



64,29% (36), в собственной квартире – 25% (14), в съемной квартире живут 7,14% (4), живут в квартире у родителей 3,57% (2). Все квартиры благоустроены, в частных домах проведена холодная вода, печное отопление. По численности членов семьи: 3 человека у 25% (14), 4 человека у 32,14% (18), 5 человек у 25% (14), 6 и более человек у 17,86% (10). Большинство семей родителей 60,71% (34) проживают отдельно от своих родителей, 39,29% проживают совместно с родителями по разным причинам. Конфликтные ситуации в семье бывают редко (1 раз в месяц и реже) у 57,14% (32), иногда (в неделю 1 раз) – у 7,14% (4), вообще не бывает ссор у 35,71% (20), факт избиения отрицают все женщины. Причины ссор связаны с денежными проблемами у 38,89% (14), с организацией домашних дел у 16,67% (6), с недостатком жилой площади у 11,11% (4), с ревностью 5,55% (2), с нежеланием понять друг друга 16,67% (6), другое - 11,11% (4). Постоянный доход имеют большинство родителей 82,14% (46), не имеют постоянного дохода 17,86% (10). В графе доход не указали ничего 12 женщин, 4 написали, что не знают, у тех, кто указал сумма варьирует от 1 тыс. тенге до 150 тыс. тенге, в среднем 62 тыс. тенге. По наличию в семье еще детей: еще 1 ребенок имеется у 39,28% (22), еще 2 – у 21,43 (12), еще 3 – у 3,57% (2), еще 7 детей у 3,57% (2), у остальных кроме родившегося детей не было 32,14% (18). У большинства женщин 89,28% (50) беременность была запланирована и желанна для мужа в 96,43% (54). В первом триместре на учет встали 71,43% (40), остальные встали на учет в 4-6 мес. Особых проблем со здоровьем ни у женщин, ни у их детей не было, лишь 1 ребенок был маловесным. На вопрос «могло ли состояние здоровья вашего ребенка повлиять на решение отказаться от него?» 78,57% (44) ответили «нет», 3,57% (2) ответила «да», 17,86% (10) проигнорировали этот вопрос. «Укажите причину, по которой Вы могли бы отказаться от ребенка» женщины указали следующее:

нездоровье женщины – 14,28 (8), внебрачный ребенок – 7,14% (4), нездоровье ребенка и нездоровье женщины, желание сделать карьеру, отсутствие достаточного дохода, нездоровье ребенка, принуждение со стороны третьих лиц по 3,57% (2) на каждый, не отказались бы ни при каких обстоятельствах 21,43% (12), проигнорировали этот вопрос 42,86% (24). Среди анкетированных женщин у одной в анамнезе был 1 отказ от ребенка, причина - желание сделать карьеру, отсутствие достаточного дохода, у остальных таких фактов не было. Отношение женщин к факту отказа от ребенка такое: 46,43% (26) не одобряют, 7,14% (4) осуждают, 3,57% (2) относиться равнодушно, 3,57% (2) относиться с пониманием, 3,57% (2) одобряет, 32,14% (18) не указали свое мнение.

Выводы: Таким образом, в результате анализа анкетных данных представлен социальный портрет родителей: возраст от 22 до 41 лет, средний возраст - 28,39, замужем, наличие других детей, средний и высокий уровень образования, постоянный характер работы в сфере государственных учреждений, торговли, легкой промышленности, сельского хозяйства, постоянный доход в среднем 62 тыс. тенге, большинство имеют собственное жилье, конфликтные ситуации в семье бывают редко, в основном связаны с денежными проблемами и организацией домашних дел, беременность запланирована, для мужа желанна. Влияние состояния здоровья ребенка на решение отказа от ребенка исключают, к факту отказа относятся отрицательно, но есть и те, кто игнорирует этот вопрос.

Литература:

1. Orphan statistics (Unicef report, 2010.)
2. Константинова Е.Б. Отношение жителей Екатеринбурга к проблеме отказа от новорожденных. // Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении», 2010. № 2(8), с.79-87.

УДК 616.12 – 005.6+616.8

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ КОРОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ АНТИФОСФОЛИПИДНОМ СИНДРОМЕ

Э.И. Есимбекова, К.С. Зуриканов

**Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра внутренних болезней и интернатуры**

Актуальность. Наличие антифосфолипидного синдрома (АФС) и особенности связанных с ним гемостазиологических нарушений до настоящего времени практически не учитывались при выборе тактики лечения больных с острыми нарушениями коронарного кровообращения. В то же время более выраженный уровень данных нарушений и их влияние на клиническое течение могут вызывать более тяжелые последствия острых нарушений регионарного кровообращения на фоне стандартной коррекции.

Цель. Проведен сравнительный анализ клинического течения и исходов острого инфаркта миокарда при применении стандартной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии в зависимости от наличия АФС.

Материалы и методы исследования. Клинические обследования больных осуществлено в период 2003-2006 гг. на клинической базе БСМП г. Семей. В рамках клинического скрининга частоты АФС, проводимого на основании гемостазиологических, иммунологических обследований и анализа анамнестических данных, обследовано 520 больных с инфарктом миокарда. Комплексное клиническое обследование и лечение осуществлено у 98 больных с диагностированным АФС, из них 53 – с крупноочаговым инфарктом миокарда (КИМ), 45 – с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ).

