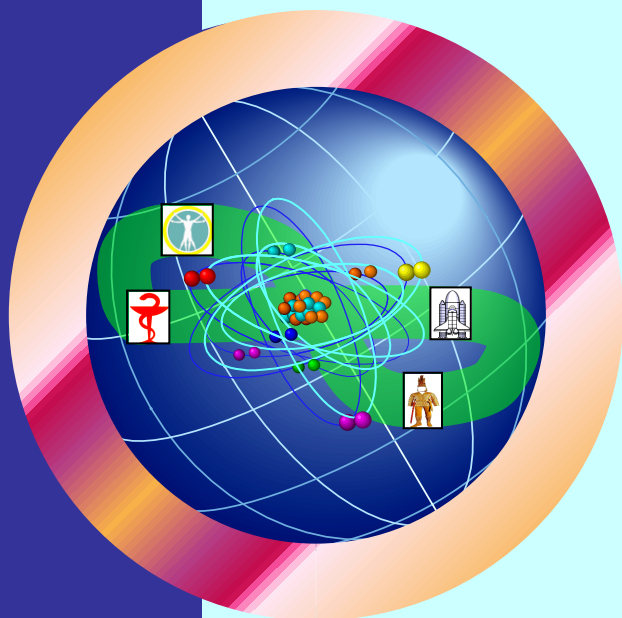




Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



3' 2010

ТОМ 1

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
ежеквартальный журнал

№ 3 (том 1) 2010 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)
Доскалиев Ж.А.	(Астана)
Жужанов 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.К. Каражанова, А.Н. Жумагалиева 4

Современные подходы в лечении легочной гипертензии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

З.К. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Ж.Ж. Мухаметжанов, Ж.Н. Баткульдина 7

Современные проблемы экологии и состояние здоровья населения в городе Усть-Каменогорске (обзор литературы)

Ж.Д. Брыжахина 10

Феномен созависимости (обзор литературы)

Ш.Т. Жукушева, А.С. Жунуспекова, А.А. Лебаева, А.А. Макаева 16

Метаболизмдік синдромды науқастардың жүрек-тамырлы қауіп-қатерлерін төмендетудегі фибраттардың ролі (әдебиеттерге шолу)

Б.Ш. Сакташев 18

Эпидемиология рака желудка

Организация здравоохранения Республики Казахстан

Н.В. Емельянов, О.Д. Доронина, Т.И. Белихина, Г.А. Берекенова 20

Управление рисками при внедрении инновационных технологий

Г.Т. Берденова, А.Қ. Қатарбаев, Ж.С. Сеильбекова, Ғ.К. Мубархан, Н.Т. Мамыкова, М.А. Баубекова 21

Салауатты тамақтануды зерттеудің қазіргі таңдағы әдістемелік жолдары

А.А. Ерембаева 25

Совершенствование системы безопасности пациентов с детским церебральным параличом

Статьи

А.Г. Коровников 28

Сравнительная характеристика Амитриптилина и Феварина в терапии тревожно-депрессивных расстройств у женщин, перенесших радикальные операции при раке молочной железы

О.Г. Таштемирова, И.В. Гловацкая 31

Профилактика и лечение гнойных осложнений при остром панкреатите

М.М. Гладинец, Т.Х. Оразгалиев, А.В. Дрокова, Е.Б. Хромова, А.В. Писмарева, А.А. Расторгуев 34

Патогенетическая лечебная программа геморроя у проктологических больных

О.Б. Оспанов, Н.Р. Рахметов, Т.А. Булегенов, Г.А. Елеуов, И.С. Волчкова, А.А. Сукашев 36

Оценка антирефлюксной функции эзофагокардиофундопликации, как компонента операции при ахалазии пищевода, по данным суточной рН-метрии

А.А. Кусаинов 38

Методика проведения склеротерапии доброкачественных кист щитовидной железы

Р.Л. Иванова, Ж.Е. Омарбекова, М.В. Горемыкина, А.М. Берекенова 41

Анализ причин смерти в ревматологическом отделении Медицинского центра ГМУ г. Семей за период 2005-2009 гг.

Д.С. Дильманова 43

Динамика показателей активности и функционального статуса больных анкилозирующим спондилоартритом в зависимости от длительности заболевания

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нургалиев, З.Д. Маликова, 46

А.С. Шаменко, А. Кажитаев

Характеристика впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания мужчин

О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова 47

Разработка и применение рентгенологического метода оценки пищеводного клиренса

до и после эзофагокардиомиотомии при ахалазии пищевода

Т.И. Белихина, Г.К. Ажмуратова, Р.Т. Булеуханова, Т.Ж. Мулдагалиев, Ж.К. Байбусинова 50

Объективизация детерминированных эффектов ионизирующего излучения и действие общесредовых факторов риска среди потомков лиц, рожденных от облученных родителей

Е.К. Ибраимов, Н.Р. Рахметов 51

Комплексное лечение дуоденальных язв в гастроэнтерологическом отделении МЦГМУ г. Семей с использованием эндоскопических процедур

Г.К. Ажмуратова 54

Значение эффектов потенцирования радиационных и нерадиационных факторов риска при формировании здоровья населения Казахстана

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, Г.К. Алшынбекова, А.В. Дорошилова, Б. Тоткушев, К. Машин 55

Условия труда и степень нарушения здоровья рабочих различных профессий при подземной добыче руды

М.А. Камалиев, Ж.А. Кожекенова 59

Результаты самооценки здоровья и образа жизни специалистов санитарно-эпидемиологической службы

О.Д. Доронина, А.Г. Иванова, Т.И. Белихина, Г.А. Берекенова 62

Современные проблемы обеспечения экологической безопасности полимерной индустрии в интересах устойчивого развития

