G. Kezdykbaeva
Research institute for Medicine and Ecology, Semey

Diagnosis among the acute pneumonia and the tuberculosis in a complicated way.

УДК 616.2-002.5

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**Р.С. Игембаева, К.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадилова,
А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, К.Сексенбаев****Государственный медицинский университет города Семей**

В связи с резким снижением охвата населения флюорографическим обследованием значительно увеличилось количество больных, выявленных при обращении с жалобами, подозрительными на туберкулез. Если раньше преобладали ограниченные формы с малосимптомным и бессимптомным течением, то теперь растет удельный вес распространенных процессов с выраженными клиническими проявлениями (1-3).

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинических проявлений туберкулеза органов дыхания в современных условиях, для улучшения диагностики туберкулеза.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 65 больных, находившихся на лечении в терапевтическом отделении РПТД г. Семей. Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов исследования.

Результаты и обсуждение

Материалом служили 65 взрослых больных, страдающих различными формами туберкулеза органов дыхания. Среди больных преобладали мужчины, составлявшие 69,2% (45 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин, так и среди мужчин. Из 65 человек лица от 18 лет до 20 лет составили 7,7%, 21-29 лет – 10,8%, 30-39 лет – 16,9%, 40-49 лет – 29,2%, 50-60 лет – 16,9%, 60 лет и старше – 13,8%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть в основном до 50 лет. По социальному составу среди заболевших не работающие составили 41,5% на втором месте рабочие – 29,2%, а на 3-м месте служащие – 18,5%, студенты составили – 4,6%, а пенсионеры – 6,2%. Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная – 53,8%, а из других – фиброзно-кавернозный – 23,1%, диссеминированный – 15,4%, очаговый – 3,1%, плеврит как основное заболевание – 4,6%. Из 65 больных выявлены при профилактических осмотрах 40,0%, а по обращаемости – 60,0%. При анализе клинических данных установлено, что острое начало отмечалось у 33,8%, а подострое – у 56,9%. Следовательно, по нашим данным каждый третий больной туберкулезом имеет острую прогрессирующую форму течения заболевания, что, безусловно, сказывалось на результатах лечения. По субъективным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 72,3%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 43,1%, на потливость – 69,2%, на боль в грудной клетке жаловались 49,2% больных. Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 63,1% больных. Итак, по данным нашего

исследования, у больных туберкулезом органов дыхания, проживающих в Семипалатинском регионе, заболевание чаще начинается остро, и течение носит прогрессирующий характер, в единичных случаях осложнялось легочным кровохарканьем или кровотечением.

Результаты анализов крови больных приведены ниже. Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдалось у 50,8%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 70,8% больных. Нарастание содержания палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 35,4% случаев, а лимфопения на фоне повышения моноцитов имела место у 26,2% обследованных. Больных с распадом было 57 из 65 больных.

Рентгенологическая характеристика 65 больных туберкулезом органов дыхания обнаружила, что у больных в 56,9% случаев процесс был распространенным, у 7,7% количество каверн в легких было больше 2, в 10,5% больных каверны были больших размеров.

При проведении данного исследования большое внимание уделялось обнаружению микобактерии туберкулеза (МБТ). Среди наших больных городские жители составили – 73,8%, а сельские – 26,2%, то есть преобладали городские жители.

Из 65 больных МБТ обнаружены у 60, что составляет 92,3%. Ниже приведены результаты бактериологического исследования 60 бациллярных больных и их характеристика в зависимости от степени бацилловыделения. В результате исследования нами установлено, что 50,0% или 30 больных из 60 бациллярных относились к числу обильных бацилловыделителей. Среди наших 65 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 38,5%. Сопутствующих заболеваний было всего 22, среди которых с одинаковой частотой (по 2 чел.) встречались: анемия, заболевания желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет, а хронический алкоголизм выявлен у 7 чел. (10,7%), хронический бронхит установлен у 9 (13,8%) пациентов.

Литература:

1. Кибрик Б.С., Мельников В.П., Маковой Ю.В. Особенности диагностики и течения прогрессирующего диссеминированного туберкулеза легких // Пробл. туб. и болезней легких. - 2008. - № 6. - с. 3-6.
2. Перельман М.И. Фтизиатрия и фтизиопульмонология // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 2. - с.3-5.
3. Гомбогарам Цогт. Ситуация по туберкулезу в мире, в Европейском регионе и задачи противотуберкулезных программ ЦАР/6-ой съезд фтизиатров РК. - 14-15.10.2010. - «Актуальные вопросы фтизиатрии». - Алматы. - Сборник научных трудов НЦПТ РК. - с.10-12

Тыныс ағзалары туберкулезімен ауыратын адамдардың мінездемесі**Р.С. Игембаева, К.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадилова, А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, К.Сексенбаев**

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінен инфильтративті туберкулез жиі (53,8%) кездесті, өкпелерінде каверна бар аурулар 87,7%-дық жиілікпен кездесті, және туберкулез құртын қажырықпен шығаратындар 92,3%-дық құрады. Өкпе туберкулезінің жайылған түрімен ауыратындар 56,9% және ТҚ өте көп мөлшерде шығаратындарда 50,0%-дық жиілікпен кездесті.

The characteristic of patients with a tuberculosis of bodies of breath

R.S. Igembayeva, K.S. Igembayeva, N.K. Selihanova, G.A. Kadirova, A.A. Enikeev, I.M. Baylidiyeva, K.Seksenbayev

Among the clinical forms in our region the infiltrative a pulmonary tuberculosis (53,8 %) in phase of disintegration have, had 87,7%, they excreted (secreted) mycobacterium of a tuberculosis 92,3%. The process was wide-spread at 56,9% of the patients and the abundant secreted of bacilli have form made 50,0%.

УДК 616.314.17.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.М. Адылканова,

С.М. Сагайдачный, Ж.Т. Байбусинова, З.Г. Кездыкбаева

НИИ радиационной медицины и экологии, Семей

Цель работы - оценить клинико-иммунологическую эффективность вобэнзима в комплексном лечении больных бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Нами проведено рандомизированное исследование у 56 больных (30 мужчин, 20 женщин) бронхиальной астмой средней степени тяжести в возрасте от 34 до 55 лет. На фоне комплексного лечения вобэнзим получали 28 больных (исследуемая группа). Вобэнзим назначали по 5 таблеток 3 раза в день (за 30-40 минут до еды) в течении 12 дней. Группу сравнения составили 28 больных, принимавших базисное этиопатогенетическое лечение. Сравнимые группы больных существенно не различались по основным клиниче-

ским, иммунологическим, возрастным параметрам. Больные бронхиальной астмой получали комплексное базисное лечение.

Результаты и обсуждение

Состояние иммунитета у больных бронхиальной астмой оценивали по содержанию в периферической крови СД3, СД4, СД8 с использованием моноклональных антител. Оценку эффективности вобэнзима осуществляли на основании клинических критериев (продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения) и динамики иммунологических показателей. Полученные данные были обработаны статистической программой SPSS.

Таблица 1. - Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (1 группа) на фоне лечения вобэнзимом.

	СД3 исходно	СД3 после лечения	Р	СД4 исходно	СД4 После лечения	Р
1 гр	0,48±0,06	0,56±0,01	≤0,05	0,34±0,031	0,40±0,02	≤0,05
II гр	0,46±0,06	0,51±0,04	≤0,05	0,33±0,005	0,32±0,07	≤0,05

Проведенное исследование показало, что применение вобэнзима в составе комплексной терапии больных бронхиальной астмой, повышало терапевтический эффект. Так у больных, получавших вобэнзим, частота приступов ($p \leq 0,01$), кашель ($p \leq 0,05$), одышка экспираторного типа ($p \leq 0,05$), оказалась достоверно меньше, чем у лиц, принимавших только этио-патогенетическое лечение. Динамика абсолютного и относительного ко-

личества СД3 и СД4 и соотношения СД4/СД8, а также содержание ЦИК в процессе лечения у больных бронхиальной астмой в зависимости от метода лечения представлена в таблице, из которой видно, что у больных бронхиальной астмой, получавших вобэнзим, по сравнению с исходными данными достоверно повышалось как относительное, так и абсолютное содержание СД3 и СД4, а также соотношение СД4/СД8.

Таблица 2. - Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (1 группа) на фоне лечения вобэнзимом.

	СД4/СД8 исходно	СД4/СД8 после лечения	Р	ЦИК исходно	ЦИК после лечения	Р
1 гр	1,12±0,03	1,20±0,05	≤0,05	0,06±0,001	0,03±0,002	≤0,05
II гр	1,05±0,05	1,13±0,04	≤0,05	0,07±0,001	0,05±0,004	≤0,05

Кроме этого существенно до нормы снизился уровень ЦИК. В то же время у больных группы сравнения значительно повысилось в сравнении с исходными данными лишь относительное содержание СД3 клеток, несколько снизился уровень ЦИК, который, однако, к концу курса лечения существенно превышал норму. Аналогичная динамика иммунологических показателей

(кроме СД3) наблюдалась в двух сравниваемых группах больных с бронхиальной астмой.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование, показало, что вобэнзим в сравнении с традиционной терапией значительно повышает клинический и иммунологический эффекты (повышением содержания СД3, СД4, уменьшением диспропорции СД4/ СД8, нормализацией ЦИК).

Емдеу бронхті демікпесі вобэнзим қолдану
К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.М. Адылканова,
С.М. Сагайдачный, Ж.Т. Байбусинова, З.Г. Кездыкбаева
Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей

Вобэнзим емдеу нәтижесінде жоғары дәрежеде клиникалық және иммунологиялық ауруына әрекетте мол.

Wobensim in treatment bronchial asthma
K.N. Apsalikov, L.K. Zhazykbaeva, L.B. Kenzhina, A.M. Adykanova,
S.M. Sagajdachnyi, Zh.T. Bajbusinova, Z.G. Kezdykbaeva
Research institute for Medicine and Ecology, Semey

Wobensim in treatment bronchial asthma demonstrated high clinical and immunology effects.

УДК 616.24-002.5-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ DOTS

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадирова,
А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, Ш. Астаева
Государственный медицинский университет города Семей

В соответствии с установкой ВОЗ показатель излечения больных туберкулезом, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), должен составлять не менее 85%. В программе ВОЗ критерий заживления каверн у больных туберкулезом легких не используется. С точки зрения фтизиатров бывшей советской школы, система лечения больных туберкулезом, действовавшая в бывшем Советском Союзе, была эффективной (1-3).

Цель исследования – проанализировать результаты лечения больных туберкулезом и эффективность применения методики DOTS.

Материалы и методы

Для оценки эффективности применения DOTS в клинике было взято под наблюдение 66 больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением, у которых с начала лечения применяли антибактериальный режим в соответствии с методикой DOTS (1-я группа). В контрольную группу взяты 117 больных (2-я группа), у которых с начала лечения применяли индивидуальные режимы антибактериальной терапии.

Результаты и обсуждение.

В 1-й группе было 56 (84,8%) мужчин и 10 (15,2%) женщин, в возрасте 18-40 лет – 43 (65,2%), 41-60 лет – 23 (34,8%); во 2-й группе – 85 (72,6%) мужчин, 32 (27,4%) женщины, в возрасте 18-40 лет – 82 (70,1%), 41-60 лет – 35 (29,9%). В 1-й группе 1 каверна в легких определялась у 27 (40,9%) больных, а 2 каверны и больше – у 39 (59,1%); во 2-й группе с 1 каверной было 62 (53%), а с множественными – 55 (47%) больных. В 1-й группе односторонняя локализация процесса отмечена у 52 (78,8%) больных, двусторонняя – у 14 (21,2%); во 2-й – односторонняя локализация туберкулеза определялась у 96 (82,1%), двусторонняя – у 21 (17,9%) больного.

У больных 1-й группы слабовыраженные явления туберкулезной интоксикации установлены у 18 (27,3%), средней степени – у 33 (50%), значительно выраженные – у 15 (22,7%), у больных 2-й группы соответственно слабовыраженные – у 13 (11,1%), средней степени выраженности – у 78 (66,7%), сильно выраженные – у 26 (22,2%). Сопутствующие заболевания у больных 1-й группы определялись у 16 (24,5%), во 2-й – у 30 (25,6%). Первичная резистентность МБТ к противотуберкулез-

ным препаратам (ПТП) обнаружена у 23 (34,8%) больных 1-й группы и у 24 (20,5%) больных 2-й группы, т.е. у 47 (25,7%) из 183 человек обеих групп. Группы сравнения статистически не различались. У больных 1-й группы в интенсивную фазу ежедневно применяли 4 противотуберкулезных препарата: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E). Если за это время бактериовыделение прекратилось, переходили на поддерживающую фазу терапии с применением 2 основных препаратов (HR) ежедневно или интермиттирующие на протяжении 4 месяцев. Общая продолжительность основного курса лечения составляла 6 месяцев. Если выделение МБТ не прекращалось и деструкции через 2 месяца сохранялись, интенсивная фаза лечения продолжалась или применялись индивидуальные схемы лечения. При выявлении лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам сразу же прекращали стандартную антибактериальную терапию и назначали индивидуальный режим лечения с учетом резистентности МБТ.

При индивидуальных схемах лечения больным назначали 4-5 ПТП. Если процесс в легких носил распространенный характер, сразу же начинали интенсивную химиотерапию, состоящую из 5 ПТП, которые применяли ежедневно. Интенсивную фазу лечения продолжали до прекращения бактериовыделения и заживления каверн. В случае выявления МБТ, устойчивых к ПТП, сразу же проводили коррекцию лечения и, как правило, применяли резервные препараты.

Литература:

1. План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ 2002-2006 гг. – Женева, 2002.
2. Зиновьев И.П., Эсаулова Н.А., Новиков В.Г. и др. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туб. - 2009. - №4. - С.37-39
3. Григорьева Е.А., Копылова И.Ф. Исходы лечения впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких, прогнозирование степени риска рецидива/Туберкулез и болезни легких. - 2009. - №9. - С.16-20

DOTS тәсілін қолдану арқылы емделген туберкулезбен алғаш рет ауырған науқастардың емінің нәтижесі
K.C. Игембаева, P.C. Игембаева, H.K. Селиханова, Г.А. Кадилова, А. А. Еникеев, И.М. Байльдинова, Ш. Астаева

DOTS – тәсілін қолдану арқылы 6 ай емделген науқастардың (1-ші топ) өкпелеріндегі кавернаның жабылуы 60,6%-ды, ал туберкулез қоздырғышын шығаруды тоқтату – 80,3%-ды құрады. Арнаулы ем алған 2-ші топ науқастарының өкпедегі каверналарының жабылуы 82,9%-ды, ал қақырықпен туберкулез қоздырғышын шығаруды тоқтатқандар – 99,1%-ды құрады. Осы екі топтағы науқастарды емдеуге кеткен уақыттың айырмашылығы 1 ай ғана болды.

Efficiency of the treatment sick with for the first time revealed destructive by tuberculosis light with using the methods DOTS

K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, N.K. Selihanova, G.A. Kadirova, A.A. Enikeev, I.M. Bajldinova, Sh. Astayeva

At application of individualized modes of chemotherapy of healing of cavities has come at 82,9 %, and the terminations - at 99,1 % of patients of 2-nd group and in 1-st group of healing of cavities has come (stepped) at 60,6 %, and the termination - at 80,3 % of patients. Thus general duration of treatment will increase all for 1 month.

УДК: 613.62

УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ВОДНОГО ТРАНСПОРТА ПО Г. СЕМЕЙ

H.K. Кудайбергенова

Государственный медицинский университет г. Семей

На балансе Республиканского Государственного казенного Семейского предприятия водных путей находится 31 единица технического флота, обслуживают который 162 работника плавсостава. Навигация открывается в середине апреля и продолжается до начала ноября, в среднем навигация длится 190-200 суток.

Специфической особенностью судов по сравнению с береговыми предприятиями является то, что факторы производственной среды продолжают, хотя и в меньшей степени, воздействовать на членов экипажа во время отдыха.

Период навигации для работников водного транспорта характеризуется не только специфичным набором производственных вредностей, но и особенностями бортового питания, избыточного использованием речной рыбы семейства карповых (язь, чебак, сазан, лещ, плотва), которые являются дополнительным хозяином гельминтов трематод, вызывающих описторхоз.

Заражение человека и млекопитающих животных происходит при употреблении в пищу сырой (талой, мороженой), недостаточно прожаренной и слабо просоленной рыбы с метастериями гельминта. Личинки паразита, попадая со съеденной рыбой в кишечник человека, проникают в печень, желчный пузырь и поджелудочную железу. Описторхисы травмируют слизистые оболочки панкреатических и желчных протоков, создают препятствие оттоку желчи, способствуют развитию кистозных расширений и новообразований печени. Оказывают токсическое действие, способствуют аллергизации организма.

Согласно приказам Министерства здравоохранения РК № 243 от 12.03.2004 г., ныне № 709 от 16.11.2009 г. все работники плавсостава перед началом навигации проходят комплексный медицинский осмотр, включающий флюорографическое обследование органов грудной клетки, электрокардиографию, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на микрореакцию, анализ кала на яйца глистов; а также осмотр специалистов: терапевта, невропатолога, окулиста, оториноларинголога, дерматовенеролога, хирурга, профпатолога и гинеколога для женщин.

До 1996г. работники плавсостава Верхне-Иртышского бассейнового управления пути по приказу № 511 от 6.09.1989 г. проходили обследование на гельминты два раза в год: перед навигацией на базе поликлиники, в конце навигации в баклаборатории. В насто-

ящее время работники плавсостава обследуются на гельминты один раз в год перед началом навигации.

В связи с отнесением Восточно-Казахстанская области к эндемичной территории по описторхозу, в соответствии с приказом № 419 от 28.05.03 г. «Об усилении мероприятий по профилактике и борьбе с гельминтозами в РК», санэпидслужбой города было рекомендовано обследование работников предприятия водного транспорта, как группы риска.

В 2009 г. все работники плавсостава (134 человека) дополнительно прошли иммунологическое обследование крови на наличие гельминта описторхиса в организме. У 9 человек (6,7%) результат анализа крови был положительный, все они были дообследованы в баклаборатории. С диагнозом «Хронический описторхоз» больные пролечены в стационаре городской инфекционной больницы, взяты на диспансерный учет.

В целях профилактики цеховым врачом в начале навигации читаются лекции на тему «Гельминтозы. Профилактика описторхозов». Все теплоходы обеспечены методическими разработками по санитарному минимуму, обучающему работников безопасным правилам обработки речной рыбы.

В течение навигации цеховым врачом обеспечивается контроль соблюдения санитарно-гигиенических мероприятий на теплоходах. Выполняются требования по правильному использованию разделочного инвентаря, технологии приготовления пищи, соблюдению дезинфекционного режима.

В динамике заболеваемости описторхозом по г. Семей за период 2006-2010 гг. отмечается тенденция снижения инвазированности описторхозом на 27%. (таблица 1).

В 2009 г. в результате активного выявления описторхоза у работников речного транспорта, удельных вес от общего числа заболевших по г. Семей составил 47,4% (9 из 19 случаев).

Анализ данных, представленный в таблице 1, показал, что самая высокая пораженность описторхозом приходится на не работающих граждан (34,2%) и пенсионеров (14,9%), среди которых лица, проживающие в населенных пунктах, близлежащих к реке Иртыш, составляют 21%.

Таким образом, отмечена эффективность санитарно-гигиенических, медико-оздоровительных мероприятий по выявляемости, лечению и профилактике заболеваемости описторхозом у работников водного транспорта.

Таблица 1. - Контингент лиц, больных описторхозом по г. Семей за период 2006-2010 гг.

№	контингент	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	всего
1	школьники	4	4	1	-	-	9
2	студенты	-	2	1	1	-	4
3	служащие	4	2	3	1	1	11
4	работающие	1	8	1		3	13
5	работники водного транспорта	-	-	-	9	-	9
6	пенсионеры	-	5	2	2	8	17
7	не работающие	11	5	8	6	9	39
8	прочие	9	1	2	-	-	12
	Итого	29	27	18	19	21	114

В приказах, регламентирующих проведение периодических медицинских осмотров (№ 709 от 16.11.09 г.), работников водного транспорта необходимо выделить как отдельную профессиональную группу, по аналогии с работниками железнодорожного транспорта.

С целью профилактики и борьбы с гельминтозами при проведении периодических медицинских осмотров работников водного транспорта необходимо расширить виды исследований с дополнительными паразитологическими методами.

Литература:

1. Приказ «Об усилении мероприятий по профилактике и борьбе с гельминтозами в РК» № 419 от 28.05.2003 г.

2. Приказ по проведению медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов и определению профессиональной пригодности № 709 от 16.11.2009 г.

Семей қ. су көлік қызметкерлердің еңбек жағдайы

Н.Қ. Құдайбергенова

2006-2010 жж. аралығында Семей қ. бойынша описторхоз ауру-сырқаулығының талдауы көрсетілген. Семей қ. су көлік қызметкерлердің еңбек жағдайы зерттелген. Иммунология және бактериология зерттеулерді өткізу кезінде 2009 жылда 9 қызметкерлерде «созылмалы описторхоз» диагнозы қойылған. Гельминтоздармен алдын алу және күресу мақсатында су көлік қызметкерлердің кезеңді медициналық қарау өткізуінде қосымша паразитологиялық зерттеулермен зерттеу түрлерін кеңейту керек.

The conditions of the labour water transport workman of Semey

N.K. Kudaibergenova

There is analysis of opisthorchosis sick rate in Semey for 2006-2010 years. Conditions of the labour water transport workman of Semey are studied. During immunological and bacteriological investigations in 2009 in 9 workman diagnosis of chronic opisthorchosis is established. For prevention and fight with helminthiasis during periodical medical examinations of water transport workman it is necessary to increase the types of the researches with additional parasitological methods.

УДК 613.6.06

СОСТОЯНИЕ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ У РАБОЧИХ СВИНЦОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

С.М. Саркулова

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

Исследованиями установлена высокая частота распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди рабочих свинцового производства [1, 2], достоверное повышение риска развития атеросклероза и смерти от сердечно-сосудистых осложнений [3]. Задачи донозологической диагностики поставили на повестку дня необходимость более глубокого изучения вопросов адаптации организма к условиям среды и производства. При воздействии соединений свинца сердечно-сосудистая система одна из первых включается в механизмы адаптации и поддержания гомеостаза организма.

Ведущую роль в регуляции работы сердца и сосудов играют вегетативная нервная система и подкорковые нервные центры [4].

Цель исследования – изучить особенности регуляции сердечно-сосудистой системы на различных этапах адаптации рабочих к экстремальным условиям свинцового производства.

Материалы и методы исследования. Комплексное клинико-функциональное исследование с оценкой

вегетативного гомеостаза проведено у 286 практически здоровых рабочих мужчин в досменный период в возрасте 21 – 54 года и со стажем работы в основных цехах свинцового производства от одного до 32 лет. Санитарно-гигиенические исследования на предприятии АО «Южполиметалл» показали, что на рабочих основных цехов (плавильного, рафинировочного и агломерационного) воздействует целый комплекс неблагоприятных производственных факторов: высокая запыленность, шум, микроклимат, физическое и психоэмоциональное напряжение, среди которых ведущим производственным фактором являлись аэрозоли свинца со среднесуточной концентрацией, превышающей ПДК до 20-30 раз. Однородность характера труда, частая взаимозаменяемость рабочих позволила объединить всех работающих в основных цехах в одну когорту исследуемых.

