



Рисунок 2. Заболеваемость населения с. Карагужиха

В с. Карагужиха среди осмотренных – здоровых 23,5% (в целом за счет детей). 1 место в структуре заболеваемости населения занимают болезни нервной системы (48,5%), 2 место - болезни системы кровообращения (46%), 3 место - болезни пищеварительной и костно-мышечной (по 35%) и мочеполовой систем (34%).

Заболеваемость населения и жалобы соответствуют друг другу, что показывает о достоверности данных о структуре заболеваемости.

Выводы:

1. Поселок Карагужиха характеризуется неудовлетворительным социально-экономическим и социально-бытовым уровнем.

2. Анализ состояния взрослого населения выявил, что в структуре заболеваемости населения преобладают болезни нервной системы, болезни системы кровообращения, болезни пищеварительной и костно-мышечной и мочеполовой систем.

Бұл мақалада мысал ретінде, Шығыс Қазақстан облысындағы Карагужиха кенті аймағында құлаған «Протон-М» зымыран тасушының екінші баспалдағы жайлы жазылған. Осы жұмыста «Протон-М» зымыран тасушының құлағаннан кейін, оның қоршаған ортаға және мұнда тұратын тұрғындардың денсаулығына қандай әсер тигені туралы айтылады.

The article is considered the condition of hygienic environmental and disease of population at region where falling the second stage of rocket "Proton" for example the country Karaguzhikha of East Kazakhstan.

3. Анкетирование указывает, что основные жалобы идут на ССС, нервную, пищеварительную и мочеполовую системы.

Литература:

1. Жубатов Ж. Система критериев экологической устойчивости территории Республики Казахстан к воздействию ракетно-космической деятельности.- Алматы, 2008,- С.18-19.

2. Кречетов П.П., Королева Т.В., Кондратьев А.Д. Несимметричный диметилгидразин как фактор воздействия на окружающую природную среду при осуществлении ракетно-космической деятельности.- М.: Пеликан, 2008.-С. 4-14.

3. Экологические проблемы и риски воздействия ракетно-космической техники на окружающую природную среду// Справочное пособие. Под общей редакцией Адушкина В.В., Козлова С.И., Петрова А.В.- М.: Изд. «Анkil», 2000. - 640 с.

ӘӨЖ 616-053.1

НӘРЕСТЕДЕ МУКОВИСЦИДОЗДЫҢ КЕЗДЕСУ ЖАҒДАЙЫ

Б.А. Алибекова, Р.Б. Нуртаева, О.В. Паиль, Г.И. Кисина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Муковисцидоз - аутосомды-рецессивті жолмен тұқым қуалайтын, негізінде экзокринді бездердің зақымдалуы және бөліністердің жоғары тұтқырлығы жататын, нәтижесінде өкпе, ішек, ұйқы безінің, сирек

жағдайда бауыр және бүйректің зақымдануымен сипатталатын күрделі ауру. Болжамы қолайсыз - 50% жағдайда өлімге әкеледі. Бірнеше клиникалық түрін ажыратады: өкпелік, ішектік, аралас, нәрестелерде

мекониялды илеус, сонымен қатар аборттивті және жасырын түрін. Клиникалық көрінісі неғұрлым ерте басталса болжамы соғұрлым қолайсыз, ауыр өтеді. Көптеген дамыған елдерде осы ауруға неонатальды скрининг (иммунохимиялық әдіс) жүргізіледі. Неонатальды кезеңде басқа аурулармен ажырату диагнозын жүргізу өте қиын. Сондықтан клиникалық тәжірибеден кездескен жағдайды ұсынамыз.