И.А. Тригуб, Ф.Ф. Ягофаров, Н.С. Шакенова 64

Лабораторная диагностика сенсibilизации к клещам рода Demodex

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, З.Д. Маликова, Г.М. Бельдеубаева, А.С. Шаменко, Д. Джумагулова	66
Факторы, способствующие заболеванию туберкулезом детей и подростков	
Л.К. Каражанова, А.Н. Жумагалиева, Н.Ж. Елемесова	67
Оценка терапевтической эффективности силденафила (синагра) при хронической обструктивной болезни легких	
Н.С. Шакенова	69
Демодикозды блефароконъюнктивиті бар наукастардың иммундық жауап ерекшеліктері	
Д.С. Дильманова	72
Сравнительная оценка эффективности комбинированной терапии анкилозирующего спондилоартрита в зависимости от длительности заболевания	
Б.А. Рахымгалиев	74
Интрамедуллярный остеосинтез диафизарных переломов длинных трубчатых костей	
К.Р. Акильжанов	75
Переломы пяточных костей: исходы лечения и причины инвалидизации	
Б.А. Рахымгалиев	77
Результаты лечения больных с закрытыми переломами диафиза плечевой кости	
А.А. Ерембаева	79
Особенности динамики инвалидности от детского церебрального паралича в Восточно-Казахстанской области	
Г.А. Оразбекова, А.Н. Сексенали, Д.А. Сыбанбаев, Ю.В. Волков, Б.М. Муханова	81
К вопросу о диагностике и тактике лечения острой билиарной патологии при наличии кардиального синдрома	
С.Н. Татенкулова	82
Аутоиммунные реакции при хронической сердечной недостаточности различной этиологии	
Л.К. Ушкац	88
Применение Карведилола при хронической сердечной недостаточности	
Л.Ю. Беспалова	89
Особенности личностных проявлений у пациентов с опийной наркоманией, сочетанной с ВИЧ-инфекцией	
С.А. Апбасова	92
Есірткі заттарымен улану кезінде иммундық жүйе ағзаларының иммундыморфологиялық сипаттамасы	
Л.Т. Сапарова	96
Қазақстандағы балаларда кездесетін полииоздар ағымының ерекшеліктері	
Г.Р. Акильжанова, Г.К. Битигова, Т.П. Насонова	98
Результаты сочетанного применения мази Пантодерм с противогрибковой мазью Микозорал у больных с микозами стоп и кистей	
А.А. Абдулин	100
Некоторые особенности льготного лекарственного обеспечения участников Великой Отечественной войны и лиц к ним приравненных	
М.К. Кыдырбаев	101
Единая национальная система здравоохранения: размышления вслух	
Н.Н. Коньртаева	103
Организация гиродотерапевтической помощи на госпитальном этапе медицинской помощи	
А.А. Абдулин	104
Медицинское обслуживание инвалидов отечественной войны в Республике Казахстан	
Г.Р. Акильжанова	106
Оценка клинической и микологической эффективности препарата «Ламизил уно» в наружной терапии микозов стоп	
С.Б. Сламжанова	108
Жаужұмыр өсімдігінің фармакодинамикалық әсерлерін зерделеу	
Е.Р. Шакенов	109
Сопряженность нарушений естественного иммунитета среди детей, рожденных от облученных родителей с увеличением частоты хронических инфекционно-воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей	
Е.К. Ибраимов	111
Эндоскопическое выявление и лечение гастродуоденальных кровотечений	
А.А. Дюсупова, Б.Б. Дюсупова, Ю.С. Васьковская, А.М. Досбаева, А.Е. Нуржанова, Г.Б. Жумагулова, И.Х. Альпаева	114
Ретроспективный анализ показателей гемодинамики у умерших больных, получавших интенсивную терапию	
Г.Ж. Есенбекова, Б.А. Жетписбаев, Б.А. Мукушев	115
Эпидемиялық процестерді математикалық моделдеу әдісі көмегімен зерттеу (теориялық аспект)	
Р.Т. Булеуханова, И.Я. Клейнбок, Е.Ж. Габдуллина, Б.И. Гусев, К.Н. Апсаликов	119
Клинико-эпидемиологическая, инструментальная и лабораторная объективизация нарушений неспецифической резистентности и их физиологическая коррекция у потомков лиц, подвергавшихся радиационному воздействию	
А.С. Субханбердина, Л.Ю. Беспалова	122
Клинико-динамический патоморфоз героиновой наркомании, осложненной ВИЧ-инфекцией	
Д.М. Секербаев	124
Клинико-эпидемиологическая характеристика энтеровирусного менингита у детей	

УДК 616.24-002-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**Л.К. Каражанова, А.Н. Жумагалиева****Государственный медицинский университет г. Семей**

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) определяется как заболевание, характеризующееся не только повреждением легких, но и системными проявлениями [1], среди которых наиболее изучены сердечно-сосудистые [2]. Крупные эпидемиологические исследования показали, что сердечно-сосудистые заболевания обнаруживаются $\geq$ у 50% пациентов с ХОБЛ [3].

Легочная гипертензия (ЛГ) – прогностически неблагоприятное осложнение ХОБЛ [4]. В мультицентровом проспективном исследовании, проведенном в странах Европы, было показано, что легочное сердце занимает 2-е место в структуре общей смертности больных ХОБЛ, уступая лишь дыхательной недостаточности [5]. Согласно новой классификации, принятой на 3-м Всемирном симпозиуме по легочной артериальной гипертензии, ЛГ у больных ХОБЛ относится к группе легочных гипертензий, ассоциированных с заболеваниями легких и / или гипоксемией [6]. Критериями наличия ЛГ при хронических респираторных заболеваниях является повышение среднего давления в ЛГ (Рра) в условиях покоя > 20 мм.рт.ст. (в норме данный показатель находится в пределах 9-16 мм.рт.ст.) [7,8]. Кроме ЛГ, популярным понятием является *cor pulmonale* – легочное сердце. В современной клинической практике, некоторые современные эксперты предлагают отождествлять понятия «легочная гипертензия» и *cor pulmonale* [9]: «*Cor pulmonale* – легочная артериальная гипертензия, являющаяся следствием заболеваний, нарушающих функцию и / или структуру легких; легочная артериальная гипертензия вызывает развитие гипертрофии и дилатации правого желудочка и со временем может привести к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности» [10].

Распространенность ЛГ. Точная распространенность ЛГ у больных ХОБЛ неизвестна, т.к. исследования с использованием надежных методов оценки давления в ЛА, например катетеризации центральных вен, в большой выборке никогда не проводились. Согласно данным аутопсийных исследований, признаки гипертрофии правого желудочка встречаются у 40% всех больных, умерших от ХОБЛ [9]. В клинических исследованиях с участием относительно небольшого количества больных были получены сходные данные: при использовании прямых методов оценки давления Рра > 20 мм.рт.ст. в покое было выявлено у 35% пациентов с ХОБЛ тяжелого течения [6]. Распространенность ЛГ и легочного сердца зависит от степени тяжести функциональных изменений заболевания: при значениях показателя объема форсированного выдоха за 1-ю с (ОФВ1) < 600 мл частота развития легочного сердца приближается к 70% [11]. G. Thabut et al. оценивали легочную гемодинамику у 251 больного ХОБЛ, являвшихся кандидатами для трансплантации легких или хирургической редукции легочного объема (средний ОФВ1 - $24 \pm 12\%$) [12]. Рра > 25 мм.рт.ст. было обнаружено у 50,2% больных, у большинства обследованных значения Рра находились в диапазоне 25-35

мм.рт.ст. Для всех больных ХОБЛ с выраженной ЛГ характерными функциональными особенностями являлись: значительное снижение диффузионной способности легких, тяжелая гипоксемия без гиперкапнии и умеренное снижение ОФВ1 ($\sim 50\%$) [12,13].

ЛГ является одним из важнейших факторов прогноза у больных ХОБЛ. В многочисленных исследованиях была показана прогностическая значимость таких факторов, как дисфункция правого желудочка (ПЖ), Рра и легочное сосудистое сопротивление (PVR). В работе B. Burrows et al. в ходе 7-летнего наблюдения за 50 больными ХОБЛ было показано, что PVR являлось одним из наиболее сильных факторов-предикторов выживаемости больных; ни один из пациентов с уровнем PVR > 550 c/cm³ не прожил > 3 лет [14]. По совокупным данным, полученным на основании нескольких долгосрочных исследований, летальность при ХОБЛ связана со степенью ЛГ: при уровне Рра 20-30 мм.рт.ст. 4-5 летняя выживаемость пациентов составляет 70-90%, при значениях Рра 30-50 мм.рт.ст. – 30%, а при тяжелой ЛГ (Рра > 50 мм.рт.ст.) 5-летняя выживаемость равна 0 [7].