В контрольную группу вошли 160 рабочих вспомогательных цехов, где концентрация аэрозолей свинца не превышала ПДК. Их возраст был от 20 до 56 лет, стаж работы от 1 до 25 лет. Все рабочие были разде-

лены на стажевые группы с интервалом в 5 лет. Запись ЭКГ проводилась во II стандартном отведении в течении 3 минут. Для оценки регуляторных механизмов использовали метод математического анализа ритмограмм сердца с определением показателей вариационной пульсометрии, автокорреляционных и спектральных характеристик. Анализу подвергались следующие параметры структуры сердечного ритма (СР): R – R, Mo, AMo; ΔX ; СКО; CV; ИН; АКИ; ИЦ; спектральная плотность дыхательных волн, Траубе-Геринга, медленных волн 1 и 2 порядка в кардиоинтервалограмме (ДВ, TG, MB₁, MB₂).

Результаты исследования. Таким образом, в до-мальный период вегетативный гомеостаз рабочих был оценен по активности парасимпатического контура, оцениваемой по уровню вариационного размаха (ΔX), симпатического звена вегетативной регуляции (AMo), и по их соотношению, определяемого индексом напряжения (рисунок 1). У рабочих со стажем 1–4 года регистрировали достаточность метаболических резервов гемодинамической системы, определяемые высокими значениями вариационного размаха (BP>0,2 мм) (таб-

лица 1). Его постепенное снижение (до 0,17 мм) определяли у рабочих со стажем 5 – 9 лет и у лиц, проработавших более 10 лет – до 0,16 мм. Более значительное сокращение BP (до 0,15 мм) было обнаружено у рабочих со стажем работы 20 и более 20 лет, что отражало ослабление энергетических характеристик сердца. У рабочих со стажем работы до 5 лет регистрировали незначительное смещение вегетативного гомеостаза в сторону умеренной активации симпатического звена (AMo 52 – 53% и ИН 260 – 280 у. е.). У лиц, проработавших в основном свинцовом производстве 5 – 9 лет, регистрировали некоторое снижение активности симпатического звена относительно парасимпатического (AMo – 50,6 %) и ИН 210 – 230 у.е.

Однако у рабочих со стажем работы более 10 лет возникало резкое преобладание активности симпатического звена регуляции (AMo – 55,9 %) на фоне ослабления парасимпатического контура регуляции, что определяло возникновение вегетативного дисбаланса в регуляции СР, проявляющегося нарастанием ИН до 288 – 310 у.е.

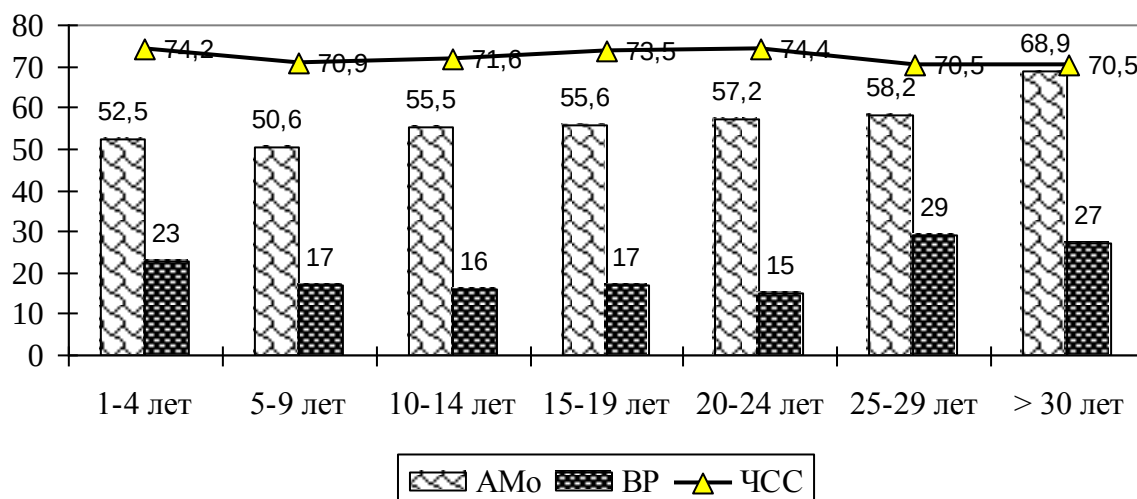


Рисунок 1 – Активность гуморальной регуляции СР и ЧСС рабочих основного производства в стажевых группах

Таблица 1 - Состояние кардиореспираторной системы рабочих основного свинцового производства на протяжении трудового стажа ($M \pm m$)

Показатель	Стажевая группа, лет						
	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 и более
Возраст, лет	33,3±1,5	38,9±2,0*	38,5±1,2***	44,9±0,8***	45,2±1,4***	49,2±0,8***	52,9±0,9***
Стаж, лет	2,5±0,2	6,6±0,3*	12,0±0,3***	16,8±0,3***	21,8±0,4***	26,8±0,4***	32,0±0,5***
ЧСС, 1/мин	74,2±2,0	70,9±2,4	71,6±1,9	73,5±3,5	74,4±2,3	70,5±3,6	70,5±1,9
СКО, мс	48±7	34±2	34±4*	34±5	32±4	95±6	24±2***
AMo, %	52,5±2,6	50,6±3,7	55,9±4,0	55,6±2,9	57,2±2,7	58,2±5,2	68,9±4,6***
ΔX , мс	0,23±0,03	0,17±0,01	0,16±0,02	0,17±0,04	0,15±0,02	0,29±0,14	1,16±1***
CV, %	23,7±1,6	24,7±1,9	30,3±2,1**	24,5±2,0	28,3±2,1*	28,8±2,7*	36,7±2,1**
ИН, у.е.	271,4±50,0	220,2±37,0	298,9±42,4	268,8±38,2	321,5±62,5	326,8±69,6	486,4±148,8
АКИ	0,60±0,03	0,65±0,04	0,63±0,04	0,65±0,04	0,66±0,06	0,69±0,03	0,61±0,04
ИЦ	0,20±0,01	0,21±0,02	0,21±0,02	0,19±0,02	0,21±0,01	0,22±0,02	0,18±0,02
ДВ, мс²	30±2	30±4	33±6	35±5	26±2	25±2	31±3
TG мс²	33±2	29±3	27±2	26±2	29±3	29±2	32±4
MB1, мс²	48±3	51±5	43±3	40±4	47±4	54±8	42±4
MB2, мс²	60±6	49±7	51±4	59±7	72±10	64±11	63±13

Примечание: * - достоверность по Манну – Уитни по отношению к стажевой группе 1

В последующих стажевых группах регистрировали значительное усиление симпатической модуляции (AM_0 до 57,2 – 68,9 %), нарастание индекса напряжения (от 320 до 498 у.е.). Уровень индекса напряжения, отражающего вегетативный баланс, наименьшим был у рабочих со стажем работы от 6 до 9 лет ($220,2 \pm 37,0$ ед.), постепенно нарастал, достигая максимальных величин у лиц, проработавших более 30 лет ($486,4 \pm 48$ ед.). Это свидетельствовало о значительном напряжении и истощении у них регуляторных систем. У большинства рабочих со стажем работы более 20 лет регистрировали резкую активацию симпатического влияния на ритм сердца на фоне ослабления парасимпатической активности. Причем, превалировало ослабление парасимпатической модуляции (на 53%) над усилением активности симпатического звена (на 8,9%). У рабочих, проработавших более 25 лет в условиях свинцового производства, некоторая активация парасимпатического контура нивелировалась резким усилением симпатической модуляции, что сопровождалось значительным нарастанием индекса напряжения.

Динамика автокорреляционной функции (АКИ) у рабочих на протяжении стажа позволила определить взаимодействие центрального и автономного контуров регуляции СР. По мере увеличения стажа работы (уже после 5 лет труда) в основном свинцовом производстве активация в центральном контуре регуляции СР отражалась в постепенном увеличении значения АКИ. Усиление центрального контура регуляции у лиц со стажем более 20 – 25 лет было связано, вероятно, с возникновением дисбаланса функционирования между сердечным и сосудистым звеньями системной гемодинамики за счет снижения сократимости миокарда и повышения периферического сопротивления сосудов.

Эти изменения системы управления сопровождались ослаблением гуморального канала регуляции у рабочих уже после 5 лет работы, но особенно после 20 лет труда. Сокращение показателя сигмы при этом достигало 50%, а после 30 лет стажа работы - в 2 раза.

Перестройка регуляторных механизмов системы управления функциональным состоянием организма у рабочих свинцового производства происходила с определенной этапностью и носила волнообразный характер. У малостажированных рабочих, при стаже до 5 лет, отмечали заметное напряжение вегетативной регуляции, смещение вегетативного гомеостаза в сторону активации симпатического звена, нарастание ИН, усиление хронотропного влияния и некоторое напряжение

гуморального контура регуляции. В ходе профессиональной адаптации у лиц со стажем 5 – 9 лет напряжение регуляторных систем заметно ослабевало, их функционирование достигалось новым уровнем регуляции со снижением активности как симпатического, так и парасимпатического звеньев.

При этом индекс напряжения, как показатель, отражающий их взаимодействие, нормализовывался ($220,2 \pm 37,0$ у.е.). Вместе с тем у рабочих регистрировали постепенное перемещение активности в центральный контур управления.

Об этом свидетельствовало возрастание индекса централизации (до 0,21 у.е.) и мощности MB_1 , (до $50,7 \pm 5,5$ мс²) (рисунок 2). Активация гуморального звена сокращалась до 0,034 мс при большем снижении парасимпатических модуляций. У рабочих с 10 летним стажем работы отмечали заметное возрастание влияния симпатического звена (AM_0 на 6,5%) с опережающим ослаблением парасимпатической модуляции (BP на 43,8%), повышение индекса напряжения (до $298,9 \pm 42,4$ у.е.). Более заметные изменения в перестройке управляющих систем отмечали у рабочих со стажем работы свыше 20 лет.

Дисбаланс в вегетативной регуляции СР возникал за счет резкого преобладания активности симпатического звена регуляции на фоне ослабления парасимпатического контура. При этом BP сокращался до 0,153 мс, а AM_0 возрастала до 57,2 %, индекс напряжения - до $321,5 \pm 62,5$ у.е. Если у рабочих после 10 лет работы возрастание ИН было связано с увеличением упорядочения структуры СР (CV достоверно возрастал до 30,3%), то после 20 лет трудовой деятельности – за счет снижения активности парасимпатического и усиления симпатического звена вегетативной регуляции.

Параллельно с этими процессами медленно усиливалась централизация управления СР: возрастал АКИ до 0,66 у.е., ИЦ - выше 0,2 у.е. и мощность MB_2 до 72,5 мс². Все это сопровождалось постепенным сокращением мощности дыхательных волн и волн Траубе – Геринга. У рабочих со стажем более 25 лет и, особенно при стаже работы более 30 лет, эти изменения стали носить выраженный характер ($p < 0,01$), отражая значительное напряжение функционирования организма и ослабление адаптации. Однако, высокая пластичность регуляторных систем организма рабочих свинцового производства обеспечивала устойчивость регуляции СР на протяжении 15 лет работы.

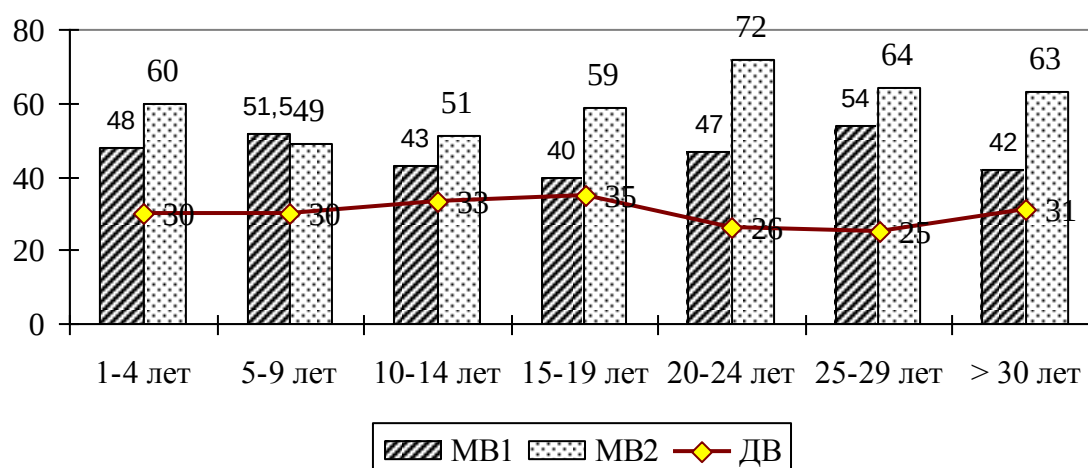


Рисунок 2 – Активность контуров управления СР у рабочих основного производства в стажевых группах

Согласно теории Баевского Р.М. о кибернетической модели регуляции СР [5], судили об активности подкорковых нервных центров по показателям индекса централизации и мощности дыхательных волн (ДВ), а также медленных волн первого (МВ₁) и второго порядка (МВ₂). Сейчас не вызывает сомнения, что мощность высокочастотных колебаний в ВРС (мощность дыхательных волн) отражает активность подкоркового дыхательного центра и, в конечном итоге, определяется эффекторным влиянием блуждающего нерва, что отражает состояние парасимпатической нервной системы [6]. По мнению большинства исследователей [5,7,8], среднечастотный ритм ЧСС (МВ₁) отражал барорефлекторный механизм регуляции сосудистого компонента, а низкочастотный (МВ₂) – активность церебральных эрготропных систем. Авторы признают, что МВ₁ – модуляция напрямую связана с активностью постганглионарных симпатических волокон. Именно по их спектральной мощности можно судить о состоянии симпатической регуляции СР. Мощность МВ₂ зависит от состояния надсегментарных, в первую очередь, гипоталамических, вегетативных центров. При этом некоторые составляющие этого диапазона могут быть обусловлены сугубо гормональными влияниями на сердечную мышцу, на структуры синусового узла через соответствующие рецепторы [9].

Спектральная мощность ДВ у рабочих основного свинцового производства постепенно нарастала от 30 ± 2 до 35 ± 5 мс², но после 20-летнего стажа работы стала сокращаться до 25 – 26 мс². Мощность МВ₁, начиная с малого стажа работы (до 5 лет), отражала сдвиг управления СР к центральному контуру (от 43 ± 3 до 48 ± 3 мс²), нарастая после 20 лет и особенно значительно после 25 лет работы (до 54 ± 8 мс²). Это отражало усиление напряжения регуляторных систем управления и адаптационных механизмов организма рабочих, что подтверждали и нарастающие значения индекса централизации.

Влияние центральных отделов управления СР на барорефлекторную модуляцию (МВ₁) отмечали у рабочих со стажем 5 – 9 лет (от $48,3 \pm 3$ до 51 ± 5 мс²), со стажем более 20 лет (47 ± 4 мс²), и особенно значительно после 25 лет работы (54 ± 8 мс²). Это влияние несколько ослабевало у рабочих со стажем работы 10 – 19 лет (43 ± 3 - 40 ± 4 мс²) и замещалось влиянием более высоких уровней управления. Мощность МВ₂ у малостажи-

рованных рабочих (60 ± 6 мс²) была обусловлена недостаточностью функционально-метаболических структур, в частности, системы кровообращения в ответ на возросшие энергетические потребности организма рабочих. В течение 6–15 лет работы этот показатель несколько сокращался (от 49 ± 7 до 51 ± 4 мс²), вероятно, в связи с включением приспособительных механизмов адаптации организма. Однако после 14 лет работы у рабочих мощность МВ₂ вновь начинала нарастать до 59 ± 7 мс² при стаже 15 – 19 лет, а после 20 лет достигала максимального уровня 72 ± 10 мс², отражая высокие энергетические запросы организма у высокостажированных рабочих в условиях свинцового производства.

Динамика показателей управляющих систем на протяжении производственной деятельности у рабочих контрольной группы несколько отличалась от таковой у работающих в основном свинцовом производстве (рисунк 3). Так, после 5 лет производственной деятельности у лиц вспомогательного производства было отмечено усиление парасимпатической модуляций (от $0,17 \pm 0,02$ до $0,20 \pm 0,05$ мс) при сохранности на прежнем уровне активности симпатических систем (АМо 56,8% и 56,6%) (таблица 2).

Заметное сокращение ($p < 0,05$) CV от 31,8% до 22,5% и АКИ от 0,67 у.е. до 0,55 у.е. свидетельствовало об изменении соотношения в управлении СР. При несколько усиленной активности автономного и гуморального контуров присоединялась активация центрального контура управления. И если при этом ИН практически не изменялся, то тенденция к возрастанию ИЦ и усилению активности сосудодвигательного центра уже прослеживалась.

У лиц контрольной группы после 10 лет работы выявляли ослабление гуморального звена управления и усиление симпатикотонии до $70,7 \pm 2,2\%$. Активность автономного контура еще больше возрастала, что проявлялось не только ростом ИН (от 243,6 у.е. до 356,7 у.е.), но и ИЦ (от 0,19 у.е. до 0,23 у.е.). На фоне подобных изменений усиливалась упорядоченность СР (возрастали CV до $34,0 \pm 2,5\%$ и АКИ до $0,71 \pm 0,06$ у.е.). Подобные изменения являются проявлением возникающего в организме напряжения процессов адаптации за счет усиления нагрузок на сердечно – сосудистую систему. Так, обнаружено снижение активности дыхательных волн от 33 ± 5 мс² до 23 ± 3 мс² и усиление активности волн Траубе-Геринга от 28 ± 2 мс² до $40 \pm 2,0$ мс².

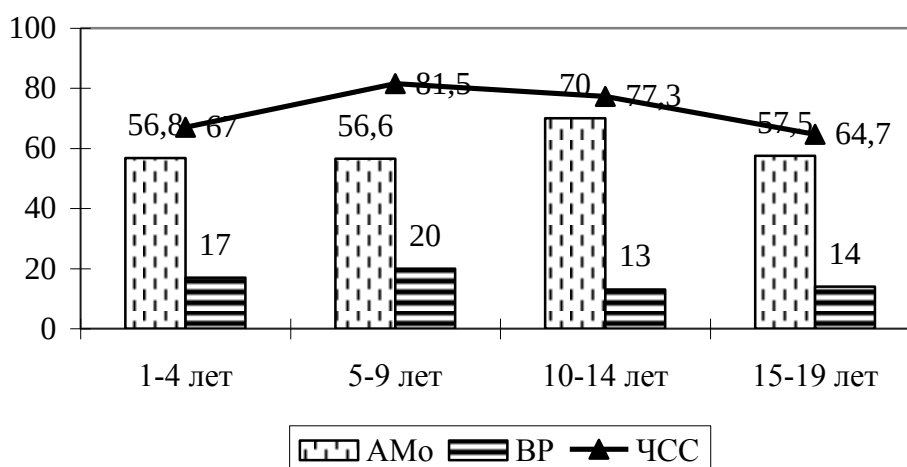


Рисунок 3 – Активность гуморальной регуляции СР и ЧСС рабочих контрольной группы в зависимости от стажа работы

Таблица 2 - Состояние системы регуляции СР у рабочих контрольной группы на протяжении трудового стажа ($M \pm m$)

Показатель	Стажевая группа, лет			
	1-4	5-9	10-14	15-19
Возраст, лет	35,6 $\pm$ 3,2	40,2 $\pm$ 5,2	50,0 $\pm$ 4,4*	49,0 $\pm$ 5,0
Стаж, лет	1,2 $\pm$ 0,2	5,6 $\pm$ 0,2***	13,3 $\pm$ 0,9***	20,0 $\pm$ 0,1***
ЧСС, уд./мин	67,0 $\pm$ 2,3	81,5 $\pm$ 6,8*	77,3 $\pm$ 3,8	64,7 $\pm$ 13,1
СКО, мс	33 $\pm$ 5	38 $\pm$ 7	23 $\pm$ 3	30 $\pm$ 10
АМО, %	56,8 $\pm$ 4,8	56,6 $\pm$ 4,7	70,7 $\pm$ 2,2	57,5 $\pm$ 15,5
ΔX , мс	0,17 $\pm$ 0,02	0,20 $\pm$ 0,05	0,13 $\pm$ 0,02	0,14 $\pm$ 0,07
CV, %	31,8 $\pm$ 3,2	22,5 $\pm$ 3,3*	34,0 $\pm$ 2,5	38,5 $\pm$ 10,0
ИН, у.е.	243,6 $\pm$ 51,1	228,0 $\pm$ 59,9	356,7 $\pm$ 51,2	386,3 $\pm$ 30,4
АКИ	0,67 $\pm$ 0,03	0,55 $\pm$ 0,20	0,7 1 $\pm$ 0,06	0,69 $\pm$ 0,11
ИЦ, у.е.	0,19 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,04	0,23 $\pm$ 0,03	0,24 $\pm$ 0,08
ДВ, мс ²	33 $\pm$ 5	26 $\pm$ 4	23 $\pm$ 3	24 $\pm$ 9
TG мс ²	28 $\pm$ 2	33 $\pm$ 1,0	40 $\pm$ 20	20 $\pm$ 15
MB ₁ мс ²	52 $\pm$ 8	38 $\pm$ 1,2	56 $\pm$ 23	52 $\pm$ 20
MB ₂ мс ²	55 $\pm$ 7	50 $\pm$ 11	28 $\pm$ 4	50 $\pm$ 6

После 15 лет работы у лиц контрольной группы активность симпатических модуляций сокращалась, а уровни вовлеченности центрального контура регуляции сохранялись на прежнем уровне, что позволяло говорить о сохранности процессов адаптации. Особенно отчетливо эти процессы были отражены в динамике интегрального показателя - ЧСС. Если его значения 81,5 $\pm$ 6,8 уд./мин. после 4 лет производственной деятельности отражали возникновение напряжения адаптации организма, то постепенное его сокращение после 10 лет и, особенно, после 15 лет трудовой деятельности характеризовало сохранение достаточного уровня адаптированности организма.

Таким образом, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы является интегративным показателем функционального состояния всего организма, а параметры сердечного ритма отражают степень напряженности механизмов, уровень адаптации организма человека к производственным условиям. Основные параметры структуры сердечного ритма могут выступить в качестве критерия функциональных резервов аппарата кровообращения в процессе длительной адаптации к экстремальным условиям свинцового производства.

Литература:

1. Измеров Н.Ф. Современные проблемы медицины труда // Вестник РАМН. – 2006. - № 9 – 10. - С. 50 – 56.

2. Саркулова С.М. Частота сердечно-сосудистых заболеваний у рабочих свинцового производства//Научное пространство Европы: Матер. IV межд. Научно-практич. конф. – София, 2008. С.95 – 97.

3. Бардина О.С., Лебедева Н.В., Гурвич Е.Б.. Влияние условий труда свинцового производства на уровни и причины смертности работающих // Медицина труда и промышленная экология. – 1994. - № 5 – 6. – С. 8-11.

4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. - М.: Медицина, 1998. - 752 с.

5. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука, 1984. - 216 с.

6. Lehrer P. M., Vaschillo E., Vaschillo B. БОС – тренинг по резонансным частотам с целью увеличения сердечной вариабельности: обоснование и руководство к применению //Биоуправление – 4: теория и практика. - Новосибирск, 2002. - 165 с.

7. Ноздрачев А.Д., Щербатых Ю.В. Современные способы оценки функционального состояния автономной (вегетативной) нервной системы //Физиология человека. – 2001. - Т. 27, № 6. - С. 95 – 101.

8. Janssen B. J.A., Oosting J., seaff D. W. et al. Hemodynamic basis of oscillations in systemic arterial Pressure in conscious rats //Am. J. Physiol. – 1995. - V. 269, № 1. - P. 1162.

9. Van den Berg D. T., de Rloet E. R., van Dijren H. H., de Jong W. Brain corticosteroid receptors and regulation of arterial blood pressure //J. Hypertens. – 1989. - V. 7, № 6. - P. 202 – 208.

Қорғасын өндірісінің 286 жұмысшыларының жүрек ырғағын реттеу жүйесінің жағдайы тексерілді. Бақылау тобымен салыстырғанда, негізгі цех жұмысшыларының жүрек ырғағының қарқынды тұрақтануы нақты анықталды. Реттеу механизмдерінің қайта құрылуы, оның кернеуінің дәрежесін және өндірістік жағдайға бейімделу деңгейін көрсететін, кезеңді және толқын тәрізді жүретіндігі белгілі болды. Реттеу жүйесінің қайта құрылуы, вагус әсерінің төмендеуімен және жүрек ырғағының басқарылуы гуморальді – метаболикалық деңгейге ауысуымен, реттеу жүйелерінің максималды кернеуімен жүріп, еңбек өтілі жоғары жұмысшыларда бейімделудің сарқылуы мен бұзылысын көрсетеді.

The state of the heartbeat regulation system (HB) has been studied at 286 workers of the lead production. More intensive stabilization of heartbeat at workers of main premises in comparison to the control group has been accurately revealed. There were established the stages, undulating character of the regulation mechanisms reorganization, reflecting the degree of its constraint and level of adaptability to working conditions. Reorganization of the regulation system takes place with the decrease of vagal influence, and switching of the HB handling over to humoral-metabolic level with peak straining of the regulatory systems, reflecting in deterioration and adaptation failure at highly experienced workers.

УДК 616:618.1.

НЕГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ**С.А. Мукашева, А.Б. Исакова****Медицинский центр Управления делами Президента РК**

В современных условиях продолжается процесс изменения структуры злокачественных новообразований в популяции человека. Если 40-50 лет назад отмечалось явное преобладание злокачественных опухолей соматических органов и кожи, по литературным данным, за последние 15-20 лет быстрое повышение заболеваемости новообразованиями гормонально-зависимых органов женской репродуктивной системы вывело их на первые места в структуре онкологической патологии. Данная динамика в эпидемиологии опухолей диктует необходимость особого внимания к проблеме гормонально-зависимой патологии женских репродуктивных органов, усовершенствования способов ранней диагностики и терапии предопухолевых заболеваний [1,2].

К последним относится группа достаточно широко распространенных состояний, включающая миому матки, эндометриоз, дисплазии шейки матки, гиперплазию эндометрия [3].

Все большую поддержку получает мнение о том, что в значительной части случаев оперативное лечение является необоснованным и не позволяет ликвидировать патологию и сохранить репродуктивную функцию женщины [4].

Поэтому в настоящее время, активно развиваются направления консервативной терапии, в частности, связанное с негормональным блокированием опухолевого роста [5,6].

Цель исследования – Определение клинической эффективности применения негормональной противоопухолевой терапии сочетанием негормональных препаратов индинола и эпигаллата в комплексе лечения больных раком шейки матки.

Материалы и методы исследования:

В число пациенток с миомой матки было включено 57 больных с простой формой (в том числе 27 (47,4%) – в группу сравнения, 30 (52,6%) – в основную группу). 108 (65,5%) больных миомой матки имели пролиферирующую форму. В том числе из них 51 пациентка (47,2%) была подвергнута оперативному лечению, 57 (52,8%) пролечены только с использованием консервативных способов. Распределение группы оперативного лечения на подгруппы: 24 (47,1%) – группа сравнения, 27 (52,9%) – основная; консервативного лечения: 29 (50,9%) – группа сравнения, 28 пациенток (49,1%) – основная.

В основной группе эпигаллат применялся в сочетании с индинолом по 2 капсулы эпигаллата и 2 капсулы индинола 2 раза в день в течение 6 месяцев.

С целью предотвращения рецидивов по 2 капсулы индинола и 2 капсулы эпигаллата применяли 2 раза в день в течение 3 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение:

В таблице 1 представлены данные, характеризующие динамику жалоб и клинических показателей у больных простой формой миомой матки при применении индинола и эпигаллата.

Таблица 1 – Динамика жалоб и клинических показателей у больных простой формой миомой матки при применении индинола и эпигаллата

Показатели	Частота в группе обследованных, n=30			
	до лечения		после курса лечения	
	абс.	%	абс.	%
Менометроррагии	12	40,0±8,9	3	10,0±5,5*
Межменструальные кровянистые выделения	12	40,0±8,9	1	3,3±3,3*
Боли внизу живота и пояснице	17	56,7±9,0	5	16,7±6,8*
Повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность	5	16,7±6,8	3	10,0±5,5
Отсутствие жалоб и клинических проявлений	3	10,0±5,5	23	76,7±7,7*

Примечание - * - различия с показателем до лечения достоверны, $p < 0,05$

Отмечалось 4-кратное снижение частоты менометроррагий, и еще более значительное (до 1 случая из 30) – межменструальных кровянистых выделений.

На 70,6% снизилась частота жалоб на наличие болевого синдрома.

В меньшей степени изменилась частота утомляемости, эмоциональной лабильности и других системных симптомов, связанных с наличием указанной патологии.

В 7,7 раза возросло относительное число женщин, у которых отсутствовали жалобы и перечисленные основные клинические проявления заболевания.

В таблице 2 показаны клинические параметры миомы матки у больных с пролиферирующей формой в процессе терапии с применением индинола и эпигаллата.

Таблица 2 – Динамика жалоб и клинических показателей у больных пролиферирующей формой миомой матки при применении индинола и эпигаллата

Показатели	Частота в группе обследованных, n=28			
	до лечения		после курса лечения	
	абс.	%	абс.	%
Менометроррагии	27	96,4±3,5	12	42,9±9,4*
Межменструальные кровянистые выделения	13	46,4±9,4	6	21,4±7,8*
Боли внизу живота и пояснице	18	64,3±9,1	10	35,7±9,1*
Повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность	12	42,9±9,4	8	28,6±8,5*
Отсутствие жалоб и клинических проявлений	2	7,1±4,9	11	39,3±9,2*

Примечание - * - различия с показателем до лечения достоверны, $p < 0,05$

Как указано в предыдущем разделе, не отмечалось существенной динамики частоты исследованных симптомов в группе сравнения.

В то же время, при использовании внедряемого способа лечения с применением индинола и эпигаллата отмечалось более чем 2-кратное снижение частоты геморрагического синдрома, уменьшение частоты локальных субъективных проявлений на 44,4% ($p < 0,05$), снижение их выраженности при сохранении.

Частота общих субъективных проявлений снизилась на 33,3% ($p < 0,05$).

Более чем в пять раз увеличилось число женщин, не предъявляющих жалобы и не имеющих клинических проявлений при физикальном осмотре ($p < 0,05$).

Снижение частоты субъективных проявлений заболевания сопровождалось уменьшением размеров выявленных миоматозных узлов (таблицы 3 и 4).

Численные значения среднего показателя наибольшего размера узла уменьшились в результате проведенного лечения на 55,0%, а объема узла – почти в 10 раз ($p < 0,01$ в обоих случаях).

Таблица 3 - Динамика размеров миоматозных узлов у больных простой формой миомой матки при применении индинола и эпигаллата

Размеры миоматозных узлов	До лечения	После курса лечения
Средний показатель наибольшего размера (в случае наличия нескольких узлов – наиболее крупного узла)	$4,0 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,1^{**}$
Совокупный объем, см ³ (1)	$18,7 \pm 1,2$	$1,9 \pm 0,2^{**}$

Примечания: ¹ – с учетом наличия множественных узлов

^{**} - различия между показателями до лечения и после курса лечения достоверны, $p < 0,01$

Таблица 4 - Динамика размеров миоматозных узлов у больных пролиферирующей формой миомой матки при применении индинола и эпигаллата

Размеры миоматозных узлов	До лечения	После курса лечения
Средний показатель наибольшего размера (в случае наличия нескольких узлов – наиболее крупного узла)	$3,9 \pm 0,2$	$2,4 \pm 0,2^*$
Совокупный объем, см ³ (1)	$20,5 \pm 1,0$	$4,3 \pm 0,3^{**}$

Примечания: ¹ – с учетом наличия множественных узлов

* - различия между показателями до лечения и после курса лечения достоверны, $p < 0,05$, ^{**} - $p < 0,01$

При пролиферирующей форме миомы матки было отмечено достоверное (на 38,5%, $p < 0,05$) уменьшение среднего показателя наибольшего размера узла и высокодостоверное (на 79,0%, $p < 0,01$) – совокупного объема узла.

Анализ динамики размеров узлов в зависимости от исходного показателя представлен в таблицах 5 и 6.

При простой форме миомы степень уменьшения объема узлов достигала 61,1% ($p < 0,05$). В то же время, в отличие от группы сравнения, где динамика размеров крупных узлов была ограниченной, в основной группе, на фоне применения индинола и эпигаллата она была еще более выраженной и составила 81,5% ($p < 0,01$).

Таблица 5 - Динамика размера миоматозных узлов у больных простой формой миомы матки при терапии с использованием индинола и эпигаллата в зависимости от исходного размера

Показатели	Мелкие узлы		Крупные узлы	
	до лечения	после курса лечения	до лечения	после курса лечения
Средний показатель наибольшего размера, см	$1,7 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1^*$	$4,5 \pm 0,4$	$2,6 \pm 0,3^*$
Совокупный объем, см ³ (1)	$1,0 \pm 0,1$	$0,4 \pm 0,1^*$	$27,6 \pm 1,6$	$5,1 \pm 0,7^{**}$

Примечания: ¹ – с учетом наличия множественных узлов

* - различия между показателями до лечения и после курса лечения достоверны, $p < 0,05$, ^{**} - $p < 0,01$

Таблица 6 - Динамика размеров и объема миоматозных узлов у больных пролиферирующей формой миомы матки при терапии с использованием индинола и эпигаллата в зависимости от исходного размера

Показатели	Мелкие узлы		Крупные узлы	
	до лечения	после курса лечения	до лечения	после курса лечения
Средний показатель наибольшего размера, см	$1,4 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1^*$	$4,4 \pm 0,2$	$2,7 \pm 0,2^{**}$
Совокупный объем, см ³ (1)	$1,0 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,1^*$	$22,8 \pm 1,4$	$5,4 \pm 0,4^{**}$

Примечания: ¹ – с учетом наличия множественных узлов

* - различия между показателями до лечения и после курса лечения достоверны, $p < 0,05$, ^{**} - $p < 0,01$

Было выявлено, что динамика размеров и объема мелких узлов в целом была ограниченной, хотя и достоверной.

В то же время, степень уменьшения размеров и объема крупных узлов была высокодостоверной и составила для первого показателя – 38,6%, а для второго – 76,3% ($p < 0,01$ в обоих случаях).

В исходе у больных с простой формой миомы матки имелось снижение показателей качества жизни по отношению к практически здоровым лицам. Достоверные различия отмечались по шкалам РФ, ТБ, ОЗ, ЖС и РЭ.

Не было выявлено динамики к повышению качества жизни при проведении традиционной терапии. Более того, по некоторым шкалам было выявлено снижение показателей. В частности, только после лечения по данной схеме было выявлено достоверное снижение относительно контроля по уровню ФА (на 17,4%, $p < 0,05$), увеличились различия со средним показателем контрольной группы по РФ (до 17,2%, $p < 0,05$), ОЗ (до 19,3%, $p < 0,05$).

При проведении разработанного лечения не было зарегистрировано достоверных различий с контролем.

Достоверное повышение по отношению к исходному показателю было выявлено по величинам РЭ и СС (на 18,7% и 13,9%), в сравнении с традиционной терапией – по ЖС и СС (на 14,5% и 12,2% соответственно, $p < 0,05$ во всех случаях).

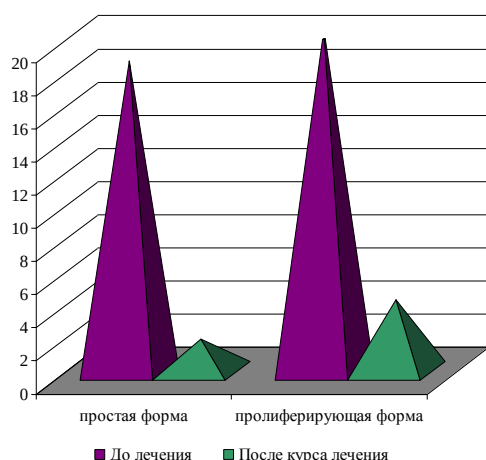


Рисунок 1 - Сравнительная степень динамики размеров миоматозных узлов в зависимости от формы миомы матки при применении индинола и эпигаллата

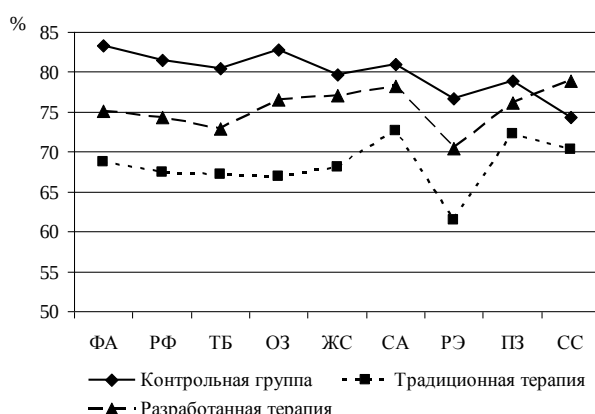


Рисунок 2 - Соотношения качества жизни у женщин с простой формой миомы матки в зависимости от лечения

Различия с контрольной группой в исходе были достоверными по шкалам ФА, РФ, ТБ, ОЗ, ЖС, ПЗ и СС. Как и в группе с простой формой миомы, отмечалось прогрессирование нарушений по шкале ФА – до 21,7% различий с контрольной группой ($p < 0,05$). По остальным шкалам степень различий средних значений с контролем уменьшалась, однако при повторном исследовании отсутствовала в сравнении с контролем только по одной шкале – ПЗ.

Также как и в ранее описанной группе, использование разработанной комплексной терапии способствова-

ло повышению качества жизни до средних значений, не имеющих достоверных различий с контролем.

Достоверное превышение над показателями исходного уровня было достигнуто по шкалам ТБ, ОЗ, ЖС и СС, а в сравнении с традиционной терапией – ФА, ТБ и ЖС ($p < 0,05$ во всех случаях).

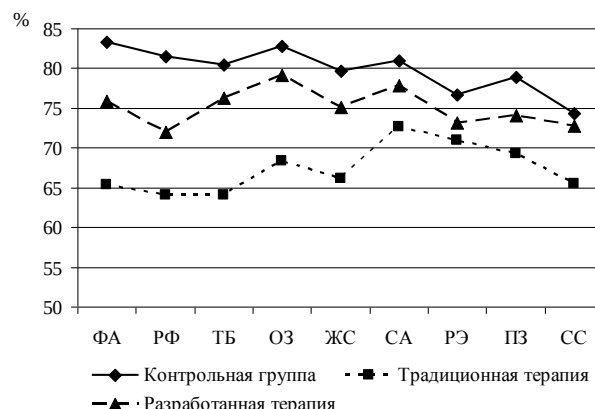


Рисунок 3 - Соотношения качества жизни у женщин с пролиферирующей формой миомы матки в зависимости от лечения

Таким образом, применение сочетания индинола и эпигаллата не только обеспечивает высокую эффективность консервативного лечения миомы матки, но и способствует повышению качества жизни. Последний показатель в контексте настоящей патологии наиболее существенно отражает эффективность консервативного лечения, поскольку характеризует влияние патологии на общее состояние больных по всем основным оцениваемым параметрам.

Литература:

1. Вихляева Е.М., Железнов Б.И., Запорожан В.Н. и др. Руководство по эндокринной гинекологии. - М.: Медицинское информационное агентство. - 1997. - 768 с.
2. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина. - 1989. - 302 с.
3. Velebil P., Wingo P.A., Xia Z. et al. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. // *Obstet. Gynecol.* - 1995. - Vol.86, №5. - P. 764-769.
4. Кулагина Н.В. Миома матки: алгоритм комплексного консервативного лечения в амбулаторных условиях // *Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия.* - СПб., 2005. - №1. - С.83-86.
5. Сидорова И.С., Унанян А.Л., Карасева Н.В. Возможности применения препаратов индинол и эпигаллат при сочетании миомы матки и аденомиоза // *Медицинский вестник.* - 2008. - №24-25. - С.11.
6. Сидорова И.С. Современные подходы к лечению миомы матки // *Миома матки (Современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения).* - М.: МИА, 2003. - Гл.11. - С.207-214.

УДК 616.155.194.8 : 618.1

ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, Ж.Д. Кадырова

Семейная поликлиника «Гармония», Семей

В гинекологической практике часто встречается анемия. Анемия развивается у пациенток гиперполименореей, мено-и метроррагиями, которые сопровождают миому матки, аденомиоз, гиперплазию эндометрия. Кроме того, среди гинекологических больных немало пациенток с экстрагенитальной патологией, предрасполагающей к возникновению ЖДА. В первую очередь это больные со скрытыми кровотечениями из ЖКТ тракта (язвенная болезнь, геморрой и др.), которые приводят к нарушению равновесия между поступлением и выведением железа, а также больные с нарушением всасывания железа (гастриты, энтероколиты, заболевания печени). К развитию дефицита предрасполагает также вегетарианская диета.

В настоящее время доказана важная роль снижения продукции эритропоэтина в патогенезе развития анемии, что нередко вызвано у гинекологических больных избыточной продукцией противовоспалительных цитокинов и прежде всего фактора некроза опухоли альфа, которая может иметь несколько причин, в том числе и наличие латентно текущей инфекции (урогенитальной, а также любой хронической инфекции), а также ревматоидного артрита. Кроме фактора некроза опухоли альфа, в развитии анемии у больных с хроническими инфекциями и аутоиммунными заболеваниями большое значение имеют интерлейкины и интерферон. Они подавляют продукцию эритропоэтина специализированными перитубулярными фибробластами кортикального слоя почек. Поэтому анемия неизбежно возникает у больных с почечной недостаточностью.

Цель исследования - изучение эффективности препарата космофер в лечении анемии у больных с миомой матки и гиперплазией эндометрия.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 30 пациенток в возрасте от 25 до 43 лет с ЖДА, обусловленной мено-метроррагиями вследствие гиперплазии эндометрия, сочетающейся с миомой матки малых размеров. Препарат космофер назначался по 100 мг (2 мл) внутривенно капельно через день (3 раза в неделю) в стационаре при выявлении у пациенток анемии средней и тяжелой степени. Курс лечения составлял от 3 до 5 инфузий. Общая доза введенного железа составила от 300 до 500 мг.

Во второй группе 30 пациенток получали стандартное этиопатогенетическое лечение.

Раствор космофер содержит железо в виде стабильного комплекса (111) – гидроксид декстрана, пригодного как для внутривенного, так и для внутримышечного применения. Важным преимуществом препарата является то, что железо в комплексе представлено в неионной водорастворимой форме и обладает очень низкой токсичностью. Комплекс железа (111) – гидроксид декстрана по химической структуре является аналогом физиологического комплекса ферритина с железом (111)-гидроксидом. В организме человека ферритин, связывая гидроксид железа (111), обеспечивает обезвреживание токсичных ионов железа.

Результаты исследований и обсуждение

У обследованных больных имела разнообразная экстрагенитальная патология, у большинства пациенток

– от 3 - до 5 заболеваний. Наиболее часто встречались: артериальная гипертензия (43%), сахарный диабет (28%), заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит (64%), хронический колит (33%), язвенная болезнь желудка (14%) и язвенная болезнь 12 ПК (10%), желчнокаменная болезнь (15%). Обращает на себя внимание факт наличия избыточной массы тела у трети обследованных больных. Также, можно отметить высокую частоту хронических инфекций: хронический пиелонефрит (54%), хронический цистит (34%), хронический тонзиллит (37%), хронический бронхит (48%), и аутоиммунных заболеваний (аутоиммунный тиреоидит (29%), ревматоидный артрит (8%), системная красная волчанка (9%).

Все больные предъявляли жалобы на слабость (98%), одышку при ходьбе (94%) и физической нагрузке, (87%) снижение работоспособности (99%). Проводились исследования УЗИ малого таза и клинический анализ крови, подтверждающий наличие анемии. Всем больным проводилось гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и стенок полости матки. При гистологическом исследовании было выявлено простая гиперплазия эндометрия у 18(60%) больных, у 12(40%) – комплексная гиперплазия эндометрия. Также проводилось биохимическое исследование крови, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию, колоноскопию, флюорографию, бактериологическое исследование.

До начала лечения уровень гемоглобина у обследованных больных колебался от 65 до 80 г/л, средний уровень составил $70,1 \pm 3,5$ г/л. Количество эритроцитов варьировало от $2,5$ до $3,3 \times 10^6$ /л, в среднем составило $(3,0 \pm 0,4) \times 10^6$ /л. Гематокрит у обследованных больных колебался от 31 до 37%, среднее его значение составило $33,5 \pm 1,7$. Цветовой показатель в среднем составил $0,8 \pm 0,4$, содержание сывороточного железа – $6,5 \pm 0,8$ мкмоль/л.

Всем больным помимо антианемической терапии, рекомендовали диету, богатую белком и железом.

Антианемическую терапию больные переносили хорошо, побочного действия препарата космофер не отмечено.

После лечения в/в препаратом космофер уровень гемоглобина колебался от 88 до 109 г/л, средний уровень составил $98,1 \pm 1,2$ г/л. Количество эритроцитов варьировало от $3,2$ до $4,4 \times 10^6$ /л, в среднем составило $(4,1 \pm 0,1) \times 10^6$ /л. Гематокрит у обследованных больных колебался от 33 до 38% и среднее его значение составил $1,0 \pm 0,6$, содержание сывороточного железа – $12,8 \pm 0,9$ мкмоль/л. Отмечено достоверное повышение уровня гемоглобина и уровня сывороточного железа на фоне проводимой терапии космофером.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности препарата космофер в лечении железодефицитной анемии и постгеморрагической анемии у гинекологических больных.

Литература:

1. Дедов И.И., Андреева Е.Н. Гиперплазия эндометрия, диагностика, клиника, лечение: Метод. Пособие для врачей, -М., 2001. – 220с
2. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии.-М.: «Медицина», 2004. – 198с.

3. Козловская Л.В., Рамеев В.В. Анемия хронических заболеваний // Врач. - 2006. - №4. - С.17-20.