Нәресте М, қыз жынысты, 30.06.10 ж. 22 сағатта туған. Анамнезінен: 4 жүктілік, 2 босанудан. Алдыңғы жүктіліктер-1995 ж-ұл бала, дені сау; 1996 жылы 2 рет өздігінен түсік астаған, 4 жүктілік-осы. Осы жүктілік асқынған акушерлік анамнез, созылмалы сукөптік, анемия жеңіл дәрежелі, диффузды жемсау 1 дәрежелі, Hbs Ag антиген тасымалдаушылық, жатыр мойны эрозиясы фонында өткен. Анасында резус-теріс қан. Әйелдің қанының резус терістігін ескеріп, резус антиденеге үш рет тексерілді. Антидене титрі анықталмады. Алғашқы УДЗ жүктіліктің 20 аптасында жүргізілген- ерекшеліксіз. Жүктіліктің 27-28 аптасында доплерометрия жасалды және клиникалық анализдері ерекшеліксіз болды. Динамикада жоспарға сай 33 аптада УДЗ жасалған, онда сукөптік, ұрықтың окшауланған асциті анықталды. Осыған байланысты перзентханаға жатқызылған. Уақытынан бұрын 34 аптада медициналық көрсеткіштер бойынша Цовьянов 2 әдісі бойынша босандыру жүргізілді. Босану кезеңі қағанақ суының уақытынан бұрын кетуімен (сусыз кезең 17 сағат 30 минут), ұрықтың жамбаспен келуімен асқынған. Қыз жынысты нәресте дүниеге келді. Апгар межесі бойынша бағалануы: 7-7 балл. Салмағы 3230 г., бойы 46 см.

Туғандағы жалпы жағдайы өте ауыр болды. Бала афлексия қалпында, атония, арефлексия, адинамиа байқалады. Тері жабындары жайылмалы көкшіл түсте, жер түстес болған. Барлық морфофункционалды жетілмеу белгілері болды: денесінде лануго, табаналақан сызықтары дамымаған, үлкен жыныс еріндері кішісін толық жаппайды, құлақ қалқандары жұмсақ, үлкен еңбектері 2*2 см, бас сүйектері жұмсақ, кіндік сақинасы төмен орналасқан. Тыныс алуы беткей, өкпесінде әлсіз тыныс, сырылдар естілмеді. Жүрек тондары тұйықталған. Іш аумағы үлкен, керілген, тамырлы тор байқалды. Бауыр ұлғайған, қабырға доғасынан 3,0*3,5*4,0см шығыңқы.

Болжам диагнозы: Құрсақішілік өкпе қабынуы? Нәрестенің гемолитикалық ауруы, резус жүйе бойынша, аралас түрі (ісіктік-анемиялық), ауыр дәрежелі? Бас миының церебралды ишемиясы орташа ауырлықта. Уақытынан бұрын туу 34 апта.

Жүргізілген тексерулер:

Қанның жалпы анализінде 22.40сағатта: Нb-120 г/л, Эр-3,9*10¹², ЦП-0,92, Лейкоцит- 35 *10⁹, Нt-35%

т.я.10%, с.я.15, э 7, м 15, л 53.ЭТЖ 17 мм/сағ. Қан ұю ұзақтығы 8-8.25 минут, белгісіз клеткалар табылған, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз+.

Биохимиялық қан анализінде 00 сағат 30 минут: Жалпы белок 49 г/л- гипопропротеинемия, глюкоза 7,5 ммоль/л - гипергликемия, жалпы билирубин-126,4 ммоль/л, тура билирубин - 14,0 ммоль/л, тура емес-112,4 ммоль/л

Коагулограммада: Фибриноген-4,0 г/л, ПВ-40 сек, ПТИ-45%, МНО-2,6-жоғары, МИЧ-1,2, ВР-188 сек-ұзарған, Этианоловый тест-теріс, АЧТВ-84 сек ұзарған.

01.30 сағатта - жалпы билирубин 148,2 ммоль/л, турасы 12,4 ммоль/л

Қан тобы I (O), резус-оң. Баланың жағдайының өте ауырлығына байланысты Кумбс сынағын жасауға мүмкіндік болмады.

Жүргізілген емі: Ылғалды оттегі маска арқылы, Викасол 1%-0,3 мл бұлшықетке 1 рет, Ампициллин 75 мг 2 рет бұлшықетке, Гентамицин 12 мг 1 рет көктамырға, Дицинон 12,5%-0,3 мл бұлшықетке, Лазикс 0,3 мл бұлшықетке,Контрикал 0,3 мл көктамырға, Эуфиллин 2,4% 0,3 мл көктамырға, Эритроцитарлы масса O(1) бірінші, резус теріс- 60 мл көктамырға тамшылатып,Тың мұздатылған плазма O(1) бірінші, 60 мл көктамырға тамшылатып құйылды.