Механизм развития легочной гипертензии при ХОБЛ

Комбинация нескольких факторов, оказывающих активное и пассивное влияние на легочную гемодинамику, являются причиной развития и становления ЛГ у больных ХОБЛ [8]. Основной причиной ЛГ является артериальная гипоксемия. Впервые роль альвеолярной гипоксии в развитии легочной вазоконстрикции была показана в 1946 г. U. Von Euler и G. Lijstrand [24]. Альвеолярная гипоксия вызывает легочную вазоконстрикцию посредством прямых и непрямых механизмов. Прямой эффект гипоксии связан с развитием деполяризации гладкомышечных клеток сосудов и их сокращением [25]. К непрямым механизмам гипоксической вазоконстрикции относится воздействие на стенку сосудов эндогенных медиаторов, таких как лейкотриены, гистамин, серотонин, ангиотензин II и катехоламины [8]. При гиперкапнии предполагается причиной ЛГ повышение сердечного выброса [26].

В последние годы активно обсуждается дисфункция эндотелия легочных сосудов при ЛГ различного генеза [27]. Развитие хронической ЛГ у больных ХОБЛ сопровождается ремоделированием легочных сосудов, характеризующимся пролиферацией меди, миграцией и пролиферацией гладкомышечных клеток в интиму, фиброэластозом интимы, утолщением адвентиции [28]. Сокращение площади капиллярного русла, сопровождающее деструкцию паренхимы легких и характерное для эмфиземы, компрессия легочных сосудов в результате выраженной легочной гиперинфляции (эффект создания зон Веста II) являются структурными факторами, ведущими к развитию ЛГ при ХОБЛ [29]. Полицистемия является независимым от гипоксемии фактором, вызывающим увеличение Рра и PVR у больных ХОБЛ [30].

Диагностика ЛГ. Одним из наиболее надежных рентгенологических признаков ЛГ у больных ХОБЛ является увеличение диаметра правой нисходящей ЛА > 16 мм. В исследовании R. Matthay et al. было показано, что данный признак присутствовал у 43 из 48 больных ХОБЛ с

ЛГ[32]. Компьютерная томография (КТ) легких позволяет с высокой точностью измерить диаметр ствола ЛА[33]. Эхокардиография (ЭхоКГ) – один из наиболее информативных неинвазивных методов оценки давления в ЛА, кроме того, ЭхоКГ позволяет оценить размеры камер и толщину стенок сердца, сократительную и насосную функцию миокарда, динамику и форму внутрисердечных потоков [34]. Магнито-резонансная томография (МРТ) является относительно новым методом диагностики ЛГ. Она позволяет достаточно точно оценить толщину стенки объема полости правого желудочка (ПЖ), фракцию выброса ПЖ[35]. Катетеризация правых отделов сердца и ЛА является методом «золотого стандарта» при постановке диагноза ЛГ[36]. Одним из наиболее ценных биомаркеров при ЛГ является мозговой натрийуретический пептид. Он секретируется миоцитами желудочков сердца, и его высвобождение в системный кровоток прямо пропорционально степени перегрузки желудочков объемом и давлением[37].

Медикаментозная терапия при вторичных ЛГ должна быть направлена прежде всего на основное заболевание: например, при ХОБЛ необходимо использовать в полном объеме все средства для максимального улучшения бронхиальной проходимости, оптимизации показателей газообмена и контроля за воспалением дыхательных путей у больных. К числу основных лекарственных препаратов для терапии больных ХОБЛ относятся антихолинергетики, β_2 -агонисты, метилксантины, ингаляционные глюкокортикостероиды, при развитии инфекционных обострений используется антибиотик [1]. Предпринималось множество попыток найти оптимальный вазодилататор, снижающий ЛГ у пациентов с хроническими респираторными заболеваниями. Для этой цели предлагалось использовать блокаторы кальциевых каналов, пролазин, нитраты и гидралазин [31].

В течение последних лет появилось несколько перспективных препаратов, эффективность которых у больных с первичной легочной гипертензией доказана. К ним относятся простациклин и его аналоги (илопрост, трепростенил, беропрост), антагонисты рецепторов эндотелина (босентан) и ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (силденафил) [16].

Внутривенное введение простациклина у больных с тяжелой ХОБЛ и ЛГ приводило к снижению PVR, однако уже через 1 сут. терапии эффект препарата полностью нивелировался, кроме того на фоне терапии простациклином снижалось PaO_2 и повышалась фракция шунтирования [17].

Выбор другого пути доставки аналогов простациклина – ингаляционного – позволяет сохранить положительное воздействие препарата на легочную гемодинамику и в то же время устранить неблагоприятное влияние на газообмен и системную гемодинамику. Н. Olschewski et al. показали высокую эффективность ингаляционной формы стабильного аналога простациклина илопроста у больных ЛГ на фоне идиопатического легочного фиброза (ИЛФ)[18]. Препарат приводил к значительному снижению PVR, но при этом не влиял на PaO_2 и системное артериальное давление.

Крайне интересными являются данные о применении силденафила при легочной гипертензии у больных с интерстициальными поражениями легких. Широко известна точка зрения о том, что при хронических заболеваниях легких применение вазодилататоров увеличивает кровоток к маловентилируемым (или неинвазивно-

емым вообще) отделам легких, который без этих препаратов значительно снижен вследствие физиологической вазоконстрикции. В исследовании H.A. Choftani et al. (2004) показано, что у больных с легочным фиброзом силденафил в отличие от аналога простациклина обеспечивал селективную дилатацию сосудов, снабжающих хорошо вентилируемые отделы легких, без значимого дилатирующего эффекта на артерии, снабжающие те отделы легких, вентиляция которых была нарушена. При этом наблюдалось улучшение оксигенации крови, что сопровождалось положительным клиническим эффектом[15].

Силденафил является селективным ингибитором цГМФ-зависимой (цГМФ – циклический гуанозинмонофосфат) фосфодиэстеразы 5-го типа. Предотвращая деградацию цГМФ, он приводит к снижению PVR и давления в ЛА. Эффективность силденафила в дозе 50 мг сравнима с NO по влиянию на Ppa и PVR у больных с ИФЛ и ЛГ, в отличие от всех известных лекарственных препаратов, силденафил приводит к повышению PaO_2 [20]. В исследовании S. Alp et al терапия силденафилом (50 мг 2 раза в сутки) в течение 3 мес. у больных ХОБЛ привела к снижению Ppa с $30,2 \pm 5,5$ мм.рт.ст. до $24,6 \pm 4,2$ мм.рт.ст. ($p < 0,01$) и PVR с 401 ± 108 дин/см⁵ до 264 ± 52 дин/см⁵ ($p < 0,05$) [19]. Кроме того, значительно увеличилась пройденная дистанция в 6-минутном шаговом тесте (6-МШТ) – 351 ± 49 м до 433 ± 52 м ($p < 0,05$).

Босентан – антагонист рецепторов эндотелина-1, который блокирует рецепторы эндотелина типа A (ЭТ-A) и типа B (ЭТ-B) гладкомышечных клеток вызывает вазоконстрикторный и митогенный эффект. С учетом значительного повышения у больных ХОБЛ уровня ЭТ-1 в крови [21], существуют теоретические предпосылки для использования у данной группы пациентов антагонистов рецепторов эндотелина.