4. Манухин И.Б., Крапошина Т.П. Опыт лечения анемии в гинекологической практике // АГ-инфо по акуш. И гин. - 2001, - №1. - С.54-57.

5. Милованова Л.Ю., Николаев А.Ю. Прогностическое значение ранней коррекции анемии у больных хронической почечной недостаточностью // Нефрол. и диализ. - 2004, - №1. - С.54-57.

Гинекологиялық аурулардың қан аздығын емдеу

А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, Ж.Д. Кадырова

«Гармония» отбасылық емханасы, Семей

Гинекологиялық аурулардың қан аздығын емдеуде космофер дәрісімен емдеуде жоғарғы дәрежеде нәтиже береді.

Treatment of anemia in gynecological patients

A.K. Tanbaeva, L.K. Zhazykbaeva, Zh.D. Kadyrova

Hospital "Garmonia", Semey

The Cosmofer demonstrated of the high clinical efficacy of the drug in the treatment of anemias in gynecological patients.

УДК 616-056.3

ИММУНОКОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ВАГИНИТОВ

А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А. Глядинцева, Ж.Д. Кадырова

Учреждение «Семейная поликлиника» «Гармония», Семей

Цель работы – дать оценку клинико-иммунологической эффективности лавомакса в лечении неспецифических бактериальных вагинитов.

Материалы и методы

Проведено рандомизированное исследование у 56 больных пациенток с неспецифическими бактериальными вагинитами (НБВ) в возрасте от 32 до 49 лет. На фоне комплексного лечения лавомакс получали 28 больных (исследуемая группа). Лавомакс назначали по схеме: первые 2 суток по 0,125 г, затем через 48 ч. по 0,125 г (курсовая доза 1,25 г) в течении 3 недель. Группу сравнения составили 26 больных, принимавших комплексное лечение, без лавомакса. Сравнимые группы больных существенно не различались по основным клиническим, иммунологическим, возрастным параметрам. Больные НБВ получали комплексное базисное лечение.

Результаты исследования и обсуждение

Основные жалобы женщин с НБВ были на обильные влагалищные выделения (бели) разной степени интен-

сивности и характера (100%). Второе место по частоте встречаемости занимали явления дискомфорта, диспареуния (95 и 72% соответственно), третье место - зуд в области наружных половых органов (62%). Признаки уретрита отмечены у 15% наблюдаемых. При кольпоскопии до лечения наблюдалась во всех случаях диффузная гиперемия. При микробиологическом исследовании посевов из цервикального канала обращало на себя внимание: кишечная палочка (30,4%), энтеробактерии (11,7%), золотистый стафилококк (10,7%), гемолитический стрептококк (8,7%), грибы рода кандида (12,4%).

Состояние иммунитета у больных НБВ оценивали по содержанию в периферической крови СДЗ, СД4, СД8 с использованием моноклональных антител. Оценка эффективности лавомакса осуществляли на основании клинических критериев (продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения) и динамики иммунологических показателей. Полученные данные были обработаны статистически ($M \pm m$, t , p).

Таблица №1. Иммунологические показатели у НБВ (1 группа) на фоне лечения лавомаксом.

	СД3 исходно	СД3 после лечения	Р	СД4 исходно	СД4 После лечения	Р
I гр	0,49±0,01	0,53±0,01	≤0,05	0,32±0,01	0,43±0,01	≤0,05
II гр	0,47±0,02	0,53±0,01	≤0,05	0,38±0,01	0,38±0,02	≤0,05

Проведенное исследование показало, что применение лавомакса в составе комплексной терапии НБВ, повышало терапевтический эффект. Так у больных, получавших лавомакс, характер выделений нормализовался, исчезли гиперемия и отечность влагалища, шейки матки. Кольпоскопическая картина соответствовала параметрам нормы здоровых женщин. По результатам культурального исследования частота выявления лактобактерий влагалищного секрета несколько выше, это свидетельствует об иммуностимулирующем действии препарата. Динамика абсолютного и относительного количества СДЗ и СД4 и соотношения СД4/СД8, а также содержание ЦИК в процессе лечения у больных НБВ показало, что у больных с НБВ получавших лавомакс, по сравнению с исходными данными достоверно повы-

шалось как относительное, так и абсолютное содержание СДЗ и СД4, а также соотношение СД4/СД8. Кроме этого существенно до нормы снизился уровень ЦИК. В то же время у больных группы сравнения значительно повысилось в сравнении с исходными данными лишь относительное содержание СДЗ клеток, несколько снизился уровень ЦИК, который, однако, к концу курса лечения существенно превышал норму.

Выводы

Таким образом, у пациентов, получавших комплексную терапию с лавомаксом, быстрее купировались клинические проявления воспалительной реакции влагалища, отмечалось улучшение общего состояния больных, повышалось качество лечения.

**Өзгеме емес бактериальды қынан қабынуының иммунитетің қалыптастыру
А.К. Танбаева, Л.К. Жазыкбаева, А.А. Глядинцева, Ж.Д. Кадырова
«Гармония» отбасылық емханасы, Семей,**

Өзгеме емес бактериальды қынан қабынуын емдеуде лавоксам иммунды жағдайды жақсартуда өте жоғары нәтиже береді.

**Immunology treatment of the bacteriological vaginitis
A.K. Tanbaeva, L.K. Zhazykbaeva, A.A. Gladinceva, Zh.D. Kadyrova
Hospital «Garmonia», Semey**

Lavomax in treatment of the bacteriological vaginitis high clinical and immunology effects.

УДК 616.89-008.441.44

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СОЦИАЛЬНО - ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ СРЕДИ ЖЕНЩИН**

**Г.О. Адильханов
Семейский филиал РГКП «Центр судебной медицины»,
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

Введение.

Феномен самоубийства можно рассматривать как статистически устойчивое явление демографического характера. Распространенность завершенных самоубийств и суицидальных попыток имеет существенные различия в женской и мужской популяциях [1,2].

Существуют достоверные различия в социально - демографических и клинических характеристиках суицидентов женского и мужского пола, а также в проявлениях суицидального поведения у женщин, совершивших завершённые и незавершённые суициды [3].

Применение гендерных дифференцированных подходов к профилактике суицидов у женщин повышает ее эффективность.

Материалы и методы.

Нами были использованы следующие методы: клинико-катamnестический, математико-статистический.

Предметом исследования явилось суицидальное поведение женщин, а его объектом послужили женщины, совершившие завершённые суициды.

Результаты и обсуждение.

Распространенность завершённых суицидов и суицидальных попыток среди женщин исследовалась на материалах г. Семей (за 2005- 2009 гг.). Установлено, что частота завершённых суицидов среди женского населения города за исследуемый период колебалась в пределах от 12,4 до 15,5 на 100000. Эти цифры в 2 раза превышают среднереспубликанские показатели распространенности женских самоубийств. Вместе с тем частота завершённых суицидов среди женщин оказалась в 5 раз меньше, чем в мужской части населения города. В то же время, среди женщин была отмечена тенденция к ее постепенному росту в противоположность тенденции к снижению среди мужчин. Распределение женских суицидов по сезонам года за исследуемый период времени было практически равномерным. Оно отличалось от такового у мужчин, для которых оказались характерными заметные сезонные колебания в виде спада суицидальной активности в зимние месяцы и ее подъема в весенние. Анализ средней частоты завершённых суицидов в различных возрастных группах населения показал, что частота суицидов среди женщин повышается с возрастом, достигая максимума у лиц старше 70 лет (52,3 на 100000 населения данной воз-

растной группы). У мужчин частота суицидов также повышается с возрастом, однако ее максимум приходится на период 50 -59 лет, после чего следует снижение показателя.

При изучении распространенности суицидов в различных социальных группах женского населения установлено, что максимальная частота самоубийств наблюдается у пенсионерок по возрасту (33,2 на 100000 населения), в отличие от мужчин, среди которых по данному показателю на первое место выходят безработные лица. Высокие показатели частоты самоубийств среди женщин отмечены также у неработающих трудоспособных лиц (25,5 на 100000 населения) и инвалидов (23,3 на 100000 населения), а самые низкие показатели - у работающих (6,7 на 100000 населения) и учащихся (2,3 на 100000 населения). Частота суицидов среди инвалидов у женщин более чем в три раза превышает аналогичный показатель для мужчин ($p<0,001$).

Из числа женщин, совершивших завершённые суициды, 21,2% покончили с собой в состоянии алкогольного опьянения. Это в два раза меньше аналогичного показателя для мужчин ($p<0,001$). Среди способов самоубийства женщины, совершившие завершённые суициды, чаще всего выбирали повешение (68,2%), на втором месте оказалось отравление (30,8%), на третьем - падение с высоты (1%). Суицидентки достоверно реже аналогичной категории мужчин использовали в качестве способа суицида повешение и достоверно чаще - отравление (в обоих случаях $p<0,001$), что свидетельствует о склонности женщин к менее травматичным способам суицида.

Установлено, что среди женщин, совершивших завершённые суициды, преобладали лица со следующими социально-демографическими характеристиками: возраст старше 40 лет (65,6%), среднее образование (56,2%), социальный статус пенсионерки по инвалидности (43,2%), высокая доля лиц, не состоящих в браке (в том числе, разведенных и вдовых) - 54,3%, низкий уровень дохода. Так же, обращают на себя внимание такие особенности, как высокие доли лиц с низким образовательным уровнем (неполное среднее, начальное образование, либо его полное отсутствие) - 37,2%. В целом эти данные говорят о неблагоприятном социальном положении женщин, совершающих завершённые суициды. Основными отличиями социально-

демографических характеристик женщин, совершивших завершённые суициды, от социально-демографических характеристик аналогичной категории мужчин явились более высокие доли лиц в возрасте 50-69 лет ($p<0,05$), лиц, имевших детей ($p<0,05$), пенсионеров по возрасту ($p<0,01$) и вдов ($p<0,05$).

По сравнению с аналогичной категорией мужчин, для совершивших завершённые суициды женщин оказались характерны: значительно меньшая частота алкогольной зависимости ($p<0,05$); более высокая распространенность хронических соматических заболеваний в целом ($p<0,05$) и сердечнососудистых заболеваний в частности ($p<0,05$).

Указанные различия свидетельствуют о значительной роли в генезе женских самоубийств аффективной и соматической патологии.

Таким образом, были выявлены характерные для женщин - суициденток факторы риска завершённого суицида, которые можно рассматривать в качестве социально-демографических факторов риска завершённого суицида для женщин. Это: возраст старше 50 лет; низкий уровень образования; статус пенсионерки по возрасту или инвалидности.

При исследовании взаимных корреляций социально-демографических факторов риска завершённого суицида было установлено, что такие факторы, как «возраст старше 50 лет», «статус пенсионерки по возрасту», «низкий уровень образования» достоверно положительно коррелируют друг с другом, что позволяет объединить их в единый суицидогенный комплекс, характерный для женщин.

Учитывая результаты исследования, а так же данные аналогичных проведенных исследований можно выделить важный аспект профилактики суицидов, которой является работа с родственниками суициденток. Она должна включать в себя, всех членов семьи суицидентки для контроля за ее состоянием и оказания пси-

хологической поддержки в случае совершения суицидальной попытки [4]. Применительно к суицидальному поведению женщин данный раздел профилактики приобретает особое значение, что связано с той ролью, которую играют в жизни большинства женщин семейные отношения [5,6]. Данный вид помощи должен осуществляться специализированными суицидологическими службами [7].

Литература:

1. Положий Б.С., Васильев В.В. Эпидемиология женского суицида (на материалах крупного промышленного города) // Психическое здоровье. - 2009. - №9. - С. 28-33.
2. Милошич СМ., Краинская Д.А. Сравнительный анализ суицидальной активности населения промышленно развитых регионов России, Украины и Белорусии // Мат. Международной научно-практической конференции «Современные проблемы психиатрии и суицидологии», - Харьков, - 2001. - С.93-95.
3. Султанов А.А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // Научные и организационные проблемы суицидологии. - М., 1983. - С.94-97.
4. Дукенбаева Б.А. Роль социально-экономических факторов в генезе самоубийств // Вестник КазНМУ, - 2002, №1. - С.49-52.
5. Потехин К.В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности // Вестник РАМН. - 2002. - №11. - С. 15-17.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.-М.:Медицина, 2000. - 496 с.
7. Розанов В.А. Нейробиологические аспекты самоубийств и перспективы изучения биомаркеров суицидального поведения в Украине. В кн.: Суицидология. Теория и практика, Киев, КИВД, - 1998. - С. 71-73

Әйелдер арасындағы өзіне-өзі қол жұмсаудың таралуы және әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы

Г.О. Әділханов

Семей қаласының әйелдері арасында аяқталған өзіне-өзі қол жұмсауды орындаудың таралуы мен әлеуметтік – демографиялық көрсеткіштерінің анализі жасалынды. Әйелдерге тән -аяқталған өзіне-өзі қол жұмсаудың қауіпті факторлері анықталды, оларды әйелдердің аяқталған өзіне-өзі қол жұмсауының әлеуметтік-демографиялық қауіпті факторлары ретінде қарастыруға болады. Бұл: 50 – ден жоғары жас; білім деңгейінің төмендігі; жас шамасына байланысты зейнеткерлік немесе мүгедектік жағдайы.

Prevalence and social – demographic characteristics of complete suicides among women

G.O. Adilhanov

The analysis of prevalence and social demographic analyze has been carried out among women of Semey having committed complete suicide. The factors characteristic for women having committed suicide have been revealed. These factors are considered as social demographic factors of a complete suicide for women. These women are older than 50 years old, have low educational level and have a status of pensioner or physical disability.

УДК 616 36-002-002 578.891 036.22 (575)

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕСТИРОВАНИЯ В СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ НА МАРКЕРЫ ВИРУСОВ ГЕПАТИТА В И С СРЕДИ ДОНОРОВ КРОВИ

Ш.М. Кенесарина

Центр Крови, г.Семей

В связи с ростом числа вирусоносителей гепатита В и С повышаются требования к лабораторной диагностике вирусных гепатитов. Высокий риск передачи вируса гепатита В (ВГВ) с донорской кровью и ее компонентами обусловлен некоторыми особенностями данного заболевания: частота хронизаций и возможность бессимптомного вирусоносительства. В возрасте старше 5 лет - % хронизаций снижается до 2-10% В крови годами регистрируется HbsAq и антитела к HBcAq.

Вирус гепатита С (ВГС) передается преимущественно парентеральным путем. Актуальность проблемы состоит в том, что эти инфекции часто протекают латентно, без клинических проявлений, в дальнейшем приводя к хронизации процесса до 80%. Важную роль в предотвращении распространения инфекции занимает обследование донорской крови на наличие маркеров вирусных гепатитов методом иммуноферментного анализа, что позволяет в несколько раз снизить риск передачи вирусных гепатитов с компонентами и препаратами крови. В настоящее время для скрининга донорской крови используют тест – системы третьего поколения.

Материал и методы. Для оценки эффективности скрининга специфических и неспецифических маркеров ВГС и HBV среди доноров, оптимизации методов профилактики гемотрансмиссивных инфекций проведен анализ результатов обследования донорской крови, определена доля образцов сывороток с повышенным содержанием маркеров вирусных гепатитов ВГС и HBV у доноров. В данной работе представлены показатели иммуноферментных исследований маркеров гепатита В и С за 2009 – 2010гг.

Рассмотренные результаты позволяют сравнивать реальные возможности российских и импортных тест – систем. Раскапывание сывороток от доноров и внесение реагентов проводили вручную с помощью дозаторов фирмы БИОХИТ.

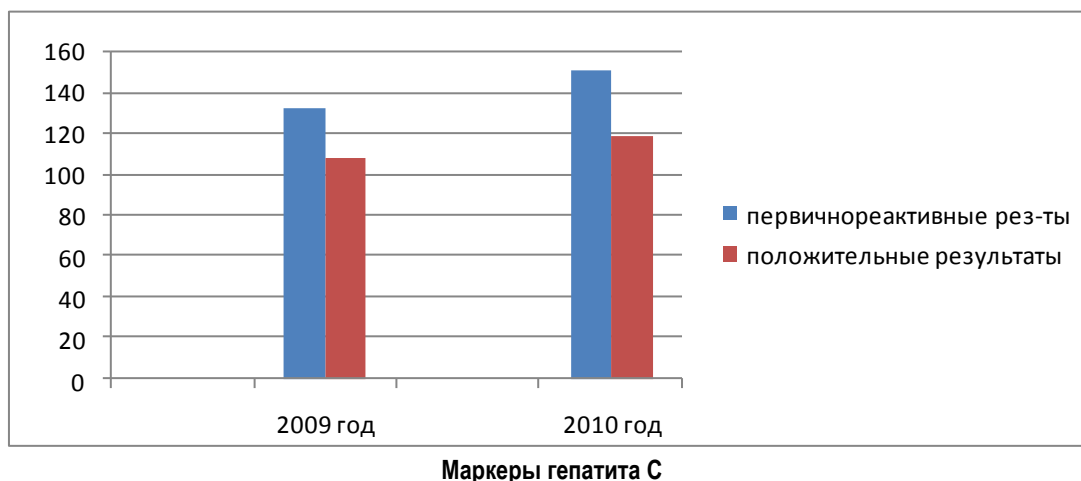
Использованы анализаторы: фотометр для микропланшет «BIORAD» модели 680. Промыватель планшетов «BIORAD» PW-40; Инкубатор микропланшетов «BIORAD» I PS; Шейкер термостатируемый «ST-3

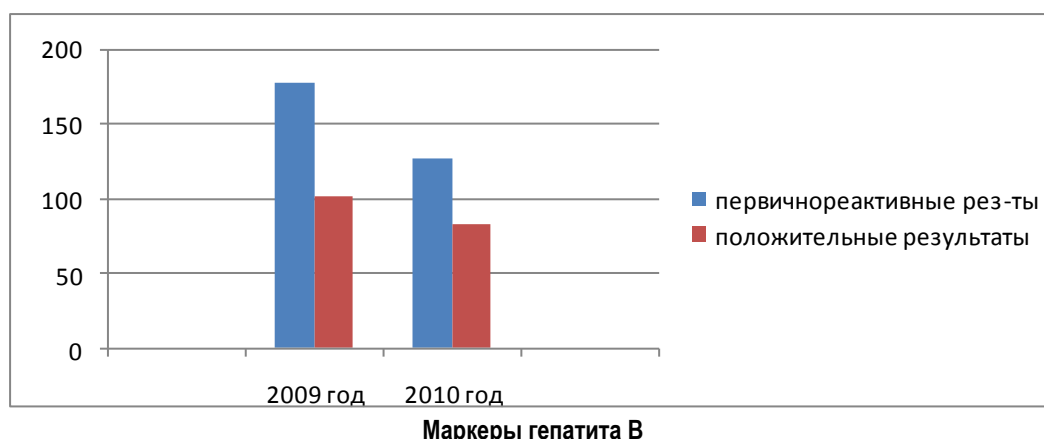
Результаты исследования и их обсуждение. Результаты с определением оптической плотности вносили в компьютер. В 2009г на гепатит В протестировано 14.023 анализов: Из них первичнореактивных - 177 (1,2%); положительных - 101 (0,7%);

На гепатит С протестировано 14.023 анализов: Из них первичнореактивных - 132 (0,9%); положительных-108 (0,7%); В2010г на гепатит В протестировано 13 936 анализов: Из них первичнореактивных – 127 (0,9%); положительных – 82 (0,5%). На гепатит С протестировано 13 936 анализов: Из них первичнореактивных - 150; (1,07%) положительных- 118 (0,8%).Сомнительные по анти HbsAq - (в 2009г - 5; в 2010г - 3), все анализы дополнительно тестированы на анти cor HBcAT; На тест - системе Вектоген В HBsAq, ЗАО «Вектор Бест», Новосибирск. Первичнореактивных на гепатит В выявлено 73 доноров и все они дали отрицательные результаты при повторной постановке на тест-системах.

Монолиза HBsAq ультра, «БИОРАД» Франция и подтверждающем тесте Монолиза HBsAq Confirmation; На тест-системе Монолиза HBsAq ультра, «БИОРАД» Франция. первичнореактивных на гепатит В выявлено 54 доноров и все они дали отрицательные результаты при повторной постановке на тест-системах Вектоген В HBsAq, ЗАО «Вектор Бест», Новосибирск и подтверждающем тесте Монолиза HBsAq Confirmation; На гепатит С на тест- системе Бест А-ВГС ЗАО «Вектор Бест», Новосибирск. Первичнореактивных выявлено 84 доноров и все они дали отрицательные результаты при повторной постановке на тест-системах Монолиза HCV АГ-АТ ультра, «БИОРАД» Франция и подтверждающем тесте «Рекомби-Бест антиВГС». Монолиза HCV «БИОРАД» Франция. На гепатит С на тест- системе Монолиза HCV АГ-АТ ультра, «БИОРАД» Франция - первичнореактивных выявлено 66 доноров и все они дали отрицательные результаты при повторной постановке на тест-системах Бест А-ВГС ЗАО «Вектор Бест», Новосибирск и подтверждающем тесте «Рекомби-Бест антиВГС», Монолиза HCV «БИОРАД» Франция.

Исходя из данных, выявленных позитивных результатов на HBsAq в 2009г (0,2%) больше по сравнению с 2010г, выявленных позитивных результатов на антитела HCV в 2009г относительно меньше (0,3%) чем в 2010г. Для проверки воспроизводимости результатов постоянно оценивался CV-коэффициент вариаций оптической плотности прилегающего к тест-системе контрольного материала. CV отрицательного контроля в первичном скрининге не превышал 10% (2,24-2,29). CV ОП контрольных материалов в исследованиях соответствовал средним показателям воспроизводимости измерений в ИФА.





Маркеры гепатита В

Более 98% измерений контрольных материалов находились в пределах 2S и не было нарушений контрольных правил Вестгарда.

Выводы:

1. При сравнении результатов обследования установлено что тест-системы импортного производства Монолиза (Франция) обладают высокой специфичностью для обнаружения HBsAg и определения специфических антител Jq Q и Jq M при вирусном гепатите С, тогда как тест-системы. Вектор Бест по чувствительности выше чем Монолиза, в 2009-2010гг выявлены больше количества ложноположительных результатов.

2. Воспроизводимость и сходимость результатов исследований маркеров гепатита В и С в нашей лаборатории не превышают норм принятых в практике иммуноферментного анализа.

3. Для оценки диагностических возможностей и объективных характеристик тест-систем используемых в скрининговых лабораториях.

Литература:

1. «Безопасное переливание крови». Ю.Л. Шевченко, Е.Б. Жибурт, 2000 г.
2. Дж.В. Морган. Принципы эпидемиологии: практическое пособие. МДМ Консалтинг, Брин Мор, Калифорния. Изд. 1-е, 1996.

Статьяда спецификалық (анти-ВГС, HBsAg) адамдардың қан сарысуларында таралуы, олардың бір-бірімен қарым-қатынасы және профилактика үшін гемотрансмиссивтік инфекцияның мәні туралы деректер мен ретроспективтік когорттық зерттеудің нәтижелері берілген.

Results of retrospective cohort investigation of prevalence of specific (antibodies to HCV, HBsAg) in serum of practically healthy people of Semey and its relations and evaluation for prevention of haemotransmissible infections are described in the article.