Результаты исследования. Отмечалось улучшение показателей системы гемостаза, заключающееся в динамике к нормализации всех исследованных показателей в группах больных КИМ, пролеченных с исполь-



зованием традиционных подходов, т.е. применения гепарина с целью коррекции гиперкоагуляции и аспирина – повышения агрегации тромбоцитов. При этом данные изменения в целом были характерны как для пациентов без АФС, так и с АФС. Однако имелись определенные особенности динамики данных показателей, связанные с наличием АФС. Существенно различалась, например, динамика к снижению содержания в крови фактора Виллебранда (снижение на 12,3% в группе сравнения – ИМ без АФС, и только 3,7% - среднее значение у пациентов с АФС).

В то же время, такие показатели, как АПТВ и ПВ не имели настолько четких различий. Данные параметры исходно в среднем были ниже у больных с сопутствующим АФС, но их динамика при его отсутствии была большей в первой подгруппе.

Выраженное снижение характеризовало содержание в крови РПДФ и РФМК, однако и в данном случае при отсутствии сопутствующего АФС уменьшение показателя было более выраженным (на 70,0% и 78,5%), чем при АФС (на 53,2% и 64,2% соответственно), несмотря на больший уровень исходных нарушений данных показателей. Снижение продолжительности фибринолиза составляло соответственно по группам 28,4% и 19,3%, т.е. также было более значительным в подгруппе больных без АФС. Аналогично, активность АТIII в группе пациентов без АФС за период наблюдения несколько повысилась, в то время как при наличии сопутствующего АФС не имело никакой динамики. Таким образом, несмотря на большую выраженность гемостазиологических нарушений по всем исследованным параметрам различных звеньев, у больных КИМ с АФС при традиционной терапии была достигнута менее выраженная динамика, чем при наличии АФС. Как следует из полученных данных, и при МИМ наличие АФС вносило значительные особенности в динамику исследованных показателей системы гемостаза. При сравнении степени динамики указанных показателей получены следующие ее характеристики.

Достоверной динамики концентрации в крови больных ВА не было зарегистрировано. При этом в группе без АФС уровень показателя сохранялся примерно равным контрольному, а в группе МИМ с АФС – превышал

средний показатель группы сравнения в 3,3 раза ($p < 0,001$). Снижение содержания в крови ФВ было в обеих исследуемых подгруппах умеренным, и не превышало 10% ни у одного больного. Существенных различий по степени динамики не было, хотя уровень ФВ в подгруппе больных с АФС через 4 недели был достоверно выше, чем без АФС ($p < 0,05$).

Показатель АПТВ изменялся в обеих группах недостоверно, его повышение составило 14,5% и 11,5% соответственно. При этом в подгруппе с АФС имелось достоверное превышение контрольного показателя в ходе лечения. Изменения ПВ были незначительными и статистически недостоверными.

В подгруппе больных МИМ без АФС наблюдалось достоверное и весьма значительное относительно исходного уровня снижение содержания в крови РПДФ, степень которого составила 55,9% ($p < 0,01$). Во второй подгруппе, где отмечался исходно более высокий уровень данных продуктов, степень его снижения была, тем не менее, ниже (35,1%, $p < 0,05$). В результате резкое превышение показателей контрольной группы здоровых лиц сохранялось. Выраженное снижение концентрации РФМК, свидетельствующее о нормализации показателей плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза, было зарегистрировано в обеих группах, однако у больных без АФС оно составило 73,8%, в с АФС – только 64,3%, что в сочетании с исходно более высоким содержанием данных продуктов обусловило значительное и высокодостоверное превышение не только над уровнем контрольной группы, но и по сравнению с подгруппой без АФС ($p < 0,01$). Средний показатель времени фибринолиза изменялся в равной мере в обеих подгруппах обследованных больных. Динамика активности антитромбина III была направлена на ее снижение, что увеличило степень различий с контрольной группой в обеих подгруппах больных.

Обсуждение. Больные с острым инфарктом миокарда, развившимися на фоне АФС, имели не только более выраженные патологические изменения в системе гемостаза на момент развития заболевания, но и более медленную динамику к их коррекции в процессе традиционной терапии.

УДК 615.451.234:616.24:546.76-057.5

ВЛИЯНИЕ «СОЛОДКИ МАСЛО» НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЛЕГКИХ У РАБОЧИХ ХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА

Е.М. Изтлеуов, А.Н. Зиналиева, М.К. Изтлеуов

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

Тұжырым

ХРОМ ӨНДІРІСІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ӨКПЕСІНДЕГІ АЛМАСЫМ ҮДЕРІСТЕРІНЕ МИЯ МАЙЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ

Күніне 3 рет 5 мл «Мия майын» ауыз арқылы қабылдағанға дейін және кейін «Ақтөбе хром қосылыстары зауытының» негізгі цехтарының 153 жұмысшыларының (деммен шыққан ауа конденсатын пайдаланып) өкпе сурфактант жүйесі мен тотығу гомеостазының жағдайы зерттелді.

Хром өндірісі жұмысшыларының бронх-өкпе жүйесінде метаболизм күйзелісі (глутаматаминотранспептидаза, аспарат-, аланинаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа белсенділіктерінің артып, диен