В недавно выполненном рандомизированном контролируемом исследовании D.Stolz et al. сравнивали эффективность бозентана и плацебо у 30 больных ХОБЛ (ОФВ1 – 36%) с легкой ЛГ (PAPs- 33 мм.рт.ст) на протяжении 12 нед [22]. В конце исследования не было отмечено никаких различий между группами в изменении одышки, толерантности к физическим нагрузкам, PAPs, функции легких и региональном распределении перфузии в легких, но на фоне приема бозентана наблюдалось небольшое, но достоверное снижение PaO_2 ($p=0,08$). В другом исследовании эффективность бозентана в течение 1 года была изучена у 17 больных ХОБЛ «диспропорциональной», т.е. выраженной, ЛГ ($Ppa > 35$ мм.рт.ст.) и относительно сохранными функциональными легочными показателями (ОФВ1 > 40%, в среднем 59%) [23]. Терапия бозентаном привела к снижению Ppa с 54 до 49 мм.рт.ст., повышению сердечного индекса с 2,8 до 3,1 л/мин/м², приросту дистанции 6-МШТ на 48 м и уменьшению одышки, оцененной по шкале MRC, на 1,1 балла. Ухудшение оксигенации было зарегистрировано лишь у 3 больных, что потребовало дополнительного назначения кислорода.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. Publication Number 2701, Updated 2006. GOLD website (www.goldcopd.com).

2. Agustí A.G.N., Noguera A., Sauleda J. et al. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. J.* 2003; 21:347-360.
3. Sin D.D., Man S.F. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at increased risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation*. 2003; 107:1514-1519.
4. Weitzenblum E., Hirth C., Ducolone A. et al. Prognostic value of pulmonary artery pressure in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1981; 36: 752-758.
5. Zielinski J., MacNee W., Wedzicha J. et al. Causes of death in patients with COPD and chronic respiratory failure. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 1997; 52:43-47.
6. Simonneau G., Galie N., Rubin L.J et al. Clinical classification of pulmonary hypertension. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2004; 43(12, suppl.S): 5S-12S.
7. Weitzenblum E., Demedis M. Treatment of pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur. Respir. Mon.* 1998, 7: 180-188.
8. Hida W., Tun Y., Kikuchi Y. et al. Pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease: recent advances in pathophysiology and management. *Respiration* 2002; 7:3-13.
9. Fishman A.P. State of the art chronic cor pulmonale. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1976; 114:775-794.
10. Weitzenblum E. Chronic cor pulmonale. *Heart* 2003; 89:225-230.
11. MacNee W. Pathophysiology of cor pulmonale in chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1994; 150:833-852, 1158-1168.
12. Thabut G., Daurial G., Stern J.B. et al. Pulmonary hemodynamics in advanced COPD candidates for lung volume reduction surgery or lung transplantation. *Chest* 2005; 127:1531-1536.
13. Chaouat A., Bugnet A.S., Kadaoui N. et al. Severe pulmonary hypertension and chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005; 172:189-194.
14. Burrows B., Fletcher C.M., Heard B.E. et al. Clinical types of chronic obstructive lung disease in London and in Chicago: a study of 100 patients. *Am. Rev. Respir. Dis.* 1964; 90:14-27.
15. Ghofrani H.A., Voswinckel R., Reichenberger F. et al. Differences in hemodynamic and oxygenation responses to three different phosphodiesterase-5 inhibitors in patients with pulmonary arterial hypertension: a randomized prospective study. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 44:1488-96.
16. Galie N., Manes A., Branzi A. The new clinical trials on pharmacological treatment in pulmonary arterial hypertension. *Eur. Respir. J.* 2002; 20:1037-1049.
17. Archer S. L., Mike D., Crow J. et al. A placebo-controlled trial of prostacyclin in acute respiratory failure in COPD. *Chest* 1996; 109:750-755.
18. Olshewski H., Ghofrani H.A., Walmrath D. et al. Inhaled prostacyclin and iloprost in severe pulmonary hypertension secondary to lung fibrosis. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1999; 160:600-607.
19. Alp S., Skrygan M., Schmidt W.E. et al. Sildenafil improves hemodynamic parameters in COPD-an investigation of six patients. *Pulm. Pharmacol. Ther.* 2006; 1:386-390.
20. Ghofrani H.A., Wiedemann R., Rose F. et al. Sildenafil for treatment of lung fibrosis and pulmonary hypertension: a randomized controlled trial. *Lancet* 2002; 360:895-900.
21. Ronald M., Bhowmik A., Sapsford R.J. et al. Sputum and plasma endothelin-1 levels in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001; 56:30-35.
22. Stolz D., Rash H., Linka A. et al. A randomized, controlled trial of bosentan in severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2008; 32:619-628.
23. Sulica R. Clinical response to endothelin receptor antagonists in COPD patients with pulmonary hypertension. In: *Proceeding of ATS Congress*. San Francisco; 2007.
24. Von Euler U., Lijstrand G. Observations on the pulmonary arterial blood pressure in cat. *Acta Physiol. Scand.* 1946; 12:301-320.
25. Bergofsky E.H., Holtzman S. A study of the mechanisms involved in the pulmonary arterial pressor response to hypoxia. *Circ. Res.* 1967; 20:506-519.
26. Naeije R. Pulmonary hypertension and right heart failure in COPD. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2003; 59:250-253.
27. Dinh-Xuan A.T., Higenbottam T., Clelland C. et al. Impairment of endothelium-dependent pulmonary artery relaxation in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324:1539-1547.
28. Cherniaev A., Samsonova M., Avdeev S., Bazarov D. Pulmonary vascular remodeling in COPD versus bronchial asthma. *Eur. Respir. J.* 2003; 22(suppl. 45):82s.
29. Fessler H.E. Heart-Lung interactions: applications in the critically ill. *Eur. Respir. J.* 1997; 10:226-237.
30. Nacamura A., Kasamatsu N., Hashizume I. et al. Effects of hemoglobin on pulmonary arterial pressure and pulmonary vascular resistance in patients with chronic emphysema. *Respiration* 2000; 67:502-506.
31. Weitzenblum E., Chaouat A. Hypoxic pulmonary hypertension in man: what minimum daily duration of hypoxemia is required? *Eur. Respir. J.* 2001; 18:251-253.
32. Matthay R.A., Schwarz M.I., Ellis J.H., et al. Pulmonary artery hypertension in chronic obstructive pulmonary disease: determination by chest radiography. *Invest. Radiol.* 1981; 16:95-100.
33. Tan R.T., Kuzo R., Goodman L.R. et al. Utility of CT scan evaluation for predicting pulmonary hypertension in patients with parenchymal lung disease. *Medical College of Wisconsin Lung Transplant Group. Chest* 1998; 113:1250-1256.
34. Naeije R., Tobricki A. More on the noninvasive diagnosis of pulmonary hypertension: Doppler echocardiography revisited. *Eur. Respir. J.* 1995; 8:1445-1449.
35. Turnbull W., Ridgeway J.P., Biernacki W. et al. Assessment of the right ventricle by magnetic resonance imaging in chronic obstructive lung disease. *Thorax* 1990; 45:597-601.
36. Chemia D., Castelain V., Herve P. et al. Hemodynamic evaluation of pulmonary hypertension. *Eur. Respir. J.* 2002; 20:1314-1331.
37. Yoshimura M., Yasue H., Okumura K. et al. Different secretion patterns of atrial natriuretic peptide and brain natriuretic peptide in patients with congestive heart failure. *Circulation* 1993; 87:464-469.