Динамикада баланың жағдайы нашарлады. Бала афлексия қалпында, атония, арефлексия, адинамиа байқалады. Тері жабындары жайылмалы көкшіл түсте, жер түстес болды. Тыныс алуы беткей, өкпесінде әлсіз тыныс, әртүрлі калибрлі сырылдар пайда болған. Жүрек тондары тұйықталған. Іш аумағы үлкен, керілген, тамырлы тор байқалды. Бауыр ұлғайған. Нәжісі болған жоқ.

Қанның жалпы анализінде 01.00 сағатта: Нb-106 г/л, Эр-3,9*10¹², ЦП-0,8, Лейкоцит- 40 *10⁹, Нt-31%, т.я.12%, с.я.10, э 8, м 20, л 50.

1.07.10 ж 06.45 сағатта бала жүрегінің тоқтауымен екіншілік асфиксияға түсті.

Жүргізілген реанимациялық шаралар:

1. Жоғарғы тыныс жолдарынан шырышты сору
2. Тактилді стимуляция
3. Трахея интубациясы
4. Амбу қабымен өкпені жасанды желдену
5. Жүрекке тура емес массаж 1:3
6. Адреналин ерітіндісі:1:10000 (Na Cl 0,9%-9 мл)

катынасында 0,3 мл көктамырға Реанимациялық шараларды үшреттік қайталап 15 минут жүргізілген.

01.07.10ж 07.00 сағатта бала өлді. Өмір сүрді 9 сағат.

Қорытынды диагнозы: Нәрестенің гемолитикалық ауруы, резус жүйе бойынша, аралас түрі (ісіктік-анемиялық), ауыр дәрежелі? Құрсақішілік өкпе қабынуы? Бас миының церебралды ишемиясы ауыр дәрежелі. Уақытынан бұрын туу 34 апта.

Патологанатомиялық диагноз:

Негізгі қосарланған ауру: Тума муковисцидоз аралас түрі- ұйқы безінің кистозды фиброзы, сілекей бездерінің шығару өзегінің кистозды кеңеюі, шырыштың гиперсекрециясы, мекониялды тығын, жіңішке ішек шырышты қабатының атрофиясы; гранулемалар, фиброздар және кальциноздармен құрсақішілік перфоративті продуктивті-экссудативті мекониялды перитонит.

Асқынуы: Екіжақты интерстициалды пневмония. Тимустың акцидентальды инволюциясы 2-3 дәрежелі. Паренхиматозды мүшелердің дистрофиясы.

Фондық: уақытынан бұрын туу, бас миының, бүйрек, бауырдың жетілмеуі.

Жүктілік және босану патологиясы: резус-теріс қан, қағанақ суының уақытынан бұрын кетуі (с.к.17 сағ.30 минут), уақытынан бұрын 34 аптада босану, таза жамбаспен келу, Цовьянов бойынша босану.

Плацента патологиясы: плацентаның гиперплазиясы салмағы-670 грамм (қалыпты жағдайда 410г), Созылмалы субкомпенсирленген жетіспеушілік.

Клинико-анатомиялық эпикриз: уақытынан бұрын туған қыз бала 4 жүктілік 2 босанудан 34 аптада, анасының қаны резус теріс, босану кезеңі қағанақ суының ерте кетуімен (с.к. 17 сағат 30 минут), ұрықтың таза жамбаспен келуімен асқынған. Өмірінің 9 сағатынды өлген.

Мәйітті ашқан кезде клиника-гистологиялық мәліметтер мекониялды перитонитпен асқынған тума муковисцидозды көрсетеді. Гепатоспленомегалия және плацентаның гиперплазиясы анықталған. Плацентада-гиперплазия, созылмалы субкомпенсирленген жетіспеушілік. 1 категория бойынша клиникалық және патологанатомиялық диагноздардың сәйкес келмеуі, ауырудың өте сирек кездесуіне және науқас жағдайының ауырлығына, перзентханада болу уақытының аздығына байланысты. Нақты осы жағдайда өлімнің алдын алу мүмкін емес.

Сонымен қорыта келгенде, тұқымқуалайтын ауруларды және тума даму ақауларларын уақытылы анықтамаған жағдайда перинаталды өлімшілік көрсеткішін жоғарлатады. Тума муковисцидоз диагнозын қою үшін «тер» сынағы, генетикалық тексеру, рентгено-

грамма, протеолитикалық ферменттерді тексеру, копрология жүргізіледі. Неонатальды скрининг өткізу тума муковисцидозды ерте анықтауға, болжамын жақсартуға көмектеседі. Антенаталды анықтау үшін скринингті кезеңде УДЗ, генетик тексеруі қажет.