УДК 619: 616-07: 616.15

ПРИМЕНЕНИЕ АВТОМАТИЧЕСКИХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ АНАЛИЗАТОРОВ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ИХ АНАЛИЗОВ

М.К. Байгиреев

Катон-Карагайское ГКП РМО №1, Восточно-Казахстанская область

В настоящее время ни одно лечебное учреждение не обходится без лабораторной диагностики. Её услугами пользуются все отрасли медицины такие, как хирургия, терапия, гинекология, онкология, гематология, нефрология, кардиология, реанимация и многие другие. Возрастающие потребности лабораторной диагностики позволяют думать об оснащении современной лабораторной техникой и внедрении новых методов. Луи Пастер писал: "Я заклинаю Вас, заботьтесь об этих священных жилищах, которые выразительно называются лабораториями, требуйте чтобы число их множилось и чтобы их оснащали". Если мы лет 10-12 тому назад только мечтали об автоматизации наиболее массовых гематологических, биохимических анализов, то в настоящее время приобретение автоанализаторов и внедрение их во всех лечебных учреждениях Республики становятся всё более выполнимыми, благодаря повышению экономического потенциала нашей страны. Ведь лаборатории ЛПУ испытывают постоянные трудности связанные с возрастающей нагрузкой, подбором квалифицированного персонала особенно там, где это касается трудоёмких и в то же время массовых исследований таких, как биохимические и гематологические у людей с заболеваниями сердечно-

сосудистой и эндокринной системы. В виду практически полного отсутствия соответствующей аппаратуры отечественного производств, это задача решается путём закупки импортных автоматических анализаторов. В 2006 году нашими ЛПУ сделаны заявки для госзакупа биохимических и гематологических автоанализаторов. Гематологический анализатор фирмы ABX-Micros Diagnostics (Франция) и гематологический анализатор BC-2800 производства Mindray CO (Китай). Очень хорошо показал себя гематологический анализатор BC-3000 plus производства Mindray co (Китай).

За 5 лет работы автоматический гематологический анализатор многократно повысил пропускную способность лабораторий, снизил нагрузку на персонал. Производительность этого анализатора составила 60 анализов в час. Высокая быстрота действий, лёгкость в настройках, точность, полная автоматизация, компактность дизайна, а также простота работы гематологического анализатора BC-3000, действительно гения лабораторной диагностики. Ранее другие аппараты не обеспечивали высокого уровня производительности исследований крови. BC-3000 рассчитан на 19 параметров + 3 гистограммы, дифференцировки лейкоцитов по трём субстанциям.

Два варианта работы: цельная кровь и разведение. Автоматическая делюция, лизис, смешивание, промывка и прочистка при засорах. Память 20000 результатов образцов (в том числе гистограмм). Встроенный термопринтер, возможен внешний принтер. Возможно использование сканера BAR-кодов. Контроль и подача сигналов об уровне реагентов. Объем образца с предварительным разведением 20 мкл, цельная кровь 13 мкл.

Подробно характеризую все 19 параметров: 1. Белые кровяные клетки или лейкоциты (WBC⁺). Автоанализатор подсчитывает общее количество лейкоцитов пациента. а также выдает нормативную величину у здоровых $4,0-10,0 \times 10^9$ девятой степени в литрах. Общее количество лейкоцитов, его увеличения или уменьшения, зависят от соотношения отдельных их видов в процентах, поэтому определяя соотношение отдельных видов в процентах, вычисляю абсолютные числа, то есть определяют сколько клеток каждого вида находится в 1 мкл крови. Когда говорят об относительном лейкоцитозе, подразумевают увеличение число лимфоцитов, но общее количество лейкоцитов при этом, снижено. Абсолютный лейкоцитоз это, когда увеличено число и лимфоцитов и общее количество лейкоцитов. 2. Лимфоциты - Lymph. Аппарат подсчитывает количество лимфоцитов в 1 мкл. Норма $0,8-4,0 \times 10^9$ девятой степени в литрах. Абсолютный лимфоцитоз могут при физиологических состояниях, в раннем детстве и при патологиях: корь, краснуха, ветряная оспа, паротит. Относительный лимфоцитоз при гриппе, брюшном тифе, малярии, периоде реконвалесценции инфекционных заболеваний, уремии, тяжелых септических состояниях. 3. Клетки средних размеров - Mid. Это объем всех клеток. Норма $0,1-0,9 \times 10^9$ девятой степени в литре. Увеличение объема клеток может при опухолевых заболеваниях, лейкозах, некоторых анемиях с нарушением синтеза ДНК и РНК при недостатке Вит В12 и фолиевой кислоты, а также при болезни тяжелых цепей. 4. Гранулоцит-Gran#. Нормальная величина $2,0-7,0 \text{ L}$. Аппарат подсчитывает все клетки гранулоцитов, в состав которые входят сегментоядерные и палочкоядерные, метамиелоциты, миелоциты и миелобласты. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево отмечается при острых гнойных процессах, при раке и пневмонии. Снижение количество лейкоцитов и увеличение нейтрофильного сдвига влево, свидетельствуют о неблагоприятном течении болезни. Уменьшение количества нейтрофилов характерно при хронических инфекциях, гипопластических состояниях кроветворения. Гематологический анализатор BC-3000 plus не может дифференцировать клетки моноцитов, эозинофилов и базофилов. Моноциты не являются предшественниками гранулоцитов, а являются предшественниками моноцитов и макрофагов, являются клеточным звеном хронического воспаления. Для дифференцировки моноцитов, эозинофилов и базофилов используют метод окрашивания мазков по Романовскому. Хотя эти клетки аппаратом не подсчитываются, их клиническое значение огромно. Увеличение эозинофилов наблюдается при аллергических и при остро-инфекционных заболеваниях. Уменьшение при инфаркте миокарда. Базофилия- повышение при хроническом миелолейкозе, полицитемии, после лечения железодефицитной анемии, нефрите, сахарном диабете, остром гепатите с желтухой, у женщин в начале менструаций. 5. Лимфоциты в процентном соотношении (Lymph%). Гематологический анализатор BA-3000 подсчитывает и выдает клетки лимфоцитов в процентном отношении. При этом надо учитывать возрастные особенности у детей. Лимфоциты у детей первого года жизни составляют 60%, 2-го года жизни 47,36%, 4-го года 41,5%, 6-го года 42,17%, 7-16 лет составляет 38,85%. При патологических состояниях лимфоцитоз могут при инфекционном мононуклеозе, при

остро-инфекционном лимфоцитозе, при лейкомоидных реакциях лимфоцитарного типа, ветряной оспе, остром вирусном гепатите, туберкулезе, сифилисе, бруцеллезе, токсоплазмозе, хроническом лимфолейкозе, лейкоэмических формах лимфом, саркоме грудной клетки. 6. Клетки средних размеров в процентном отношении (Mid%). Гематологический анализатор измеряет и регистрирует все клетки по величине. При норме 3,0-9,0% можно получить информацию об анемиях, протекающих с микроцитозом, микросфероцитозом или макроцитозом. 7. Гранулоциты в процентном отношении (Gran%). Подсчет частиц гранулоцитов производится в процентах. Нормальная величина - 50,0-70,0. Клиническое значение выше перечислено. 8. Гемоглобин в г/л (HGB). Нормальная величина анализатора 100-160г/л. Гемоглобин - основной компонент эритроцитов, имеющий в своем составе белок (глобин) и железосодержащую простатическую группу (гем). Информация полученная аппаратом имеет высокую точность $\pm 0,1\%$ (1г/л). Цифры отображаются на табло прибора и отпечатываются на бланке. Клиническое значение определения гемоглобина очень велико, особенно при анемиях связанной кровопотерей, железодефицитных анемиях и других анемиях связанных с нарушением кроветворения. 9. Эритроциты (RBC). Нормальная величина количества для аппарата - $3,50-5,50 \times 10^{12}$ двенадцатой степени. Увеличение количества эритроцитов и концентрации гемоглобина в одной единице объема крови называется эритроцитозом. Он бывает абсолютным, когда увеличена масса циркулирующих эритроцитов, вследствие увеличения эритропоэза. И относительным, когда уменьшен объем плазмы, то есть происходит сгущение крови без увеличения эритропоэза. Клиническое значение: эритремия, заболевания легких при обструктивной вентиляционной недостаточности, рак паренхимы почек, гидронефроз, рак паренхимы печени, наследственный эритроцитоз, синдром Кушинга, феохромоцитомы, гиперальдостеронизм. Относительный эритроцитоз происходит также при потере жидкости организмом, эмоциональных стрессах, алкоголизме, усиленном курении, системной гипертензии. 10. Гематокрит (HCT) - это соотношение между объемом плазмы и эритроцитов. Нормальная величина 37,0-50,0%. Увеличение твердой части происходит при сгущении крови, когда организм обезвожен (рвота, понос). А также при эритроцитозах, полицитемии, то есть, когда объем эритроцитов увеличен за счет увеличения объема плазмы. Снижение происходит при кровопотерях, малокровии. 11. Средний объем эритроцита (MCV). Нормальная величина 82,0-95,0 FL. Увеличение объема эритроцитов происходит при макроцитарных и мегалоцитарных анемиях. Уменьшение - при микроцитарных анемиях, болезни Кули, то есть, анемиях с уменьшением объема эритроцитов. 12. Среднее содержание гемоглобина в одном эритроците (MCH). Нормальная величина содержания 27,0-31,0pg. Этот показатель зависит от объема эритроцита и от насыщения гемоглобином. Снижение его ниже 20 pg будет при микросфероцитозе и нарушении синтеза гемоглобина, чаще всего при железодефицитной анемии. Увеличение показателя 40-50 Pg происходит в случае увеличения размера эритроцитов, при макро и мегалоцитарных анемиях. 13. Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC). Норма 320-360г/л. Это показатель отражает процесс гемоглобинообразования. Уменьшение - при железодефицитной анемии. 14. Ширина распространения эритроцитов (RDW CV). Обычно эритроциты, удерживаясь друг за друга образуют, так называемые монетные столбики. Такое расположение сильно нарушается при эритроцитозе и эритромиелозе. Скопление эритроцитов в большом количестве может привести к стазу и гибели больного человека. Норма 11,5-14,5%. 15. Стандартное

отклонение эритроцитов (RDW-SD). В норме должно быть в пределах от 35,0 до 56,0 fL. 16. Количество тромбоцитов (PLT). Нормальный показатель анализатора 100-300x10 девятий степени в Л. Тромбоцитам принадлежит важная роль в поддержании нормальной структуры и функции стенки микрососудов и участие в первичном гемостазе. Количество тромбоцитов в артериальной крови выше, чем в венозной, так как они образуются в лёгких, а разрушаются в капиллярах ткани. У новорождённых тромбоциты меньше, чем у взрослых. 17. Средний объём тромбоцитов (MPV). Тромбоциты - кровяные пластинки, являются осколками мегакариоцитов. Они самые мелкие клетки крови, имеют диаметр 2-4 мкм. В окрашенных мазках тромбоциты расположены в виде скопления разной величины. Тромбоциты, обладая способностью к агрегации и адгезии, участвуют во всех фазах свертывания крови. Норма 7,0-11,0 fL. 18. Ширина распространения тромбоцитов (PDW). Норма 15,0-17,0. Тромбоциты располагаются по всему кровенному руслу. Но основная масса 1/3 часть находится в селезёнке, выбрасываясь оттуда и устремляясь в область повреждения сосуда. Скапливаясь, принимает участие в образовании кровяного сгустка, так как обладает способностью

прилипать в области повреждения сосудов (адгезия) и склеиванию (агрегация). 19. Тромбокрит (PCT). Норма 0,106-0,282%. Это соотношение объёма плазмы и тромбоцитов. Этот показатель используется не в диагностических, а только в исследовательских целях. После окончания работы, гематологический анализатор BC-3000 не следует отключать от сети во избежание засорения клетками крови. Аппарат автоматически промывается лизирующими растворами.

Литература:

1. Лавкович В., Крежелиньске-Повкович И. Гематология детского возраста. – Варшава, 1967 г.
2. Любина А.П., Ильичева А.П., Кажасонова Т.В., Петросова С.А. Клиническое лабораторное исследование. – М. Медицина, 1984 г.
3. Руководство по клинической лабораторной диагностике. Под ред. В.В.Меньшикова. – Медицина 1982 г.
4. Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. Под ред. Проф. Е.А. Кост. – М. Медицина, 1975 г.
5. Гейн В., Пленерт В., Рихтер И. Лабораторная диагностика в детском возрасте. – М. Медицина 1982 г.

Қан құрамын анықтайтын автоматты аспапты зертеу ханада қолдану. Бұл аспапты қолдану зерттеу нәтижесін жеделдетті және қызметкерлердің жұмыс жасауына жеңілдік берді. Мақалада қан құрамын тексерудің 19 түрі жазылған. Ол қанның ақ түйіршігі мен қызыл түйіршігін сипаттау лимфоциттер мен гранулоциттер және эритроциттер мен тромбоциттер олардың қызметі. Гемоглобиннің концентрациясын, гемокритті, тромбокритті анықтау. Және барлық жасушалардың орташа көлемін, сонымен қатар жасушалардың қан ағзасында кеңінен тарауын сипаттау.

The use of automatic hematology analyzers allowed to reduce the burden on staff and provide an expanded scope of hematological researches. Productivity of hematology analyzer is 60 test per hour. All 19 parameters of the research are detailed written in the article. Clinical research of white and red blood cells is described. These are lymphocytes and granulocytes, erythrocytes and thrombocytes. Clinical importance of hemoglobin hematocrit the average value of all identified cells as well as the breadth of their distribution in bloods them are also described in the article.

УДК 612.82 + 661.831-073.97-71

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМ СПОРТШЫЛАРДЫҢ БАС МИЛАРЫНЫҢ БИОЭЛЕКТРЛІК БЕЛСЕНДІЛІГІ

Е.Т. Тлеубергенов

Көкшетау университеті, спорттық медициналық ғылыми-практикалық орталығы, Көкшетау қ.

Ырғақтық белсенділікті қалыптастыру және ауытқу амплитудасының көбеюі ЭЭГ-да (электроэнцефалограммада) жас шамасына сәйкес болады. Егерде мектепке дейінгі балалардың жасында барлық ырғақтар тіркелсе, яғни альфа (α), бета (β), тета (θ) және дельта (δ) ырғақтары, ал 12–15 жасында тета белсенділіктің жеке-дара жағдайлары кездесуі мүмкін. Мектепке дейінгі балаларда аз-маз күйзеліс ықпал кезінде тета белсенділігінің басым болуы сипатты. Мектеп жасынан бастап электроэнцефалограммада альфа ырғағы тұрақты сипат алады. 12–15 жасқа қарай α -ырғағы қарақұс аумағында жақсы тіркеледі, жиілігі 8-9/с-тан 12-13/с дейін ауытқиды (1, 2, 3, 4).

Біздің зерттеуіміздің мақсаты 5 жас пен 18 жас аралығындағы балалар мен жасөспірім спортшылардың бас миларының биоэлектрлік белсенділігін зерделеу болды.

Зерттеу материалдары мен тәсілдері

Жалпы саны 125 бала мен жасөспірімдердің 5-6 жастағылары 21 бала (16,8%), 7–11 жастағы – 39 (31,2%) 12–14 жастағы – 41 (32,8%), 15 жастағы және одан үлкендері – 24 (19,2%)

Зерттеу Көкшетау университетінің спорттық медициналық ғылыми-практикалық орталығында электроэнцефалографиялық компьютерлік ЭЭГЦ-24-01 «Телепат» 12 арналық кешенінде өткізілді.

Балалар мен жасөспірімдерді зерттеп отыру калпында өткізілді. ЭЭГ-ні тіркеу кезінде біз функционалдық сынама қолдандық; физиологиялық және физикалық. Физиологиялықтан – гипerventilation сынама қолданылды, ал физикалық белсенділендіру тәсілінен фотоширату қолданылды.

Қорытынды және талқылау

Балаларда 7-8 Гц α -ырғағының жиілігі 5,9% ($\pm 0,11$), 8-9 Гц – 36,2% ($\pm 0,28$), 9-10 Гц – 31,8% ($\pm 0,22$), 10-11 Гц – 20,3% ($\pm 0,17$) болса, тек қана 11-12 Гц-те α -ырғағының жиілігі – 5,8% ($\pm 0,9$) болып тіркелді.

Балалар мен жасөспірімдерде альфа белсенділігінің ауытқу амплитудасы 30–49 мкВ-та 12,9% ($\pm 0,16$), 50–79 мкВ-та 59,2% ($\pm 0,24$) және 80 мкВ-та 27,9% ($\pm 0,21$) болып белгіленген.

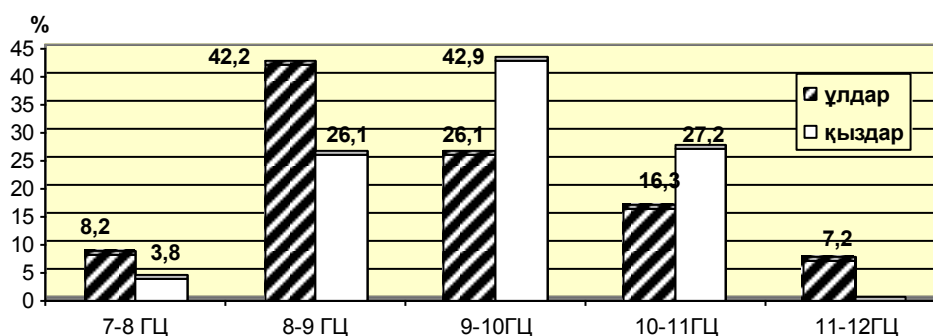
Альфа-ырғағының ауытқу амплитудасы бүкіл жаста негізінен 50–79 мкВ-та тіркеледі. 21 баланың электроэнцефалограммасында тета белсенділігі 5-6 жаспен 7–11 жас арасында тіркелді. Оның ішінде балаларда θ -ырғағының жиілігі 5-6 Гц – 3,8% ($\pm 0,05$) және 6-7 Гц – 12,8% ($\pm 0,18$) болды.

Балаларда θ -ырғағының ауытқу амплитудасы 30–49 мкВ-та 1,3% ($\pm 0,02$), ал 50–79 мкВ-та 15,1% ($\pm 0,04$) болып тіркелген.

Тексерілген 125 балалар мен жасөспірімдердің 76-сы ұл, 49-ы қыз, олар 60,8% және 39,2% құрайды.

Ұлдарда альфа-ырғағының ең көп тіркелуі 8-9 Гц жиілігінде 42,2% ($\pm 0,24$), содан соң 9-10 Гц жиілігінде

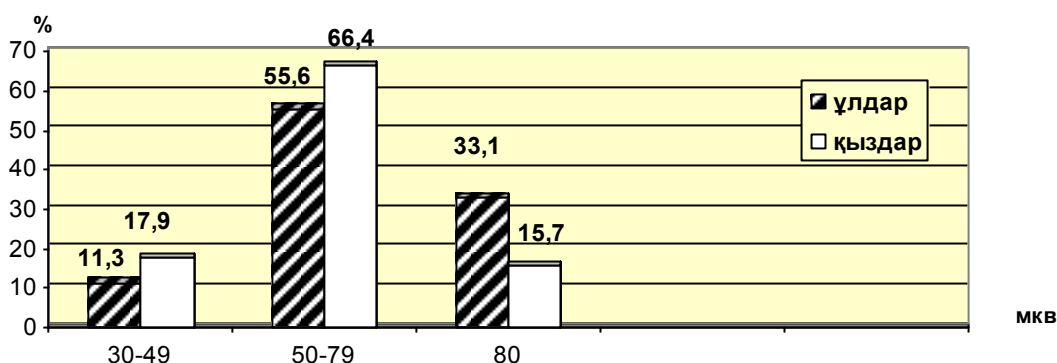
26,1% ($\pm 0,21$). Қыздарда альфа-ырғағының ең көп тіркелуі 9-10 Гц жиілігінде 42,9% ($\pm 0,16$) (1-сурет).



1-сурет. - Ұлдар мен қыздардың альфа-ырғағы жиілігінің пайыздық ара салмағы

Альфа-белсенділігінің жиілігін талдаған кезде қыздарда альфа-ырғағы 9-10 Гц жиілігінде 42,9% ($\pm 0,16$) және 10-11 Гц жиілігінде 27,2% ($\pm 0,17$) кездеседі. Одан басқа ұлдарда альфа-белсенділігі 11-12 Гц жиілігінде 7,2% ($\pm 0,19$) болып тіркелсе, ал қыздарда 11-12 Гц жиілігінде а-ырғақтығы тіркелмеген.

Қыздарда альфа-белсенділігінің ауытқу амплитудасы 50–79 мкВ-та 66,4 ($\pm 0,28$), 80 мкВ-та 15,7% ($\pm 0,12$) құрайды. Ұлдарда ауытқу амплитудасы 80 мкВ-та 33,1% ($\pm 0,15$) құрайды, сөйтіп қыздардың 80 мкВ-та ауытқу амплитудасынан 2 есе асып түседі (2-сурет).



2-сурет. - Ұлдар мен қыздардың ауытқу амплитудасының пайыздық ара салмағы

Сонымен қатар зерттеудің көрсетуі бойынша, балалар мен жасөспірім спортшылардың электроэнцефалограммасында альфа ырғағы 8-9 Гц жиілігінде 36,2% ($\pm 0,28$), 9-10 Гц жиілігінде 31,8% ($\pm 0,22$) және 10-11 Гц жиілігінде 20,3% ($\pm 0,17$), ауытқу амплитудасы 50–79 мкВ-та 59,2% ($\pm 0,24$) 80 мкВ-та 27,9% ($\pm 0,21$) болып жиі кездеседі. Тета ырғағы 5-6 жас пен 7–11 жас аралығында кездеседі.

Қыздарда альфа-белсенділігінің көбінесе, 9-10 Гц жиілігінде (42,9%), ұлдарда 8-9 Гц жиілігінде (42,2%) болып тіркелгендігі, ұлдарда 80 мкВ-та альфа ырғағының амплитудасы қыздардан 2 есе асып түсетіндігі өзіне көңіл аударады.

Жоғарыда келтірілген деректер тексерілуші спортшылар үшін қалыпты дайындыққа жетелейтін бұлшық ет және психоэмоционалдық күйзеліске

орталық жүйке жүйесінің бейімділік әсерінің физиологиялық сипатын дәлелдейді.

Әдебиеттер:

1. Жирмунская Е.А., Лосев Р.С. Адамдардың ЭЭГ-нің сипаттама жүйесі мен жіктеуі. – М., 1984. – 81 б.
2. Киселева А.М. Вегетативтік жүйке жүйесінің ауыруы кезіндегі бас миының биоэлектрлік белсенділігі. – Л., 1991. – 21 б.
3. Сартаев Ж.Н. ҚР ІІМ жоғары әскери училищесінің курсанттарының электроэнцефалографиялық көрсеткіштері // Медицина және экология. – 2002. – № 1. – 9–11 б.
4. Сартаев Ж.Н. Жасөспірім жасындағы сау тұлғалардың электроэнцефалографиялық өзгерістері // С. Торайғыров атындағы Павлодар мемлекеттік университетінің хабаршысы. – 2005. – № 1. – 10–14 б.