УДК 614.2+574.24

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
В ГОРОДЕ УСТЬ-КАМЕНОГОРСКЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****З.К. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Ж.Ж. Мухаметжанов, Ж.Н. Баткульдина
ВКФ «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний», г. Усть-Каменогорск**

В последнее десятилетие проблемы загрязнения окружающей среды приобрели всемирные масштабы. Причиной для этого послужило глобальное загрязнение биосреды. В настоящее время наиболее напряженная экологическая обстановка сложилась в г.Усть-Каменогорске. На сравнительно небольшой территории города сконцентрированы мощные предприятия цветной металлургии, атомной, бериллиевой, титано-магниевого промышленности, энергетики и т.д. Загрязнение среды обитания человека тяжелыми металлами и другими токсикантами, содержащимися в выбросах промышленных предприятий, достигло уровней, которые становятся опасными для проживания населения [1,2].

Сосредоточение большого количества промышленных предприятий со значительными выбросами в атмосферу на ограниченной рельефом территории, использование устаревших технологий, низкая эффективность очистных сооружений в сочетании с природно-климатическими условиями, сопровождающимися частыми штормами, слабым ветром и инверсиями, способствуют тому, что в течение многих лет атмосферный воздух города в значительной мере загрязнен взвешенными веществами, тяжелыми металлами, диоксидами серы и азота, сажей, фтористым водородом, фенолом, аммиаком, формальдегидом и сероводородом [3,4].

В значительной степени антропогенные нарушения экологического равновесия выражены в основной среде обитания – атмосфере и большая часть исследований, направленных на установление влияния техногенных факторов окружающей среды на здоровье населения, касается загрязнения атмосферного воздуха [5,6].

Доказано что, тяжелые металлы обладают выраженными кумулятивными свойствами, высокой биохимической активностью. Некоторые исследователи отмечают [7,8], что изменение реактивности женского организма во время беременности снижает защитную функцию плаценты и может сопровождаться нарушением ее структурно-функционального состояния, повышает проницаемость тканей плаценты для повреждающих агентов внешней среды. Установлено что, среднее содержание тяжелых металлов в крови, как у рожениц, так и у новорожденных, превышает норму почти в два-три раза. В результате чего первичной мишенью для воздействия химических веществ становится плод. На большом фактическом материале доказано, что для здоровья детей раннего возраста критериями внешнего и внутреннего неблагополучия внутриутробного развития являются показатели заболеваемости и смертности новорожденных, частота аномалий развития, врожденные уродства, генетические, хромосомные и геномные заболевания, замедление внутриутробного роста и развитие плода, недоношенность, функциональные нарушения различных органов и систем. Выявлено, что у новорожденных, матери которых проживают в экологически неблагополучных районах, в 3-6 раз чаще встречаются недоношенность, внутриутробная гипотрофия, патология ЦНС [8,9].

Результаты исследования некоторых авторов, изучавших особенности течения беременности, родов и состояние здоровья новорожденных в Восточно-Казахстанской области, установили ухудшение здоро-

вья беременных и новорожденных, высокую частоту акушерских и перинатальных осложнений, рост врожденных пороков развития, что, по их мнению, свидетельствовало о значительном влиянии вредных факторов окружающей среды на репродуктивное здоровье населения области. Авторы подчеркивали, что результаты исследования позволяют отнести всех женщин репродуктивного возраста, проживающих в этом регионе, к группе высокого риска по акушерской патологии и по возможному рождению ребенка с врожденным пороком развития [10].

Воздействие неблагоприятных факторов внешней среды в первую очередь отражается на несформированном детском организме, находящемся в процессе роста. Исследование проведенное некоторыми авторами было посвящено оценке гармоничности, пропорциональности, темпов физического развития и установлению изменений в характере закономерностей физического развития детского населения г.Усть-Каменогорска. Авторы данного исследования сделали вывод, что наличие большого процента числа детей с дисгармоничным развитием было связано не только экологическим неблагополучием, но и с ухудшением социально-экономических условий [11-14].

По динамике изменения здоровья можно судить об эффективности принимаемых решений, а также о перспективах развития общества. Отсюда становится понятной значимость системы слежения за здоровьем с одновременным наблюдением и оценкой роли ведущих факторов и выявлением связи между этими факторами и здоровьем [15,16].

Исследование многолетней ретроспективной информации о заболеваемости населения позволяет оценить динамику, выявить региональные особенности здоровья. Изучив динамику неинфекционной заболеваемости, авторы не выявили четкой картины показателей заболеваемости населения по отдельным нозологическим формам. Было отмечено двухфазное изменение показателей первоначальное снижение и последующее повышение. Это, также свидетельствует, что когда приостанавливали производства, выбросы тоже снизились, поэтому можно сказать, уровень заболеваемости тесно связан с состоянием окружающей среды [17].

Согласно материалам некоторых исследователей, проводивших анализ заболеваемости населения города, была установлена устойчивая тенденция к росту показатели общей заболеваемости. К числу наиболее характерных для изучаемого города авторы отнесли болезни органов дыхания, нервной системы и органов кровообращения, пищеварения. Резко возросли болезни эндокринной системы, отмечалось снижение рождаемости и устойчивая тенденция к повышению смертности населения [18-20]. Указано, что рост числа больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями щитовидной железы в регионе особенно у работников отдельных учреждений связан с радиационным риском.

Цитогенетический анализ хромосомных aberrаций выявил повышенную частоту хромосомных aberrаций, что является фактором индуцированного мутагенеза. Частота хромосомных aberrаций нестабильного типа преобладает у тех, кто долго живут в городе, где выяв-

лен высокий процент дицентрических хромосом $12,9 \pm 3,22$ а также хромосом с хроматидными обменами $1,6 \pm 0,33$ по сравнению с рабочими. Полученные результаты свидетельствуют о мутагенезе, индуцированном влиянием факторов ОС [21].

К числу важнейших интегральных характеристик функционального состояния организма относится оценка состояния иммунной системы и обменных процессов. В силу своей высокой чувствительности иммунная система может выступать как показатель воздействия на организм различных антропогенных факторов, в т.ч., быть чувствительной индикаторной системой наличия в регионе экологической неблагоприятной ситуации [22]. Несмотря на важность оценки иммунологического статуса населения, нами обнаружены единичные исследования, касающиеся данной проблемы в г.Усть-Каменогорске. Проанализированный материал свидетельствует о широком распространении иммунологических нарушений среди жителей города.

Особого внимания заслуживает работа исследователей [23] изучившие иммунный статус населения г.Усть-Каменогорска профессионально не связанные с экологически вредными факторами производств. Анализ средних показателей для всего обследованных показал, большой процент отклонения от нормы.

При оценке влияния различных факторов на состояние здоровья населения нельзя не остановиться на исследованиях условия труда, тем более, в г.Усть-Каменогорске значительная доля взрослого населения занята на промышленных предприятиях, в том числе на рабочих местах с вредными и опасными производственными факторами. В течение многих лет территориально-промышленный регион Усть-Каменогорска занимает одно из ведущих мест в республике по уровню профессиональной заболеваемости. Известно, что для профессиональных болезней характерна прямая причинно-следственная зависимость между вредным воздействием неблагоприятных производственных факторов и профессиональной заболеваемостью [24-26].