Әдебиеттер:

1. Иващенко, Т.Э. Биохимическое и молекулярно-генетические аспекты патогенеза муковисцидоза [Текст]/ Т. Э. Иващенко, В.С. Баранов.- СПб: «Интермедика», 2002.- 256с.

2. Капранов, Н.Н. Муковисцидоз – современное состояние проблемы/ Н.Н. Капранов//Пульмонология. Приложение по муковисцидозу.-2006.-С.5-11.

3. Height and weight in cystic fibrosis: a cross section study/ S. Morison, J.A. Dodge, T.J. Cole et al. // Arch. Dis. Child. – 2007. – Vol. 77. – P.497-500.

4. Kerem, B. The molecular basis for disease variability in cystic fibrosis / B. Kerem, E. Kerem // Eur. J. Hum. Genet. – 2006. – Vol.4. - P.65-73.

5. Carry, R. Implications of CFTR functions on the understanding of the relationship between genotype/ phenotype / R. Carry, M.D. Cutting // Pediatr. Pulmonol. - 2008. - Vol. 12. - P. 119-

6. Collins, F. Cystic fibrosis: molecular biology and therapeutic implications/ F. Collins // Science. - 2008. - V.256. - P.774-779.

7. Dodge, J.A. Cystic fibrosis / J.A. Dodge, D.J.H. Brock, J.H. Widdicombe // Curr. topics. - 2006. - 370 p.

Случай врожденного муковисцидоза у новорожденного ребенка

Б.А. Алибекова, Р.Б. Нуртаева, О.В. Паиль, Г.И. Кисина

В работе приводится случай обнаружения муковисцидоза у новорожденного ребенка. Муковисцидоз – тяжелое наследственное заболевание, в основе которого лежит поражение экзокринных желез и повышенная вязкость секретов, что приводит к поражению легких, поджелудочной железы и кишечника, реже — печени и почек. В большинстве развитых стран включено в число наследственных болезней, подлежащих неонатальному скринингу. Прогноз остается серьезным, летальность достигает 50%.

Case of congenital cystic fibrosis of the newborn child

B.A. Alibekova, R.B. Nurtaeva, O.V. Pail, G.I. Kissina

The case of detection of cystic fibrosis in the newborn is considered in this work. Cystic fibrosis – is the severe hereditary disease, which is based on the damage of exocrine glands and increased viscosity of secrets that lead to the defeat of the lung, pancreas and intestine, at least - of the liver and kidneys. In most developed countries this disease is included in the number of hereditary diseases to be neonatal screening. Prognosis remains serious and the mortality rate reaches 50%.

УДК 614.283+616+053.31

ОПИАТНЫЙ АБСТИНЕНТНЫЙ СИНДРОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Г.Ш. Устименко

КГКП «Центр матери и ребенка», г. Усть-Каменогорск

В последние годы все более актуальными становятся нарушения развития и заболевания у новорожденных, возникающие вследствие употребления женщинами наркотиков до и во время беременности. На конкретных примерах описано протекание опиатного абстинентного синдрома у 3 новорожденных, матери которых употребляли наркотики до и во время беременности.

Матери-наркоманки часто используют не один определенный нейротропный препарат, а злоупотребляют разными лекарственными средствами, кроме того, курят, употребляют алкоголь, имеют сопутствующие заболевания /анемии, кардиопатии, болезни почек, печени, другую экстрагенитальную патологию/, часто живут в плохих социальных условиях, дистрофичны, беременные наркоманки поздно или вообще не встают на учет в женскую консультацию.

Среди них наблюдается повышенная частота:

1) недонашивания беременности, выкидышей, мертворождений;

2) гестозов, эклампсий, аномалий положений плода, патологий плаценты /предлежания, отслойка, плацентарная недостаточность/;

3) задержки внутриутробного развития /ЗВУР/ плода по гипопластическому, гипотрофическому или даже диспластическому типу;

4) аномальной родовой деятельности /преждевременное отхождение вод, слабость родовой деятельности/;

5) антенатальных энцефалопатий у плода, врожденных пороков развития головного мозга, разных органов и систем, стигм дизэмбриогенеза;

6) рождения детей в асфиксиях, с синдромом