Биоэлектрическая активность мозга у детей и подростков спортсменов

На электроэнцефалограмме у детей и подростков спортсменов альфа ритм встречается чаще в частотах 8-9 Гц, 9-10 Гц, тета-ритм встречается в возрасте 5-6 и 7-11 лет.

The condition of bioelectric activity of a brain at children and teenagers

At children and teenagers on electroencephalogram an alpha-rhythm is more frequent to be recorded in rates 8-9 cycle per second and 9-10 cycle per second. The theta-rhythm occurs at age of 5-6 years and 7-11 years.

УДК 617.7+616.714.1-001.45

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПРОНИКАЮЩЕЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ
ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И ЧЕРЕПА****Ю.М. Семёнова****Государственный медицинский университет города Семей**

Ключевые слова: проникающее огнестрельное ранение, череп, глазное яблоко.

В практике офтальмолога подчас встречаются интересные клинические случаи, отличающиеся необычной этиологией, атипичным течением и нестандартными исходами. Примером такого случая является проникающее ранение глазного яблока и черепа у ребёнка младшего школьного возраста.

Больной N, 8 лет поступил в приёмный покой Медицинского Центра СГМА 1.11.2009 года после того как выстрелил из пистолета «Оса» в потолок и пуля рикошетом прошла через правый глаз, попав в полость черепа. На момент госпитализации: общее состояние тяжёлое, оглушен, находится в сознании, дыхание через нос, свободное, тоны сердца приглушены, ритм регулярный. Отмечается ригидность мышц затылка, положительный симптом Кернига с обеих сторон, Бабинского – слева. В области верхнего века отмечается рваная рана, через глазную щель выпали оболочки глазного яблока, отмечается кровотечение. По остальным органам и системам – без патологии. На R-грамме черепа в 2-х проекциях определяется инородное тело (пуля) внутри головного мозга. Был выставлен клинический диагноз: открытая черепно-мозговая травма. Проникающее огнестрельное ранение правого глаза с проникновением инородного тела в полость черепа. Ушиб головного мозга II-III степени. Левосторонний гемипарез. Внутричерепное кровоизлияние.

Ребёнку была назначена интенсивная терапия, включающая в себя дегидратацию (глицерин рег ос, лазикс в/в), гемостатики (дицинон и аминакапроновая кислота в/в), обезболивающие (анальгин, промедол в/м), противосудорожные (фенобарбитал рег ос), антибиотики (амоксиклав рег ос, гентамицин в/м) и противовоспалительную терапию (дексаметазон в/в). В дополнении к проводимой медикаментозной терапии, ребёнок ежедневно получал перевязки места ранения (правой орбитальной области).

На фоне проводимого лечения состояние ребёнка стабилизировалось, самочувствие улучшилось, отмечался лёгкий правосторонний гемипарез, ребёнок начал самостоятельно передвигаться. Учитывая стабилизацию общего состояния, ребёнку была произведена энуклеация глазного яблока ввиду бесперспективности реконструктивных вмешательств.

Биопсия глазного яблока выявила обширное кровоизлияние и некроз сосудистой оболочки с очаговой лимфолейкоцитарной инфильтрацией.

Компьютерная томография головного мозга показала наличие проникающего ранения черепа, с инородным телом, локализующимся в правой лобно-височной области. Оперативное лечение (удаление инородного тела из полости черепа) в ходе стационарного лечения не проводилось ввиду глубины залегания пули в веществе головного мозга и вхождения в полость черепа через глазницу.

Ребёнок выписан домой на 26 сутки с момента госпитализации, в удовлетворительном состоянии, с лёгким левосторонним гемипарезом.

Однако, повторная компьютерная томография головного мозга, выполненная через 1 месяц с момента выписки, показала смещение инородного тела вниз, к основанию мозга. Ребёнок был в экстренном порядке госпитализирован в детское хирургическое отделение областной клинической больницы г. Усть-Каменогорска, где пуля была удалена в оперативном порядке.

При контрольном осмотре в поликлинике глазного центра г. Семей отмечается птоз, рубцовая деформация верхнего века правого глаза, трихиаз, деформация конъюнктивальной полости.

Ребёнок госпитализирован в детское отделение глазного центра, где 11 марта 2011 года было произведено оперативное вмешательство – пластика верхнего века, реконструкция свода конъюнктивы с помощью трансплантата (слизистая губы). В послеоперационном периоде произведено протезирование правой орбитальной полости.

Диспансерное наблюдение показало, что ребёнок находится в удовлетворительном состоянии, очаговая неврологическая симптоматика и менингеальные знаки отсутствуют, явления левостороннего гемипареза исчезли. Верхнее веко правого глаза открывается, полость орбиты покрыта конъюнктивой, протезирована.

Таким образом, данный случай является примером сочетанного травматического поражения органа зрения и головного мозга. Совместные координированные усилия специалистов позволили избежать неблагоприятного исхода и способствовали успешной реабилитации ребёнка.

Тәжрибеден алынған жәй. Көз алмасының және бас сүйегінің өтпелі атылған жаракаты.

Ю.М. Семёнова**ММУ Семей қаласы**

Мақалада баланың көз алмасының өтпелі жаракаты және бөгде заттың ми сауытына енуі сипатталады. Жедел жәрдем шараларынан соң баланың көзі, ми сауытынан бөгде зат алынған. Көз ұясының сүйектері қалпына келтірілген, көз ұясына протез орнатылған. Процесс жағымды шешім алды.

Case report. Penetrative ocular injury with intracranial localization of the foreign body.

Yu.M. Semenova**State Medical University Semey**

The paper presents case report of penetrative gunshot ocular injury with intracranial localization of the foreign body in paediatric patient. After emergency treatment destroyed eye globe was enucleated and intracranial foreign body removed. Deformity of orbital cavity developed secondary to trauma was reconstructed and prosthesis was introduced. The remote functional and cosmetic outcomes were beneficial both in general and local terms.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТЕКТІ СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ҮСТІ БЕЗДЕРІНІҢ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ, АДДИСОН АУЫРУЫ /ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ/**М.С. Ожиков****Семей филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ**

Кіріспе. Бүйрек үсті бездерінің қыртысты қабатын зақымдап, олардың қызметінің созылмалы түрде жетіспеушілігі түрінде байқалатын ауру белгілерінің жиынтығын, осы ауруды бірінші рет анықтап, оны 1855 жылы сипаттап жазған дәрігер Аддисонның атымен аталған. Бұл ауру бойынша арнайы ғылыми әдебиеттер сирек кезігеді. Аддисон ауруы еңбекке қабілетті халықтың арасында 20 және 50 жас аралығында кезігіп, оның пайда болу себебі көп жағдайда аутоиммунды ауруларда, сондай-ақ бүйрек үсті бездерінің қыртысты затын туберкулезбен зақымдағанда да байқалады. Көптеген авторлардың пікірінше барлық созылмалы бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігінің 5-10 пайызында, ал кейбір авторлар бойынша ол барлық созылмалы бүйрек үсті бездерінің жетіспеушілігінің 50 пайызында Аддисон ауруы кезігіп отырады. Жыл сайын жер шарында 1 миллион ересек адамда 40-60 және 100-110 мың адамға дейін осы аурумен ауыру жағдайы тіркеледі.

Мәселенің көкейтестілігі.

Жыл сайын туберкулез ауыруымен ең төменгі деңгейдегі көрсеткішпен алған жағдайдың өзінде 8,8 млн. адам ауырып, оның ішінде 2-3 миллион адам қайтыс болады. Бұл ЖИТС, тұмау және басқа да жұқпалы аурулармен бірге алғандағы қайтыс болған адамдар санынан да көп. Қазақстанда бұл ауру бойынша да жағдай онша емес. Туберкулез көп жағдайда негізінен адам өкпесін зақымдаса да, оның сүйектерді, құрсақ ағзаларын, бүйректерді және бүйрек үсті бездерін зақымдауы да орын алып отырады. Бұл жағдайда зерттеп отырған әдебиетте бүйрек үсті бездерінің туберкулезі нақты сипатталып жазылмай және осыдан барып пайда болған басқа жүйелер мен ағзаларды зақымдағанын мен байқаған жоқпын. Бірақ менің тәжірибемде бүйрек үсті бездерінің туберкулезі анықталып, ол адамның өлім себебіне тікелей алып келген. Ол біздің филиалда соңғы 25 жылда бірінші рет тіркеліп отыр. Бұл осы патологияны тереңірек зерттеп, және бүйрек үсті бездерінің туберкулезінің мәселесін қазіргі күннің бір көкейтесті мәселесінен айналдырып отыр.

Жұмыстың мақсаты. Алдағы уақытта осындай патологияны уақытында анықтап және емдеуде қателіктер жібермес үшін, туберкулез тектес созылмалы бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігінің клиникалық байқалуын дер кезінде анықтап, оны нақтылау.

Зерттеудің материалдары мен объектісі. Семей филиалы РМҚК «СМО» ҚР ДСМ мәйітханасында анықталған өкпеден тыс екі жақ бүйрек үсті бездерін туберкулезбен зақымдап, соның салдарынан осы бездердің қызметінің созылмалы жетіспеушілігі және Аддисон ауруына алып келген жағдай. 2009 жылы біздің мәйітханаға Семей қаласының жедел жәрдем ауруханасының хирургия бөлімінен 51 жастағы ер адамның мәйіті жеткізілді. Клиникалық, қайтыс болғаннан кейінгі қойылған диагноз: Этанолмен улану. Алкогольмен созылмалы түрде улану. Алкогольді панкреатит. Іштің тұйық жаракаты. Бауыр циррозы. Портальді гипертензия. Өңештің көк

тамырларының варикозді кеңеюі. Асқазан-ішектен қан кету. Паренхиматозды сарғаю. Ауруханадан тыс ек жақ өкпенің жоғарғы бөліктерін қамтыған пневмония. Өкпе туберкулезі. Ауыр дәрежелі эндотоксикоз. Эндотоксикалық шок. Өлім себебі: жүрек-қан тамыр жетіспеушілігі.

Зерттеу тәсілі: Медициналық құжаттарға және ғылыми әдебиеттерге ретроспективті талдау жасалынып, мәйітке сот-медициналық сараптау жүргізілді.

Зерттеу барысы: сараптамаға келтірілген медициналық құжатта мынандай деректер болды: науқас ауруханаға түскенде іші ауырған, іші өтіп, әлсіреп, басы айналған. Анамнезінде осы шағымдары ақырғы апта бойы мазалаған, сол кезде бірнеше рет талып, қысқа уақытқа есінен ауысып құлаған, ауруханаға келетін күні құлап, ішімен соғылған, ұзақ уақыт алкогольдік ішімдіктер қабылдаған, бұрын өкпе туберкулезімен ауырған. Ауруханаға жатқызылғанға дейін дәрігердің есебінде тұрмаған, осы аурумен бұрын қаралмаған. Ауруханада дәрігерлер науқасты қараған уақытта тері қабаттарының сарғыштығы, кахексия байқалған. Медициналық картада аурудың мына белгілері көрсетілген: белгісіз генезді гипотония, анемия, гиподинамия, астения, тәбетінің жоғалуы, гипогликемия құбылысы, көмірсутек және ақуыз алмасуының бұзылуы, полиурия, психоневрологиялық симптомдар, миокардты диффузды зақымдаған ЭКГ-дағы өзгерістер. Науқас стационарда бір тәуліктей уақыт аралығында қайтыс болды. Мәйітті сот-медициналық зерттеу кезінде мына төмендегілер анықталды: оның сырты жағынан назар аударатын – тері қабаттары қоңырқай реңдес келген және өте айқын байқалған кахексия. Мәйіттің ішкі ағзаларын зерттегенде – бұлшық ет тіні мен шел қабаты атрофияға ұшыраған, сарғыш-қоңырқай реңдес, бас миы ісінген күйде, оның қыртысының айқын байқалмаған атрофиясы, жүрегі «шар» пішіндес, миокардтың бұлшық ет талшықтарының суреті байқалмайды, жүрек бұлшық еті түссіз, сарғыш реңдес келген. Екі жақ өкпесі ісінген, олардың жоғарғы бөліктерінде бұрынғы ауырған туберкулездің салдары ретінде петрификаттар мен өкпе тінінің фиброздары анықталады. Бауыры тегіс, сарғыш реңдес, көлемі ұлғайған, тіні ірі түйіршікті. Ұйқы безі тығыздалғын, бұдырлы, кесіп байқағанда тінінің кей жерлерінде май қосындылы болып келген. Бүйректері тегіс, болбырлау, өзіндік суреттері айқын байқалмайды. Бүйрек үсті бездерінің көлемдері кішірейген, олар бүйректердің шел қабатымен жабысқан күйде, маңайындағы тіндерден жырытылып айырылысады. Сол жақ безді кесіп қарағанда «ірімшікті некроз» аймақтары анықталып, қыртысты заты мен мұлы заттарының шекаралары айқын емес, оның жоғарғы полюсында субкортикальді қою-қызыл түсті қан құйылу байқалады, оң жақ безде оның тіні толықтай «ірімшікті» затпен алмасқан күйде. Гистологиялық зерттеу барысында мыналар анықталды: паренхиматозды ағзалардың айқын байқалған дистрофиялық өзгерістерге ұшыруы. Жүректің, ұйқы без мен бауырдың майлы

дистрофиясы. Бүйрек дистрофиясы. өкпе және бронхтар туберкулезі. Бүйрек үсті бездерін микроскопиялық зерттеуде арнайы грануляциялық тінмен қоршалған алып торшалары бар эпителиоидты томпақтар «ірімшікті некроз» ошақтары және жоғарыдағы көрсетілген қан құйылу ошағы да анықталды. Мынандай сот-медициналық диагноз қойылды: Екі жақ бүйрек үсті бездерін туберкулезбен зақымдау. Созылмалы бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігі. Аддисон ауруы. Паренхиматозды ағзалардың дистрофиялық өзгеріске ұшырауы. Өкпе тінінде бұрынғы туберкулезбен аурудың белгісі ретінде ошақты - фиброзды өзгерістердің болуы. Осы алынған деректерді талдай отырып науқастың жағдайының нашар болуы, оның стационарда аз уақыт болуы салдарынан сот-медициналық диагноз бен клиникалық диагноздардың бірі-біріне сай келмеуі орын алды. Бірақ сонымен қатар анамнестикалық деректер мен науқаста бүйрек үсті бездерінің қызметінің жетіспеушілігін білдіретін белгілерінің бақалуын есепке алмау және оларды тиісінше бағаламау – анамнезінде бұрын туберкулезбен ауыруы, кахексия, тері қабаттарының қоңырқай түсті реңі /кола түстес тері/, гипотония және т.б. Осы деректерді бағаламау негізінен клиникалық мамандар мен сот-медициналық сарапшыларда да осы ауру түрінің өте сирек кезігетіндігі деп санаймын. Осы жағдай біздің филиалдың ұйымдастыру-тәсілдемелік кеңесінде қаралып, талданды.

Туберкулез надпочечников развивается постепенно в результате гематогенного распространения микобактерий туберкулеза. Изолированное туберкулезное поражение надпочечников туберкулезом встречается весьма редко. Морфологически обнаружена зависимость обнаруживаемых изменений в надпочечниках и степени их недостаточности. У больных с большой давностью активного туберкулеза изменения развиваются в самом корковом веществе надпочечников и нарушения функций приобретают не только выраженный, но и необратимый характер.

Suprarenal tuberculosis results from hematogenous spread of tuberculous mycobacteria gradually. Isolated tuberculous involvement of adrenal gland with tuberculosis occurs very seldom.

The dependence of the revealed changes in the adrenal glands and the degree of their insufficiency has been revealed morphologically.

In patients with the long standing of the active form of tuberculosis the changes are developing in the scab substance of the adrenal glands and the disturbances of functions have not only marked but also irreversible character.

Қорытынды.

Бүйрек үсті бездерінің туберкулезі туберкулездің микобактерияларының қан арқылы таралуы салдарынан басталып, ауру баяу, біртіндеп басталады. Бүйрек үсті бездерін жеке зақымдаған туберкулез өте сирек кезігеді. Морфологиялық түрде бүйрек үсті бездерінде олардағы байқалған өзгерістер мен оның қызметінің жетіспеушілігінің дәрежесіне тәуелділігі байқалған. Яғни ұзақ уақыт қарқынды туберкулез үрдісі бездің қыртысты қабатын зақымдаса, онда оның қызметінің бұзылуы өте қатты байқалып қана қоймай, ол қайтымсыз сипат алады.

Іс жүзіне асыруы бойынша нұсқаулар.

1. Аймақта туберкулездің эпидемиялық таралуын есепке ала отырып бүйрек үсті бездерін туберкулезбен зақымдау, Аддисон ауруын тек қана дәрігер-эндокринологтар ғана емес, басқа денсаулық сақтау саласының мамандары да тиянақты түрде талдап, оқып, зерттеуі тиіс.

2. Барлық мәйіттерді зерттегенде, оның барлық жүйелері мен ағзалары, оның ішінде ішкі бездер жүйесі де мұқият, тиянақты түрде қаралып, зерттелуі тиіс.

Әдебиеттер:

1. Баранов В.Г., Эндокринді аурулар,
2. Зефирова Г.С. Аддисон ауруы,
3. Шерешевский Н.А. Клиникалық эндокринология.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

М.И. Исабекова

КГКП «Зайсанское районное медицинское объединение» г.Зайсан

Опухоли сердца встречаются редко. По данным Шлант Р.К и Александера Р.В (2000г) – среди всех опухолей сердца миксома составляет 24,4% и относятся к первичным опухолям сердца. Миксома-опухоль из зрелой соединительной ткани, богата муцином и гиалуроновой кислотой. Ее диаметр колеблется от 1 до 15 см, имеет гладкую, но неровную разноцветную поверхность. Миксома быстро растет, вызывая обструкцию левого предсердия, когда достигает - 7 см в диаметре. Внутрисердечные миксомы являются частыми доброкачественными опухолями сердца. Приблизительно 75% из предсердных миксом располагаются в левом предсердии и исходят из межпредсердной перегородки.

Обычно они имеют ножку и пролабируют через митральный клапан во время диастолы в левый желудочек. Наиболее часто опухоли встречаются у женщин 30-60 лет. По данным Амосовой Е.Н Примерно у 10% больных заболевание носит семейный характер, наследуясь по аутосомно-доминантному типу. В таких случаях, миксома сердца обычно возникает в молодом возрасте, чаще бывает множественной - 30-50%, может исходить из желудочков (10-15%), сопровождается миксоматозными аденомами молочной железы, опухолями эндокринных органов и пигментацией кожи

Если спонтанные миксомы рецидивируют очень редко, то в случаях семейного заболевания частота их рецидивов составляет 12-22%.

Больные обычно предъявляют жалобы относящиеся к 3-м группам:

- Общие, связанные с эмболическими осложнениями и вызванные препятствием кровотоку;

- Системные проявления, которые имеют место у 90% пациентов и включают: уменьшение массы тела, лихорадку, анемию, повышение СОЭ, лейкоцитоз, или лейкопению, тромбоцитопению; увеличение концентрации иммуноглобулинов (обычно JgG), повышение активности трансаминаз и ферментов.

- У 50% больных развиваются системные эмболические осложнения с поражением сосудов головного мозга, сердца, почек, конечностей и области бифуркации аорты. По данным Юлдашева К.Ю. (1979г) к клиническим проявлениям миксомы левого предсердия относятся: хроническая сердечная недостаточность, приступы острой сосудистой недостаточности (закупорка одного из клапанных отверстий), развитие фибринозного перикардита, различных аритмий. Характерно ухудшение состояния больных в вертикальном положении тела с появлением или усилением шумов в сердце, и улучшение самочувствия в горизонтальном положении, с уменьшением интенсивности шумов, особенно на правом боку. По данным Амосовой Е.Н. одним из основных клинических синдромов, встречающихся при миксоме левого предсердия, является синдром внутрисердечной обструкции, обусловленный частичной обтурацией опухолью левого предсердно-желудочкового отверстия и, реже, устья легочной вены. Как следствие, развиваются легочная венозная, и в ряде случаев артериальная гипертензия и синдром малого сердечного выброса, которые проявляются одышкой, ортопноэ, вплоть до отека легких, кашлем, иногда кровохарканьем, сердцебиением, слабостью и периферическими отеками. Часто отмечаются головокружение и преходящая потеря сознания, возможна внезапная смерть. Заподозрить наличие миксомы позволяет изменение степени выраженности этих симптомов в зависимости от положения тела, особенно уменьшение одышки в положении лежа. При ausкультации мелодия сердца напоминает мелодию митрального стеноза, поэтому дифференциальную диагностику проводят в 1-ю очередь с митральным пороком сердца с преобладанием стеноза. Уточнить диагноз возможно только на эхокардиографии. По данным Сумарокова А.В, Моисеева В.С, Михайлова А.А, Касымова И.Ю., (1978г), наблюдаются и другие проявления болезни: волчаночно - подобный синдром, синдром Рейно, сетчатое ливедо. Особенно характерным, для миксомы сердца является возникновение эмболий частицами опухоли или образовавшегося на ее поверхности тромба – в артерии мозга, конечностей и др.-что служит существенным диагностическим критерием, если они возникают при синусовом ритме. Диагностика основана на вышеуказанных клинических проявлениях, ценную диагностическую информацию дают эхокардио-графическое исследование, компьютерная томография. Лечение: Оперативное и симптоматическая терапия.

Приведу клинические наблюдения из практики

За период с 1996 по 2010 годы наблюдались 5 больных с внутрисердечной миксомой левого предсердия, в том числе 4 женщин, 1 мужчина. Подробно описываю случаи в моей практике:

1. Больная И., 1952 г.р. заболела в конце 1996 года, когда появились жалобы на похолодание кончиков пальцев рук и ног, онемение в левой руке. Постепенно

кисти рук деформировались, нарастала слабость в руках, мышцы рук и ног постепенно атрофировались, особенно слева, появилась деформация шейного и грудного отдела позвоночника. В суставах кистей появились постепенно ограничение сгибательных и разгибательных движений. Больная потеряла в весе около 10 кг. В 1997 году перенесла острое нарушение мозгового кровообращения по типу тромбоэмболии в средней мозговой артерии справа. Умеренно выраженный левосторонний гемипарез. С начала 1998 года стали беспокоить одышка, быстрая утомляемость, периодически возникающее головокружение, обморочное состояние. Отмечалось снижение АД до 60/40 мм.рт.ст, больная ощущала резкую слабость, отмечалось резкое посинение губ, кончиков пальцев. В горизонтальном положении больная ощущала себя лучше, АД поднималось до нормы. Больная наблюдалась у терапевта с диагнозом «Недифференцированный коллапоз, синдром Рейно. Анемия тяжелой степени. Миокардиодистрофия. При осмотре: общее состояние средней тяжести, пониженного питания, губы и кончики пальцев синюшны. Отмечается гиперлордоз в шейном отделе, кифоз в грудном отделе позвоночника. В легких хрипов нет. Область сердца без патологии, верхушечный толчок на уровне пятого межреберья. Перкуторно увеличение сердца в поперечнике, при ausкультации тоны сердца ритмичные, отмечается периодически появление систолического и диастолического шума на верхушке, меняющегося по интенсивности при изменении положения тела. АД-100/60мм.рт.ст, иногда АД снижалось до 60/40мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Неврологический статус. При осмотре гиперлордоз шейного отдела позвоночника, кифоз грудного отдела с деформацией позвонков, пальпация б/о. Черепно-мозговые нервы: зрачки S=D. Реакция на свет живая, движение языка влево. Тонус мышц снижен. Силы мышц в дистальных отделах снижены. Проба Баре(+) слева Гипоэстезия с уровня C5-C7 до поясницы; сухожильные рефлексы S=D, высокие. Походка паретическая. Атрофия мышц конечностей в дистальных отделах плечевого пояса. В течение всего заболевания в анализах крови отмечается низкий Hb-70-88 г/л, повышение СОЭ. Анализ крови на LE –клетки отрицательный. Анализ крови на ревматоидный фактор – отрицательный. Анализы крови на ВИЧ, HbSAg – отрицательные. Ревовасография верхних конечностей: уменьшенное снижение кровоснабжение в левой верхней конечности, ангиодистония, осмотр ангиолога-болезнь Рейно. В мае 1998 года при очередном обследовании в кардиологическом отделении областной больницы при эхокардиографии выявлена миксома левого предсердия с пролабированием в левый желудочек. В 1999 году больная оперирована в условиях искусственного кровообращения в НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы.Выполнена операция: Удаление миксомы левого предсердия диаметром -4,25см. Состояние при диспансерном наблюдении – удовлетворительное., при проведении контрольной ЭхоКГ в 2000-2010 годах рецидива опухоли нет.