Различные вредные факторы оказывают комбинированное, одновременное, хроническое действие и вызывают определенные адаптационные изменения физиологических систем, способствуют напряжению защитных, детоксикационных сил организма и при длительном действии приводят к их срыву, что может развиться в возникновении дисфункциональных расстройств и, предболезненных состояний, в снижении резистентности организма к действию болезнетворных агентов, а также к пониженной работоспособности и повышенной утомляемости. Вопросы прогнозирования донозологических изменений состояний здоровья рабочих раскрыты в некоторых работах исследователей [27].

Особенный интерес представляло изучение динамики иммунорегуляторных субпопуляций у обследованных рабочих. Представленные данные показывают, что прирост происходил относительно неравномерно – преимущественно за счет супрессорной субпопуляции. Это настолько важно, что требует детального рассмотрения. Результаты научных работ некоторых авторов были посвящены проведению иммунореабилитации пантовыми процедурами для рабочих во вредных условиях труда. По данным этих исследователей проведение курса пантовых процедур сопровождалось восстановлением исходно нарушенных показателей иммунного статуса – снижением выраженности лейкоцитоза, повышением количественного содержания иммунокомпетентных клеток преимущественно за счет субпопуляции супрессоров, снижением выраженности дисиммуноглобулинемии, снижением исходно повышенного содержа-

ния ЦИК и восстановлением показателей фагоцитоза. Эти иммунные изменения сопровождались клинически выраженными положительными изменениями, повышением эмоционального статуса, и они рекомендуют пантовые процедур к широкому внедрению практики [28]. Полученные на практике позитивные результаты потребовали широкого распространения опыта в реабилитации здоровья населения.

Представленный обзор литературных источников свидетельствует о низких показателях состояния здоровья населения г.Усть-Каменогорска – росте заболеваемости, распространенности иммунологических и цитогенетических нарушений, отклонениях в состоянии физического развития детей, накоплении тяжелых металлов в биосредах. Установлено влияние загрязнений окружающей среды и условий труда на состояние здоровья различных групп населения.

В целом, обзор публикаций свидетельствует о многочисленности работ, посвященных проблемам охраны здоровья населения. Однако следует отметить, в настоящее время в Республике Казахстан до сих пор не создан список экологически обусловленных и зависимых заболеваний и не разработаны модели медико-экологической помощи населению, проживающему на экологических неблагоприятных территориях. Назрело время, острой необходимости объективной оценки влияния длительного отрицательного воздействия экологических факторов на здоровье населения. Разработки региональной программы оздоровления населения для защиты здоровья населения от неблагоприятных экологических факторов.

Литература:

1. Федоров Г.В., Корчевский А.А., Яковлева Н.А., и др. Проведение комплексного геоэкологического исследования территории и здоровья населения г.Усть-Каменогорска // Мат. межд. научно-практ. конф. «Проблемы трансграничного загрязнения территорий». -Усть-Каменогорск, 2004. - Ч. II. - С.156-160.
2. Суржигов Д. В. Гигиеническая оценка риска нарушения здоровья населения промышленного города от воздействия факторов окружающей среды // Гигиена и санитария. -2007. -№5. -С.32-34.
3. Акынова А.А. Содержание тяжелых металлов в окружающей среде и биологических объектах и их взаимосвязи // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. - Алматы, 1998. - С.120-123.
4. Демченко А.И., Козловский М.К., и др. Загрязнение почвы Восточного Казахстана – площадный источник поступления тяжелых металлов в поверхностные водотоки бассейна р. Иртыш // Тяжелые металлы и радионуклиды в окружающей среде: Мат. межд. науч.-практ. конф. 10-12.02.2000. – Семипалатинск, 2000. – С.205-206.
5. Засорин Б.В. Определение реальной химической нагрузки на население урбанизированных территорий за счет загрязнения воздушной среды //Пробл. медицины труда и пром. токсикологии в Казахстане: Мат. Респ. науч.практ.конф.–Караганда, 2006. – С.151-154.
6. Букунова А.Ш., Султанбеков З.К. и др. Гигиено-экологическая оценка состояния окружающей среды г.Усть-Каменогорска в динамике последних пяти лет наблюдения // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – Алматы. – 2003. – № 3. – С.31-35.
7. Тотанов Ж.С., Жаркинов Е.Ж., Букунова А.Ш. Содержание тяжелых металлов в биосубстратах у беременных женщин и новорожденных в регионе экологического неблагополучия: Материалы II съезда врачей и

провизоров Республики Казахстан. – Астана, 2002. – Том II. – С. 343.

8. Султанбеков З.К., Букунова А.Ш. Воздействие тяжелых металлов на репродуктивное здоровье женщин в городе Усть-Каменогорске // Мат. V Всеросс-кого конгресса «Профессия и здоровье». -Москва.-2006.-С.281-283.

9. Исмагулова А.У., Кенжалина Ж.У., Адайханова Г.Б., Байтурлина Д.Г. и др. О влиянии окружающей среды на состояние здоровья и заболеваемости детей // Экология и здоровье детей.: сб. науч. тр. респуб. конф.-Усть-Каменогорск, 2003.-С.48.

10. Букунова А.Ш., Султанбеков З.К. Общая оценка состояния здоровья беременных женщин в условиях техногенного загрязнения среды обитания человека // Сб.межд.научно-практ.конф. – Усть-Каменогорск, 2004. – С.36-39.

11. Попович Ю.Г., Рахимова Р.Ж. Здоровье детей в Восточном регионе//Сб.научных трудов респуб. конф. «Экология и здоровье детей». – Усть-Каменогорск, 2003. – С.10-11.

12. Драт И.А., Ахмадиева Ж.К. Заболеваемость некоторыми важнейшими социально-значимыми болезнями у детей и подростков ВКО за 1998-2002гг. // Сб.научных трудов респуб.конф. Экология и здоровье детей. – Усть-Каменогорск, 2003. – С.38-39.

13. Мажиринова К.З., Баянова М.Ф. Особенности течения беременности, родов и состояние здоровья новорожденных в Восточно-Казахстанской области // Актуальные проблемы репродуктивной медицины. Сб. статей респуб. науч. исслед.-кого центра охраны здоровья матери и ребенка.-Алматы.-2002.-С.38-40.

14. Воробьева Т.Г., Байгельдинова Т.У. Физическое развитие детей г.Усть-Каменогорска // Адаптационные и иммунные реакции организма человека и животных на воздействие различных факторов внешней среды.-Усть-Каменогорск.-1996.-С.4-8.

15. Султанбеков З.К., Букунова А.Ш., Дюсупов Ш.Д. Репродуктивное здоровье женщин в экологически неблагоприятном регионе // II Межд. конф. «Медико-социальная реабилитация населения экологически неблагоприятных регионов». Семей.-2008.-С.144.

16. Омарова М.Н., Букунова А.Ш., Жаркинов Е.Ж. Современные проблемы экологии и состояние здоровья детского населения в Республике Казахстан (обзор) // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. – Алматы. – 2002. – № 3-4. – С.9-15.

17. Мусинов Д.Р. Медико-экологические проблемы здоровья населения Восточно-Казахстанской области // Медицинские проблемы экологии человека: Сб.науч.тр.-Усть-Каменогорск,1997.-С.32-34.

18. Бескемпирова К.Б., Кальянова О.А. Результаты сравнительного анализа материалов собственных и

ретроспективных исследований по гигиенической характеристике и оценке загрязнений почвы вредными веществами в ВКО // Гигиена, эпидемиология и иммунология.-Алматы.-2000.-№3-4.-С.37-40.

19. Байжуманова Л.Т. Динамика Заболеваемости населения района «У», связанная с загрязнением окружающей среды, по данным «АГИС-ЗДОРОВЬЕ» // Медицинские проблемы экологии человека.-Усть-Каменогорск.-1997.-С.48-53.

20. Абдрахманова Р.К. Анализ причин перинатальной смертности // Сб.научных трудов респуб.конф. «Экология и здоровье детей». – Усть-Каменогорск, 2003. – С.8-10.

21. Казаченко Н.В. Иммунный статус беременной женщины и новорожденного ребенка в условиях экологического неблагополучия // Пробл. медицины труда и пром. токсикологии в Казахстане: мат. респ. науч.-практ. конф. – Караганда, 2006. – С.243-246.

22. Кулқыбаев Г.А., Намазбаева З.И. и др. Генетический статус населения, проживающих в условиях загрязнения почв тяжелыми металлами //Медицина труда и пром. экология.-2004.- №11.- С.42-44.

23. Шамардин В.А., Дрожжина Л.И., Шамардина А.В., Рудь Н.В. Иммунный статус населения г.Усть-Каменогорска //Адаптационные и иммунные реакции организма человека и животных на воздействие различных факторов внешней среды.-Усть-Каменогорск.-1996.-С.3-8.

24. Султанбеков З.К. Гигиеническая характеристика условий труда рабочих основных цехов титано-магниевого комбината // Медицина и экология. – Караганда, 2003. -№ 2(27).-С. 31-33.

25. Султанбеков З.К., Карабалин С.К. и др. Оценка состояния процессов липопероксидации у рабочих магниевого производства и губчатого титана // Медицина.-Алматы, 2004.-№6.-С.71-73.

26. Султанбеков З.К., Кулқыбаев Г.А., Баянова М.Ф., Дюсембаева Н.К. Цитогенетическая нестабильность у рабочих титано-магниевого производства в зависимости от условий труда // Медицина труда и пром.экология.-М.,2004.-№11.-С.16-20.

27. Султанбеков З.К. Вопросы прогнозирования до-нозологических изменений состояний здоровья рабочих титано-магниевого производства // Мат. I межд. науч.-практ. конф. – Санкт-Петербург.-Донозология.-2005.-С.260.

28. Султанбеков З.К., Тохтаров А.З. и др. Использование пантосодержащих препаратов в реабилитации профпатологических больных // Инновационные технологии в области оздоровления и медицинской реабилитации: Мат. III межд. науч.-практ. конф. – Алматы, 2003.-С.290-291

Өскемен қаласының тұрғындарының денсаулық жағдайы мен экологиясының қазіргі кездегі проблемалары

З.К. Султанбеков, А.Ш. Букунова, А.Б. Гайсин, Ж.Ж. Мухаметжанов, Ж.Н. Баткульдина

Мақалада Өскемен қаласының тұрғындарының денсаулық жағдайы мен экология проблемаларының аналитикалық шолуы берілген. Негізінен соңғы он жылда атқарылған зерттеу жұмыстарының материалдары қарастырылған. Соңғы жылдары бұл аймақта қоршаған ортаның ластануын гигиено-экологиялық бағалау және оның тұрғындарының денсаулық жағдайына әсерін зерттеу бойынша кешенді жұмыстар жүргізілген. Осы экологиялық мәселенің аймақ бойынша әлі шешілмей тұрғандығы баяндалады.

Modern problems of ecology and condition of the health of the population in Ust-Kamenogorsk

Z.K. Sultanbekov, A.Sh. Bukunova, A.B. Gaisin, G.G. Muhametzhonov, G.N. Batculdina

The work contains of analogous search of ecological problems and condition of health of the population of the city. Generally there are analyzed documents and investigators that took place in the last 10 years. Last year in this region are taken place complexed search on hygiene of ecological evolution of the berry bory and studying of affect of degradation of envi-rons. Generally the review of publications show that a lot of works were dedicated to the problems of the populations health.

УДК 615.015.6+159.938.362.63

**ФЕНОМЕН СОЗАВИСИМОСТИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****Ж.Д. Брыжахина*****Государственный медицинский университет г.Семей***

Большинство специалистов в области зависимостей рассматривают созависимость как индивидуальную или семейную проблему. Некоторые начинают исследовать ее как «системную» проблему. Лишь немногие рассматривают ее как проблему нашего общества. Энн Уилсон Скеф в работах «Женская реальность» (1981) и «Когда общество попадет в зависимость» (1987) выделяет две системы, которые, по ее мнению, вступают в конфликт: Мужская, или система, для которой характерна зависимость, и Спасаящая Женская, или система жизненного процесса. В своей работе «Чаша и былинка» (1987) Райен Айслер дает более глубокий исторический обзор культуры нашей планеты и эволюционный взгляд на две основные формы отношений, которые она называет доминаторной моделью и моделью партнерства. Р. Айслер проводит детальный анализ противоречий и проблем, которые порождает каждая из моделей. Исследования Айслера охватывают взаимоотношения полов на протяжении всей человеческой истории. Она сопоставляет факты, взятые из областей искусства, археологии, религии, социологии, истории и множества других областей, чтобы создать новую историю о наших культурных истоках. Это позволяет объяснить «борьбу полов» за контроль и доминирование, которую в настоящее время ведут многие современные феминистки. Конечно, взгляды Айслера значительно шире и глубже. В своей книге она подробно описала партнерское общество, которое существовало в Европе и на Ближнем Востоке, на протяжении 30- 40 тысяч лет, и основывалось на единстве, сотрудничестве и удовлетворении взаимных потребностей. Это общество ценило рождение детей и качество воспитания, что мы можем назвать культом «женского». Начала слабеть эта эпоха примерно в середине четвертого тысячелетия до нашей эры, и культ женского начала постепенно начал вытесняться культом мужского, что привело к совершенно противоположному типу цивилизации, которую Айслер определила как доминаторное общество. Согласно Айслер, доминаторное общество культивирует качества, которые мы традиционно ассоциируем с мужественностью, ценит готовность отдать свою жизнь и деструктивные действия, такие как завоевание территории и война. Эта социальная структура, построенная на неравенстве, как правило, ставит одну часть общества над другой. Несмотря на то, что культурные ценности этих обществ можно назвать сейчас «тяжелыми» или более «мужскими», доминаторные общества могут быть как матриархальными, так и патриархальными. Группа людей, стоящих выше, удерживает в своих руках власть, берет на себя риск и получает все вознаграждения, оставляя нижестоящую группу лишенной власти и зачастую бедной. Вместо взаимозависимого сотрудничества люди связаны конкуренцией, образуют иерархию, которая в итоге должна поддерживаться силой или угрозой силы. Это создает атмосферу недоверия и разъединения. По мнению Айслера, при изучении модели социальных структур становится понятным, что доминаторная модель создает созависимое общество, а партнерская модель ведет к созданию взаимозависимого общества, в котором люди трудятся совместно, чтобы поддерживать друг друга. Таким образом, корни созависимости пронизывают всю структуру доминатор-

ной модели общества. Она присутствует во всех гражданских институтах, включая даже религиозные структуры. Христианство, преобладающая религия Запада, в основном поддерживает доминаторную модель. Христианство пришло в мир в то время, когда почитание женских ценностей уже ушло в подполье. Однако партнерская модель религии не только проповедовалась, но и практиковалась многими ранними христианами. Начиная примерно с 200 г. нашей эры одно из истинных посланий христианства – партнерство было утрачено (Паджелз, 1979).