2. Больная Е., 1955 г.р. заболела в 2003 году. У больной в клинической картине преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, периодически острой сосудистой недостаточности; Тромбоэмболические осложнения в сосуды головного мозга, преходящие нарушения мозгового кровообращения. Анемия средней степени тяжести, похудение на 10,5 кг. С подо-

зрением на миксому направлена на ЭхоКардиографию в диагностический центр ОМО, диагноз подтвержден: Миксома левого предсердия. Больной 15.03.2004 года в НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы. выполнена операция: в условиях искусственного кровообращения, удалена опухоль размером – 6,0*3,5 см. При диспансерном наблюдении состояние больной удовлетворительное, на контрольной ЭхоКГ рецидива опухоли нет.

3. Больная Б., 1962 г.р. заболела в 2005 году. В клинике болезни преобладали признаки сердечной недостаточности, нарушение ритма сердца по типу мерцательной аритмии, экссудативный плеврит справа, потеря веса около 9,5 кг. Заподозрена миксома, ЭХоКГ в диагностическом центре диагноз уточнен: Миксома левого предсердия. Легочная гипертензия II степени, НК-II-A, ФК-IV. Больной в НИИ хирургии им.Сызганова проведена операция: Удаление миксомы в условиях искусственного кровообращения. На операции-в полости левого предсердия имеется образование, исходящее из открытого овального окна, размером 10,5-5,0 см. При диспансерном наблюдении на контрольных эхокардиографиях – рецидива опухоли нет.

4. Больной С., 1944 г.р., болеет с 2004 года. В клинической картине преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, тромбоэмболические осложнения в сосуды головного мозга, тромбоза коронарных сосудов. Похудение на 12 кг. С подозрением на миксому направлен на ЭхоКГ в областной диагностический центр, где уточнен диагноз: Миксома левого предсердия, осложненная ПИКС и ОНМК (от 2004 года) НК-II-A, ФК-IV. В НИИ хирургии им.Сызганова г.Алматы 01.12.2005 года произведена операция удаление миксомы левого предсердия размером 7,1*4,8 см, исходящей из межпредсердной перегородки и основания передней створки митрального клапана в условиях искусственного кровообращения. При диспансерном наблюдении за больным в течение 2005-2010 года, состояние удовлетворительное, на контрольных ЭхоКГ рецидива опухоли нет.

5. Больная К., 1963 г.р. Болеет с 2008 года. В клинике преобладали признаки хронической сердечной недостаточности, приступы удушья, кардиалгии, нарушение

ритма сердца по типу мерцательной аритмии, анемия средней степени тяжести, похудение на 8 кг. Больная с подозрением на миксому направлена в областной диагностический центр, диагноз уточнен: Миксома левого предсердия. Больная оперирована в кардиохирургическом отделении Вост.Каз.областного медицинского объединения. Произведена операция – удаление миксомы левого предсердия размером 3,68*2,72 см, исходящей из нижней трети межпредсердной перегородки. При диспансерном наблюдении за 2008-2010годы – состояние больной удовлетворительное, на контрольных эхокардиографиях – рецидива опухоли нет. Таким образом, возраст больных, клиническая картина, данные эхокардиографии, течение заболевания характер осложнений, эффекты от хирургического лечения - полностью совпадают с литературными данными:

Выводы:

1. В условиях районной больницы диагностика миксомы сердца основывается на способности врача на основании своеобразной клиники заподозрить миксому сердца, особенно при наличии тромбоэмболических осложнений на фоне синусового ритма у относительно молодых лиц.

2. Ведущую роль в диагностике миксомы сердца занимает двумерная эхокардиография.

3. Хирургическое удаление опухоли после установления диагноза - является единственным правильным методом лечения.

4. В связи с возможными рецидивами опухоли необходимо длительное «Д» наблюдение и контрольное эхокардиографическое обследование.

Литература:

1. Амосова Е.Н. «Клиническая кардиология» Том 2. – 2002 год.
2. Шлант Р.К, Александер Р.В., «Клиническая кардиология» 2002 год.
3. Сумароков А.В, Моисеев В.С, Михайлов А.А, Касымов И.Ю. «Ключи к диагностике заболеваний сердца» - 1987г.
4. Юлдашев К.Ю. «Болезни сердца» - 1979 год.

Сол жақ жүрекшенің ішкі жүрек миксомасы тәжірибесінен алынған оқиғалар

М.И. Исабекова

Осы мақалада жүрек миксомасы бар 5 клиникалық оқиға сипатталады. Әдебиеттер бойынша, жүрек ісіктері өте сирек кездеседі және -24,4% құрайды.

Аудандық аурухана жағдайында, диагностика дәрігердің өзіндік клиника негізінде миксоманы, әсіресе салыстырмалы жас адамдарда синустық ырғақтан пайда болған тромбоэмболикалық асқынуы бар кезінде, анықтау қабілетінде негізделеді.

Жүрек миксомасының диагностикасында эхокардиография әдісі басты рөл атқарады. Қойылған диагноздан кейін ісікті хирургиялық жолмен жою емделудің ең дұрыс және жалғыз әдісі болып табылады.

A case report of endocardiac left atrium myxoma

M.I. Issabekova

In this article 5 clinical cases with heart myxoma are described. According to the literature, heart tumors occur rarely and is - 24,4%.

In the conditions of regional hospital diagnostic is based on the doctor's capability based on original clinic to surmise myxoma, especially in the present of thromboembolic disorders amid sinus rhythm in relatively young people.

The method of echocardiography is the leading role in diagnostic of heart myxoma.

The single correct method of treatment is a surgical removal of tumor after proven case.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

М.И. Исабекова

КГКП «Зайсанское Районное медицинское объединение», г. Зайсан

Синдром ранней реполяризации желудочков (РРЖ) относится к сравнительно редким вариантам нормальной электрокардиограммы. К синонимам этого синдрома относятся (по данным различных авторов):

- «синдром преждевременной реполяризации» – Дощицин В.Я.

- «высокое отхождение сегмента ST= Джон Хэмптон.

- «изолированная элевация точки J – «феномен ранней реполяризации желудочков» - Франклин Циммерман.

Синдром РРЖ встречается как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца

Распространенность этого синдрома в популяции, по данным разных авторов колеблется в пределах от 1% до 7%. Впервые синдром РРЖ был описан в 1936 году R.Shipley и W.Hallgren - как вариант нормальной ЭКГ. Этот синдром встречается в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Замечено также, что этот синдром чаще выявляется у молодых мужчин негритянского происхождения = (Chou.T.C, Coldberger). По данным Яковлева В.М. (2007г) - характерна частая встречаемость синдрома РРЖ у детей и взрослых при синдроме соединительно-тканной дисплазии сердца, в частности, при наличии аномально расположенных хорд в левом желудочке, пролапса митрального клапана.

Основные ЭКГ – критерии этого синдрома: (по данным Мурашко В.В, Струтынский А.В):

1. Подъем сегмента RS-T выше изолинии с выпуклостью обращенной книзу который может переходить в высокоамплитудный, заостренный зубец T_1 или в отрицательный зубец T_1

2. Высокое расположение на нисходящем колене зубца- R, или на конечной части зубца S, в месте перехода зубца S в нисходящий сегмент ST –точки соединения J, представленной за зубриной или узловатости, или псевдозубца -г'

3. Уменьшение или исчезновение зубца.S в левых грудных отведениях (поворот сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки зубца с формированием в отведениях V5-V6 комплекса QRS типа qR. ЭКГ – признаки синдрома РРЖ наиболее отчетливо выявляются в грудных отведениях V1-V3, несколько реже в V4-V6

Электрогенез синдрома ранней реполяризации желудочков. Большинство авторов считают, что в основе синдрома РРЖ лежат:

- врожденные или приобретенные особенности электрофизиологических свойств сердца, которые обуславливают преждевременную реполяризацию субэпикардиальных отделов миокарда;

- вегетативная дисфункция с преобладанием вагусного влияния;

- функционирование дополнительных путей проведения ,

- ускорением проведения к передневерхнему разветвлению левой ножки п.Гисса;

- либо более поздним чем при W-P-W-синдроме, проведением по дополнительному пути (Яковлев В.М., 2007г), (Мурашко В.В, Струтынский А.В. 2008г).

Клиническое и электрофизиологическое значение синдрома РРЖ – заключается, прежде всего, в том, что он может трактоваться, как признак острого ишемического повреждения.

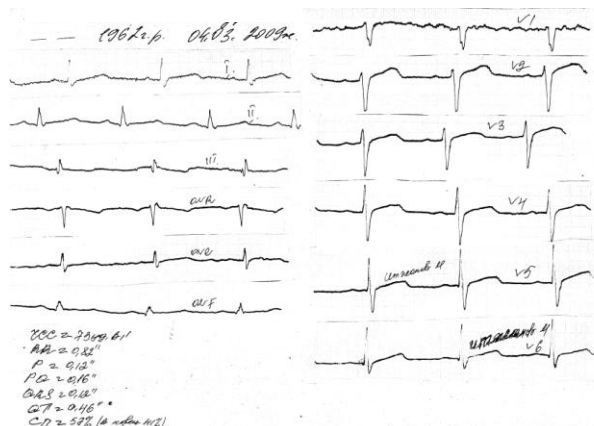
Дифференциальная диагностика проводится на основании отсутствия при синдроме РРЖ клинических признаков, характерных для ишемической болезни сердца. Сложность дифференциации синдрома РРЖ обусловлена тем, что он может регистрироваться на ЭКГ как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца, в том числе с ишемической болезнью сердца (ИБС), острым инфарктом миокарда.

В отличие от ЭКГ при ИБС, у практически здоровых лиц с синдромом РРЖ, при пробах с физической нагрузкой сегмент RS-T, как правило, приближается к изоэлектрической линии. Также необходимо дифференцировать синдром РРЖ с перикардитом. При перикардите - наличие характерной клинической картины и выслушивание шума трения перикарда в оптимальном для этого положении больного – лежа; изменения на ЭКГ - подъем сегмента ST – будет выявляться почти во всех отведениях, кроме aVR; нет типичной зазубрины, характерной при синдроме РРЖ – эти признаки позволяют поставить диагноз перикардита. У большинства здоровых лиц с синдромом РРЖ отмечается на разных электрокардиограммах - изменение уровня подъема сегмента S-T над изоэлектрической линией.

Привожу случай из практики: Больной И. 1962 г.р. житель с. Даирово, Зайсанского района, работает сторожем в школе. Страдает артериальной гипертонией 5 лет, с максимальным подъемом до 160/100 мм.ртутного столба. Больному при проведении обследования в декабре 2007 года снята ЭКГ, где выявлен косовосходящий подъем сегмента ST- выше изолинии в грудных отведениях V2-V5. Больной предъявлял жалобы на неприятные ощущение в области сердца, периодические боли за грудиной колющего характера, одышку при физической нагрузке. Учитывая изменения на ЭКГ, больной с подозрением на инфаркт миокарда госпитализирован в терапевтическое отделение райбольницы и пролечен.

В 2008 году больной обследован в областной консультативной поликлинике у кардиолога, поставлен диагноз: ИБС, стабильная стенокардия, ИФК, ПИК(от 12.2007г-без зубца Q) Артериальная гипертония - IIст. Риск –IV. ХСН-I.ФК-II. У больного на серии ЭКГ в динамике за эти годы сохранялись подъемы сегмента=ST в грудных отведениях в V1-V5. С целью дообследования и проведения коронарографии, решения вопроса дальнейшей тактики лечения, больной госпитализирован в областное кардиологическое отделение. Объективные данные при поступлении: Состояние больного удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧДД –в 1мин-20. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-60 в 1 мин. Пульс -60 в 1 мин, АД-140/90 мм.рт.столба. Печень пальпируется по краю реберной дуги, периферические отеки не определяются. Проведены обследования: клинические анализы крови, мочи, биохимические анализы - в пределах нормы. ЭКГ-Синусовая брадикардия, ЧСС -54 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка. Изменение миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (гипокалиемия-?). Увеличение электрической систолы желудочков. Эхокардиография - незначительно увеличена полость левого предсердия. Небольшая гипертрофия

левого желудочка. Створки аортального клапана, митрального клапана уплотнены. Митральная регургитация I ст, объем незначительный. Сократительная способность левого желудочка сохранена, диастолическая не нарушена. ФВ 66%. Коронарография-отмечается извитость коронарных артерий. Флюорография органов грудной клетки - Признаки хронического бронхита. ФГДС-хронический атрофический гастрит. Консилиум и клинический разбор от 29.12.2009 года. Заключение: Учитывая данные клинической картины детализированные данные анамнеза, данных обследований ЭхоКГ – отсутствие зон гипокинеза, гипертрофии левого желудочка; отсутствие рубцовых изменений на ЭКГ; результаты коронароангиографии-коронарные артерии проходимы. В настоящее время данных за ИБС-нет. При изучении архивных – ЭКГ от 12. 2007 года, отмечается



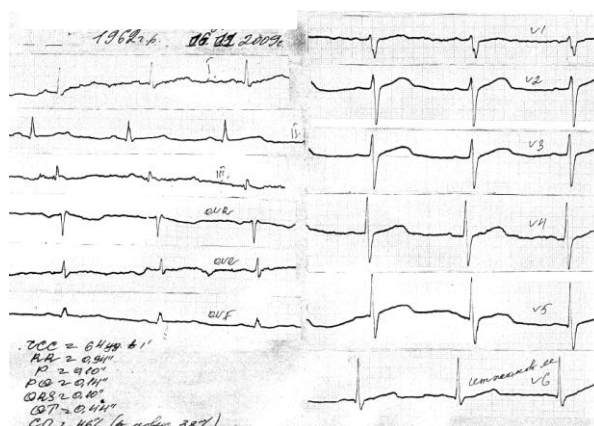
Выводы:

По литературным данным, синдром ранней реполяризации желудочков (РРЖ) относится к сравнительно редким вариантам нормальной Электрокардиограммы, распространенность которого среди популяции составляет 1-7%. Синдром РРЖ – встречается как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца.

Клиническое значение синдром РРЖ заключается в том, что он может трактоваться как ЭКГ – признак острой коронарной недостаточности. Поэтому, для исключения ИБС, и гипердиагностики ИБС – необходимо

тщательное клинико-инструментальное обследование лиц с синдром РРЖ.

косо-восходящий подъем сегмента ST в грудных отведениях в V1-V5, без динамики, характерной для острого инфаркта миокарда. Изменение на ЭКГ расценены как проявление синдрома ранней ре-поляризации желудочков, а не как ишемическое повреждение миокарда. Ранее поставленный диагноз от 20.03. 2008 года – ИБС, стабильная стенокардия II ФК, ПИК (от 12.2007 года без зубца Q) Артериальная гипертензия II ст. Риск IV. ХСН-I (II ФК) – изменен - Диагноз: Артериальная гипертензия – II ст. (умеренная АГ), III степень риска. Гипертоническое ремоделирование миокарда левого желудочка. Синдром ранней реполяризации желудочков. ХСН-I, I ФК. Данный случай из практики является примером гипердиагностики инфаркта миокарда у лиц с синдромом РРЖ на ЭКГ.



тщательное клинико-инструментальное обследование лиц с синдром РРЖ.

Литература:

1. Яковлев В.М. Клиническая электрокардиография - 2007 г., - Ростов-на Дону, Феникс Москва «Медпресс-информ».
2. Мурашко В.В, Струтынский А.В. – Электрокардиография – 2008 год.
3. Дошнин В.П. Клинический анализ электрокардиограммы. – Москва, - «Медицина» - 1982 г.

Clinical relevance and differentiation complexity of syndrome of early ventricular repolarization

M.I. Issabekova

According to the literature, syndrome of early ventricular repolarization (EVR) relates to the comparatively rare variants of physiologic electrocardiogram, prevalence of which among the population is 1-7%. Syndrome of EVR occurs in both healthy and sick people with different heart disease.

Clinical relevance of syndrome of EVR means that it can be treated as electrocardiogram – sign of coronary failure. That's why, for exclusion of coronary heart disease (CHD) and CHD overdiagnosis it is necessary a meticulous clinical and instrumental examination of persons with EVR syndrome. A case report is given.

Қарыншалардың ерте реполяризациясы синдромының клиникалық мағынасы мен саралау қиындығы

М.И. Исабекова

Әдебиет деректері бойынша, қарыншалардың ерте реполяризациясы синдромы (ҚЕР) дұрыс Электрокардиограмманың салыстырмалы сирек нұсқасына жатады. Оның популяциядағы таралушылығы 1-7% құрайды. ҚЕР (қарыншалардың ерте реполяризациясы) синдромы сау адамдар мен жүректің әр түрлі ауруларымен ауратын адамдарда да кездеседі.

ҚЕР синдромының клиникалық мағынасы келесіде: ол ЭКГ (электрокардиограмма), қан тамыр ауруының асқынған белгісі ретінде түсіндірілуі мүмкін. Сондықтан, ЖИА (жүрек ишемиялық ауруының) гипердиагностикасын болдырмас үшін ҚЕР (қарыншалардың ерте реполяризациясы) синдромы бар адамдарды мұқият клиникалық және инструменталдық қаралудан өткізу керек. Тәжірибеден алынған оқиға мысалға келтірілген.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ АНОМАЛИЙНЫХ ПОЧЕК

Ю.П. Пашенцев

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар

Мочекаменная болезнь составляет большую часть (до 50%) пациентов урологических стационаров, причем число продолжает расти. По данным разных авторов, за последние десятилетия заболеваемость МКБ увеличилась с 350 случаев на 100.000 взрослого населения в 1990г., до 648,9 случая в 2004г. По северному региону Казахстана частота уролитиаза среди пациентов урологического стационара остается на высоком уровне и составляет от 36 до 48%.

МКБ часто сочетается с хроническим пиелонефритом (до 80%) и аномалиями развития мочевой системы (до 35%). Наиболее частыми видами аномалий являются нарушения расположения и формы почек.

За последние десятилетия в лечении данного заболевания произошел значительный прогресс за счет внедрения малоинвазивных методик – КЛТ, ДУВЛ, ЧПНЛ. Тем не менее в случаях, когда показания к КЛТ, ДУВЛ, ЧПНЛ ограничен, применяется открытое оперативное лечение в различных вариациях.

Приводим наблюдение случая открытого оперативного лечения МКБ с коррекцией лоханочно-мочеточникового соустья аномально развитой почки.

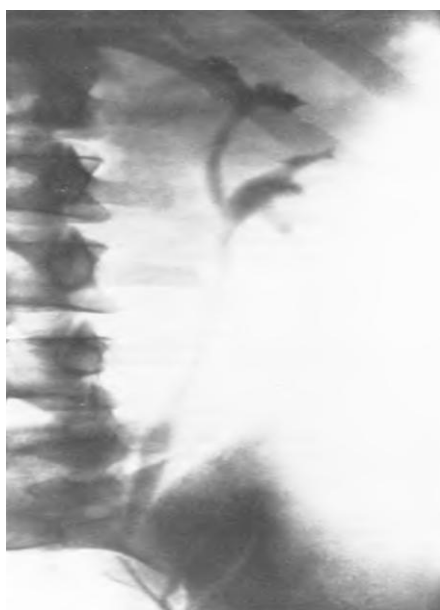
Больная В., 1955г.р., поступила в экстренном порядке в урологическое отделение ГБ №1 с клиникой почечной колики слева.

Жалобы при поступлении на выраженные боли в левой поясничной области, иррадиирующие в пах, учащенное болезненное мочеиспускание, общую слабость. Ранее обследовалась амбулаторно, по УЗИ был выявлен конкремент правой почки. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Температура тела 36,7. Легкие и сердце без патологических изменений. АД – 120/80 мм.рт.ст., пульс – 78 уд в мин. Живот мягкий, болезнен при глубокой пальпации в проекции левой почки. Симптом поколачивания положительный слева. Мочеиспускание учащенное, болезненное. Анализы при поступлении: ОАК: Нб – 140 г/л, Л – $6,6 \cdot 10^9$ /л, Эр – $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, СОЭ – 8 мм/ч; ОАМ: цвет – с/ж, d – 1016, Белок – отр, Пл. эп. – ед в п/зр, Л – 5-6 в п/зр, Эр – 15-20 в п/зр. Показатели креатинина и мочевины в пределах нормы. На обзорной урограмме и экскреторных урограммах заключение: аномалия развития почек. Неполное удвоение левой почки. МКБ. Камни лоханки левой почки. Стриктура ЛМС нижней группы чашечек.



Больной была произведена операция «Люмботомия. Пиелолитотомия слева. Пластика ЛМС нижней группы чашечек». Операция: люмботомия слева. Выделена почка и в/3 мочеточника. При ревизии ЛМС выявлено неполное удвоение левой почки с раздвоением мочеточника. При ревизии определяется стриктура ЛМС нижней группы чашечек. Проведена пиело-

литотомия, удалены 2 конкремента 1,5*2,0 и 1,0*0,5 см. Наложен анастомоз между лоханкой и расширенным соустьем на стенке. Дренаж брюшинного пространства. Послеоперационный период протекал благоприятно, дренаж удален на 5-ые сутки, заживление раны первичным натяжением.



Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12 сутки. Спустя месяц стент-катетер удален, еще через 3 месяца на контрольных урограммах функция

почки удовлетворительная, соустье сформировано на достаточном протяжении, явлений гидронефроза нет.

Таким образом, при наличии сочетанных поражений почки (аномалии развития и МКБ) остается актуальным открытая операция с устранением причины образования камней.

Литература:

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб: Питер, 2000.
2. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожабеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь. – Алматы, 2004.
3. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев Н.А. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения. Врач. Сословие 2004; 4: 4-9.
4. Лопаткин А.А. Руководство по урологии. М.: 1998.
5. Давидов М.И., Лядов А.А., Лядов С.А. Аномалии мочеточников. В кн.: Пленум правления Российского общества урологов: Материалы. Санкт-Петербург 29-31 окт. 2008г. М.: 2008.
6. Айвазян А.В., Войно-Ясенецкий А.М. Пороки развития почек и мочеточников. М.:Наука; 1988.

Choice of treatment method patients with renal anomalies in urolithiasis

This observation is an example of surgical treatment of patients with renal anomalies (left-side incomplete double ureter, ureteropelvic segment stenosis) with urolithiasis. We performed lumbotomy, pelviolithotomy with ureteropelvic segment stenosis correction. Thus, in the presence of comorbidity with urolithiasis, remains an important question about the open surgical treatment for the causes of lithogenesis.

Бүйрек ауытқуында (аномалиясында) несептасы ауруын емдеуде емделушінің емделу әдісін таңдауы

Несептасы ауруында емделуші бүйрек ауытқуын хирургиялық жолмен (зәршығар түбекше құрылым бөлігі, сол жақтағы бүйректің сол жағының екі есе үлкеюі) емделгені бақыланды.

Біз белдің бүйрек түбекшесінен тасты тіліп алып несіпағарға түзету жасадық.

Осылайша, несептасы ауруының дерттеуінде хирургиялық ашық емдеу арқылы тасты жою, болдырмау себебін анықтауға болады.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТРЕНАЛЬНОЙ АНУРИИ НА ФОНЕ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Г.К. Гайсин

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар

Основным методом лечения мочекаменной болезни на протяжении многих лет была открытая операция в различных ее вариантах. Однако за последние десятилетия в нашей клинике преимущественно используются различные малоинвазивные оперативные вмешательства под эндоскопическим, ультразвуковым и рентгенологическим контролем. Используются следующие малоинвазивные методики: ДУВЛ (аппарат Modulith SLK), жесткий уретероскоп с гольмиевым лазером (K. Storz Calculase) и гибкий уретеропиелоскоп (Flex XY фирмы K.Storz).

Использование новых малоинвазивных технологий позволило наиболее эффективно и радикально решить вопрос пострենальной анурии на фоне МКБ. Приводим 2 наблюдения:

Больной Б., 1975г.р., поступил в экстренном порядке в урологическое отделение ГБ №1 с клиникой почечной колики с обеих сторон. Жалобы при поступлении на выраженные боли в поясничной области с обеих сто-

рон, иррадиирующие в пах, отсутствие мочи, общую слабость. Болеет в течении недели, когда появились боли в левой поясничной области, 2 дня присоединились боли в правой поясничной области, начал отмечать отсутствие мочи. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Температура тела 36,7. Легкие и сердце без патологических изменений. АД – 120/80 мм.рт.ст., пульс – 78 уд в мин. Живот мягкий, болезнен при глубокой пальпации в проекции обеих почек. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Мочеиспускание отсутствует. Анализы при поступлении: ОАК: Hb – 138 г/л, L – $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$, Эр – $4,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, СОЭ – 18 мм/ч. Показатели мочевины при поступлении 14,2 ммоль/л. На УЗИ почек определяется двустороннее расширение ЧЛС, хронический пиелонефрит. На обзорной урограмме – конкремент в/3 правого мочеточника и н/3 левого мочеточника.





В экстренном порядке произведена контактная литотрипсия камня н/3 левого мочеточника с установкой стент-катетера. Провести контактную литотрипсию конкремента в/3 правого мочеточника не удалось из-за непроходимости уретероскопа выше с/3 правого мочеточника. Послеоперационный период протекал гладко, диурез 1500 мл, больной отмечает тупые ноющие боли в правой поясничной области. На 2-ые сутки проведено

ДУВЛ камня в/3 правого мочеточника, после которого больной отметил отхождение фрагментов конкремента с мочой. На 4-ые сутки проведена экскреторная урография – функция почек удовлетворительная, пассаж мочи не нарушен, теней конкрементов не выявлено. Выписан на 8-ые сутки в удовлетворительном состоянии.



Больная А., 1938 г.р., поступила в экстренном порядке в урологическое отделение в экстренном порядке. Считает себя больной в течении недели, когда появились боли в поясничной области с обеих сторон, больше слева, отсутствие мочи в течении 3-х суток. Общее состояние при поступлении средней степени тяжести, обусловлено болевым синдромом. Температура тела 37,8. Легкие и сердце без патологических изменений. АД – 130/80 мм.рт.ст., пульс – 84 уд в мин. Живот мягкий, болезнен при глубокой пальпации в проекции обеих почек. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Мочеиспускание отсутствует. На УЗИ конкремент правой почки диаметром 0,9 см, уретерогидронефроз слева, хронический пиелонефрит. На обзорной урограмме – камень н/3 левого мочеточника, камень лоханки правой почки.

В экстренном порядке проведена контактная литотрипсия камня н/3 левого мочеточника с установкой стент-катетера. Симультантно, после бужирования устья правого мочеточника, проведен гибкий уретеропиелоскоп Flex XY, конкремент обнаружен в лоханке, дезинтегрирован и удален фрагментарно, установлен стент-катетер.

Послеоперационный период протекал гладко, выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, комбинированное использование малоинвазивных методик позволило нам быстро и эффективно купировать постренальную анурию при МКБ. Выявленные закономерности позволяют нам рекомендовать использование данных методик в широкой урологической практике при наличии опыта у оперирующего уролога при выполнении эндоскопических операций.

Литература:

1. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь. – СПб: Питер, 2000.
2. Алчинбаев М.К., Сарсебеков Е.К., Кожобеков Б.С., Малих М.А. Мочекаменная болезнь. – Алматы, 2004.
3. Алчинбаев М.К., Кожобеков Б.С., Сачинава Г.В. Эндоскопические способы удаления камней мочеточника //Актуальные проблемы урологии.- Бишкек, 1998.
4. Дзеранов Н.К., Мартов А.Г., Бешлиев Д.А. Камень мочеточника – дистанционная или контактная уретеролитотрипсия. В кн.: Первый Российский конгресс по эндоурологии. М.; 2008.

Бүйректен несептасы ауруында зэр шыкпауды емдеуде малоинвазив технологиясын пайдаланудың тиімділігі

Несептасы аурын гольми лазерлі қатты уретеропилоскоп және жұмсақ уретропилоскоп, қашықтан толқын-соққысын араластыра қолданып тасты уатып емдеу пайдалы екенін айта кеттік. Белгілі заңдылықтар бізге осы әдісті урологиялық тәжірибеде кеңінен таратып, ұсынуымызға кепілдейді.

Efficacy of mini-invasive technologies in the treatment of urolithiasis with postrenal anuria

In the resulted examples we successfully used a combination of extracorporeal shockwave lithotripsy, rigid ureteropyeloscope with holmium laser and fibropyelolithotripsy for the postrenal anuria treatment. Revealed regularities allow us to recommend the use of these methods in urological practice.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИНТЕТИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ

Н.К. Мажинов

КГКП «Городская больница №1», г. Павлодар

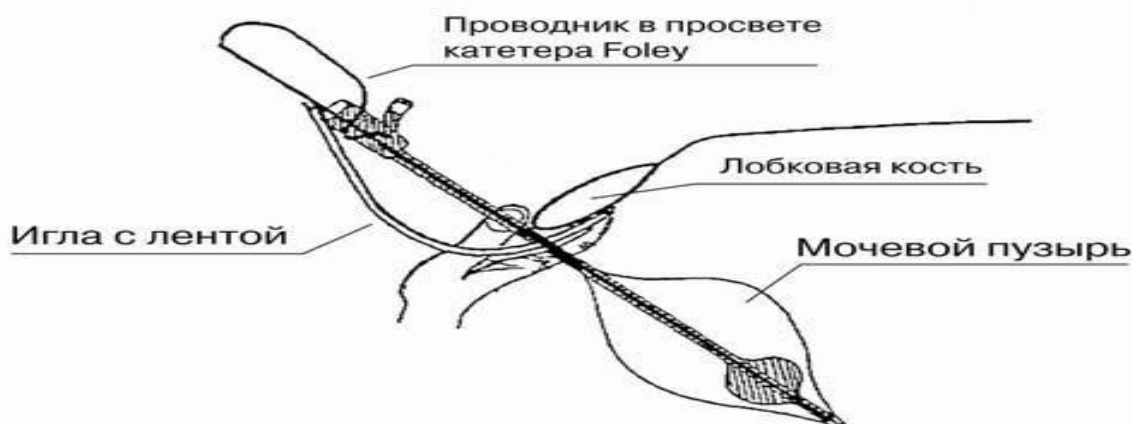
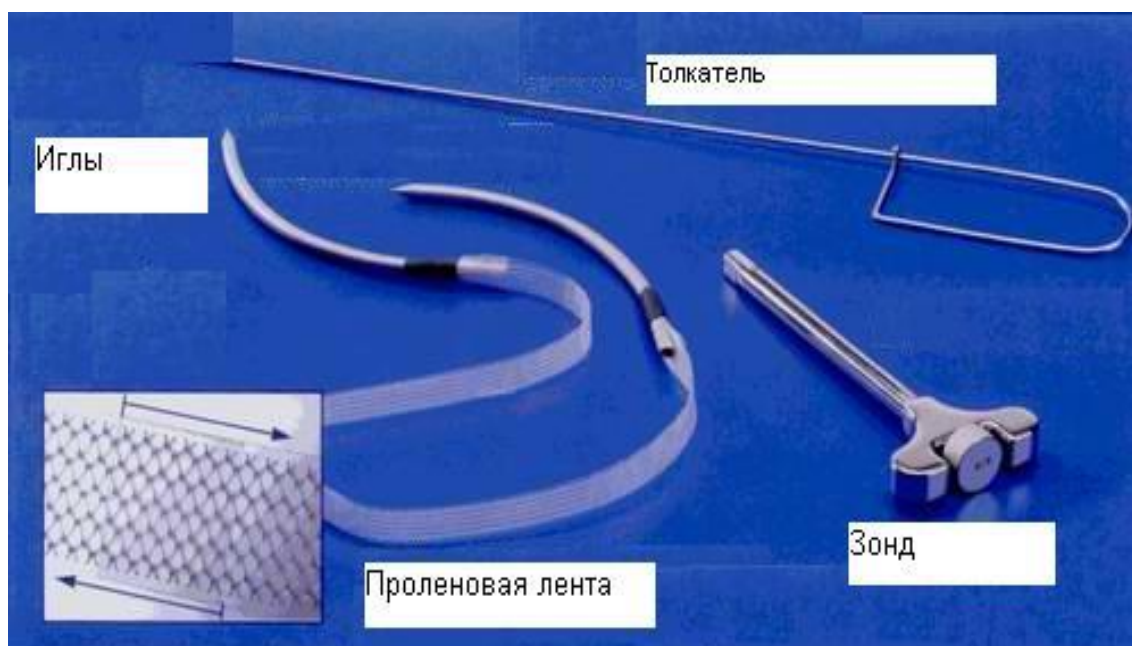
Стрессовое недержание мочи у женщин в настоящий момент представляет сложную и распространенную проблему в современной урологии. Анализ современной литературы и наш опыт показывает, что проблема стрессового недержания мочи у женщин при напряжении встречается у 30-40% женщин после 40 лет, причем к врачу обращается порядка 4%. Данная проблема осложняется наличием сопутствующего опущения и выпадения половых органов. Основные симптомы стрессового недержания мочи имеют выраженное отрицательное влияние на качество жизни пациенток, что приводит к ограничениям в работе, физических занятиях, общении, встречах.

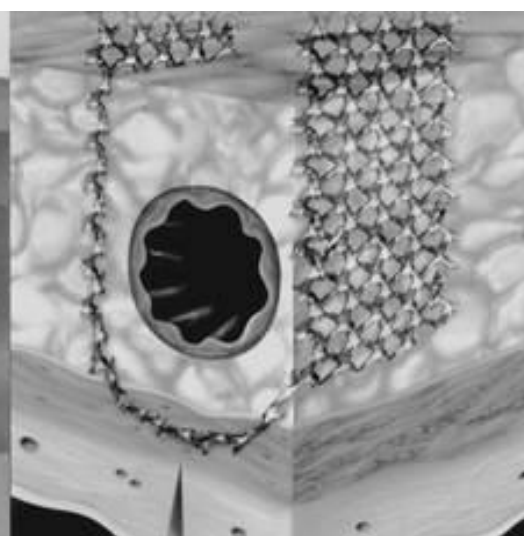
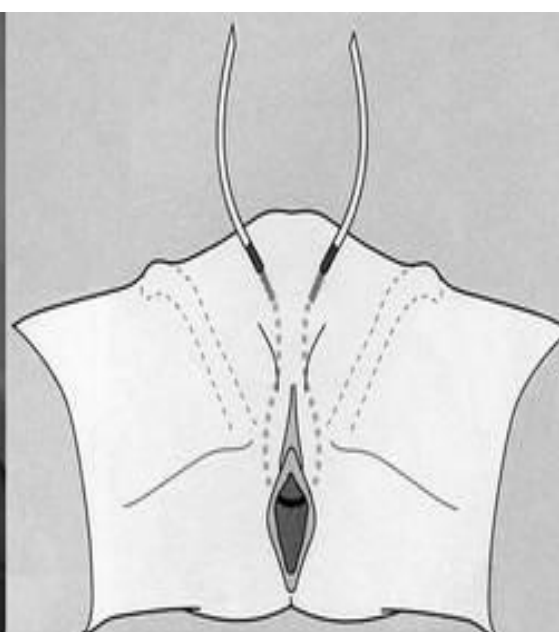
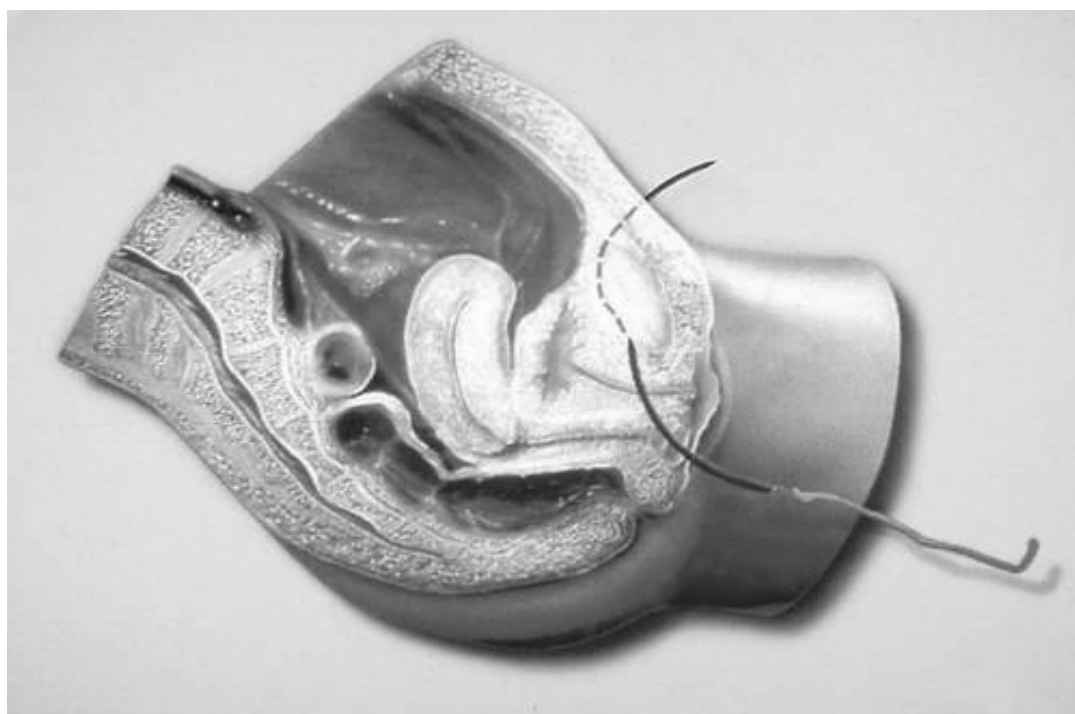
В настоящее время самым эффективным методом лечения пациентов с вышеуказанной патологией является оперативный. Разработаны малоинвазивные, эффективные операции, при которых используются синтетические петли (TVT). Данный метод был разработан шведским профессором Ульмстеном в 1994г. Техника

данных операций сравнительно не сложна для оперирующих урологов. Учитывая вышеказанное, необходимо отметить, что методика наложения свободной синтетической петли является операцией выбора при стрессовом недержании мочи.

Для операции специально разработаны инструменты – иглы, толкатель, проленовая лента длиной 45 см, шириной 1,1 см, зонд.

Пациентка находится в положении гинекологических операций, в мочевой пузырь установлен катетер Фолея. Обезболивание – перидуральная анестезия. Острым путем формируются 2 парауретральных канала. Уретральным катетером смещается шейка мочевого пузыря. При помощи игл TVT проводится проленовая лента, выводится из влагалища в надлобковую область, подтягивается, отсекается. В ходе проведения операций проводится визуальный контроль с помощью цистоскопа. В послеоперационном периоде показана ранняя активизация и удаление уретрального катетера.





В нашем отделении оперативное лечение женщин с недержанием мочи с использованием синтетического петли проводится в течение 2-х лет. Мы выполнили данные операции 18 женщинам в возрасте от 35 до 75 лет. Основной недостаток оригинальных петель TVT – их высокая стоимость, что ограничивает их широкое использование в урологической практике. Методика наших операций, в сущности, не отличалась от изложенного выше классического описания техники операции. Коррекция осуществлялась с помощью хирургической сетки ЭСФИЛ, которая готовилась непосредственно перед операцией.

Результаты. Наши наблюдения показывают, что операции с использованием сетчатых протезов по технике TVT, позволяют добиться положительных результатов у 93-96% оперированных женщин. В послеоперационном периоде отмечается адекватное мочеиспускание. Не было отмечено случаев вставания и отторжения петли. Низкая травматичность операции, практически отсутствие осложнений, короткий восстановитель-

ный период, позволяют использовать данный вид операций у пожилых и у пациенток с сопутствующими заболеваниями. Все вышесказанное доказывает, что использование операций TVT является эффективным методом лечения пациенток со стрессовым недержанием мочи.

Литература:

1. Нечипоренко Н.А. и соавт. Урогинекология. Минск; 2005.
2. Пушкарь Д.Ю., Тевлин К.П. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин. Consilium Medicum 2001; 3 (7).
3. Хёрт Г. Оперативная урогинекология: Руководство для врачей: Пер с англ. / Под ред. Н.А. Лопаткина, О.И. Аполихина. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.
4. Радзинский В.Е. (ред.). Перинеология. М.; 2006.
5. Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса гениталий у женщин. Материалы XI Съезда урологов России. М.; 2007

Әйелдердің күйзеліс кезінде несепін ұстай алмауын, синтетикалық протезді жарамды пайдаланудың тәжірибесі

Операцияда торқабық протезін TVT техникасы арқылы пайдалану, операция жасаған әйелдердің 93-96 % жағымды, нәтижеге қол жеткізгенін көрсетті. Біз 35 тен 75 жастағы 18 әйелдерге операция жасадық.

Негізгі қымбат TVT протезінің орнына біз «ЭСФИЛ» хирургиялық торқабықты пайдаландық.

Операциядан кейінгі кезеңде зәр талапқа сай толық шыққаны белгіленді. (несеп қалдығы қалмады).

Experience of using synthetic prostheses in surgical treatment of women with stress urinary incontinence

Our observations show that the operation using TVT techniques with the use of mesh can achieve positive results in 93-96% of operated women.

We performed these operations in 18 women aged 35 to 75 years. Instead of an expensive original prosthesis TVT we used a surgical mesh "ESFIL". In the postoperative period was adequate urination (no residual urine, complete continence). Simple surgical technique, the low number of complications, shorter recovery period proves that these operations are the preferred method in surgical treatment of females with stress urinary incontinence.



Абильбек Игасимович Чиныбаев

К 70 – летию со дня рождения

Абильбек Игасимович Чиныбаев родился 15 марта 1941 года в с. Улгули малши Кокпектинского района Семипалатинской области. После окончания школы в 1958 году он начинает трудовую деятельность в рядах молодежной строительной бригады, где добросовестно трудился по 1960 год. Абильбек Игасимович в 1960 году поступил на лечебный факультет Семипалатинского государственного медицинского института. После окончания института в 1966 году работал районным хирургом, заведующим хирургическим отделением с. Успенка Павлодарской области. С 1969 года по 1976 год работал старшим ординатором, с 1977 года по 2008 год - заведующим хирургического отделения, с 2008 года настоящее время - заведующим операционного блока областной клинической больницы, ныне Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей.

А.И. Чиныбаев прекрасный клиницист, высококвалифицированный хирург с широким диапазоном знаний. Владеет методикой эндоскопических исследований, хирургической техникой операции на щитовидной железе, легких, желудочно – кишечном тракте, билиарной системе. Одним из первых в регионе начал осваивать и активно внедрять различные методики бронхоскопии и бронхографии, а также других эндоскопических исследований, операции при бронхоэктатической болезни, абсцессах

легких, эндокринную хирургию, органосберегающие операции при дуоденальных язвах. Впервые в регионе Восточно – Казахстанской области им освоена и успешно внедрена новая технология малоинвазивной операции с применением аппарата «Мини - ассистент» на желчном пузыре и желчевыводящих протоках. Высокий уровень хирургической техники и диагностики хирургических заболеваний послужил основой присвоения ему высшей квалификационной категории хирурга.

А.И. Чиныбаев является грамотным организатором. Свою практическую и организаторскую деятельность успешно сочетает с научными исследованиями, являясь соавтором более 50 научных работ, в том числе монографии, атласа органосберегающих операций при дуоденальных язвах, практикума по госпитальной хирургии, 6 изобретений, 10 рационализаторских предложений.

Свой огромный клинический опыт Абильбек Игасимович неустанно передает молодым коллегам, своим ученикам. За добросовестный труд неоднократно награжден почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Казахстан, акима города и области, обкома профсоюза медицинских работников. Награжден медалью «Ветеран труда», нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігіне», нагрудным знаком «Адал еңбегі үшін».

Абильбек Игасимович прошел большой содержательный путь в медицине: от врача – хирурга районной больницы до заведующего отделением крупной клинической больницы – медицинского центра. Его учителями были видные клиницисты – хирурги Восточно – Казахстанской области, с которыми у него были постоянные творческие связи. Человек высокой культуры и моральных качеств, глубоких профессиональных знаний, необычайной скромности, тонкого чувства юмора и принципиальных жизненных позиций, Абильбек Игасимович пользуется заслуженным уважением среди коллег, многочисленных пациентов. И сегодня он продолжает плодотворно работать как педагог, врач – клиницист.

Коллектив клиники госпитальной хирургии, медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей, медицинская общественность Восточно – Казахстанской области сердечно поздравляет юбиляра, желают здоровья и многих лет творческой и клинической деятельности.

***Коллектив клиники госпитальной хирургии
Государственного медицинского университета г. Семей***

Государственный медицинский университет г. Семей

Подписано в печать 28.02.2011 г.

Формат А4. Объем 18,1 усл.п.л. Тираж 300 экз.