Утвердившаяся извращенная методология использовалась для того, чтобы держать людей в состоянии бессилия и безнадежности. В соответствии с христианскими догмами, простой человек никогда не попадет в рай без священников, епископов и других посредников церковной иерархии, в которой доминируют мужчины. Начались преследования, которые в средние века превратились в эпидемию, когда более семи миллионов женщин, признанных колдуньями или еретичками, были убиты или сожжены на кострах (Стархок, 1979).

Многие современные историки культуры, такие как Хосе Аргуэллес (1987), считают, что эта религиозная война продолжается, и сейчас она превратилась в войну против самой Земли. Феминистки, например Сьюзен Гриффин (1978), ищут параллели между обращением с женщинами и обращением с планетой. В этой перспективе западные ученые пишут о том, что причины созависимости уходят своими корнями в глубь нашей социальной структуры. Любая культура, которая ставит один пол выше другого, одну религию выше другой или одну расу выше остальных, создает общество, готовое быть созависимым (Уайрхолд Б., 2003).

Созависимость присутствует также во всех других западных институтах: медицине, образовании, политике и военном деле. Большинство экономических систем западного мира базируется на одной из форм капитализма, включающей сектор владельцев и сектор работников. Если мы начнем исследовать свои базовые модели в личных взаимоотношениях, то увидим что их необходимо менять на каждой ступени культуры. Такие изменения вызовут радикальный поворот способа видения себя и окружающего мира. Подобный поворот Питер Расселл (1983) и Теодор Розак (1979) называют «сдвиг в сознании».

В книге «Созависимость: неотложная проблема» Роберт Сабби и Джон Фрил (1984) писали о созависимости: «Эмоциональное психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того - что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил - правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем». И далее: «Первоначально это использовалось для описания лица или лиц, чьи жизни были нарушены в результате того, что они были вовлечены во взаимоотношения с кем-то, кто был химически зависимым. Созависимый супруг или созависимая супруга, либо сын или дочь, либо любящий кого-то, кто является химически зависимым, рассматривался как человек, у которого развились нездоровые способы преодоления жизненных трудностей» как реакция на злоупотребление алкоголем или

другими химическими веществами другим лицом». Эрн Ларсен (1985), другой специалист в области созависимости определяет созависимость так: «Это выученный набор поведенческих форм или дефектов характера самопораженного свойства, который приводит к снижению способности инициировать и участвовать в любовных взаимоотношениях».

Сами созависимые, естественно, испытывали влияние созависимости задолго до того, как слово появилось в обращении. В 1940-х годах, вскоре после рождения сообщества Анонимных Алкоголиков, группа лиц, первоначально только жен алкоголиков - сформировала группу самопомощи, затем пошли группы поддержки для преодоления тех трудностей, которые возникают в связи алкоголизмом их мужей (Москаленко В.Д., 2002).

Основная идея тогда, когда в 1979 году появилось слово «созависимость», была та, что созависимые (ко-алкоголики или пара-алкоголики) - это люди, чьи жизни стали неуправляемыми в результате проживания в тесных, взаимоотношениях с алкоголиком или другим химически зависимым лицом.

Созависимыми по Москаленко В.Д. являются: 1. Лица, находящиеся в браке или в любовных взаимоотношениях с больными алкоголизмом или наркоманией; 2. Родители, взрослые братья и сестры больного; 3. Лица, имеющие одного или обоих родителей, больных алкоголизмом или наркоманией; 4. Лица, выросшие в эмоционально репрессивных семьях.

Созависимость – это состояние, возникающее у членов семьи больного алкоголизмом или другими формами зависимости, которое подчас тяжелее, чем само заболевание. С начала 1980-х годов этот термин употребляется с растущей частотой. В мире развивается целое движение по преодолению созависимости (Москаленко В.Д., 2002).

По мере того, как профессионалы начинали лучше понимать созависимость, появлялось все больше групп людей, у которых созависимость отмечалась: взрослые дети алкоголиков; люди, находящиеся в тесных взаимоотношениях с эмоционально и психически больными; люди, находящиеся с хронически больными; родители детей с поведенческими проблемами; люди, находящиеся в тесных взаимоотношениях с безответственными людьми; люди с такими «помогающими» профессиями, как медицинские сестры, социальные работники и другие. Даже выздоравливающие алкоголики и наркоманы заметили, что они были созависимыми и, возможно, это состояние у них возникло задолго до начала химической зависимости (Москаленко В.Д., 1991, 1995, 1992, 1993, 1994).

Созависимый человек – это тот, кто полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека и совершенно не заботится об удовлетворении собственных жизненно важных потребностей (Москаленко В.Д., 1996,).

Если говорить о созависимых лицах как родителях, то Москаленко В.Д. выделяет 4 типа созависимых родителей: требовательный родитель, критикующий родитель, сверхопекающий родитель и отстраненный родитель, однако, по мнению этого же автора все родители созависимы в той или иной мере.

Общепризнанной, всеобъемлющей дефиниции созависимости не существует. Многие предлагали свои определения, которые подчеркивали те или иные стороны созависимости (Москаленко В.Д., 1992).

Американский исследователь Смоли: «Созависимость - это паттерн усвоенных форм поведения, чувств и верований, делающих жизнь болезненной. Это зависимость от людей и явлений внешнего мира, сопровожда-

дающаяся невниманием к себе до такой степени, что мало остается возможностей для самоидентификации» (цит. по 21).

Другой американский исследователь Уэкшайдер-Круз: «Это - (созависимость) постоянная концентрация мысли на ком-то или на чем-то и зависимость (эмоциональная, социальная, иногда физическая) от человека или объекта. Иногда эта зависимость от другого человека становится патологическим состоянием, влияющим на все другие взаимоотношения» (цит. по 21).

Исследователь Янг (1987): Созависимость – это «плохое здоровье, нарушение адаптации и проблемы поведения, связанные с совместным проживанием с больным алкоголизмом».

Исследователь Шеф (1986): «Созависимость- это болезнь, имеющая множество форм и выражений и вырастающая из основного процесса, который я называю процессом развития зависимости». Чермак считает: Созависимость- это « нарушение личности, основанное на: необходимости контроля ситуации во избежание неблагоприятных последствий; невниманием к своим собственным нуждам; нарушении границ в области интимных и духовных взаимоотношений; слияние всех интересов с дисфункциональным лицом. Другие проявления – отрицание, депрессия, вызванные стрессом соматические заболевания» (цит. по 21).

Менденгол (1989) определяет созависимость, как «вызванную стрессом концентрацию мысли на чьей-либо жизни, что приводит к нарушению адаптации».

Сабби считает, что Созависимость – «это эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, развившееся в результате подверженности длительному стрессу и использованию набора подавляющих правил – правил, которые не позволяют открыто выражать свои чувства, а также прямо обсуждать личные и межличностные проблемы» (цит. по 21).

Березин С.В. и соавт. (1999): «Созависимость - совокупность феноменов, возникающих в системе отношений «наркоман - значимый другой». Проявляется в динамике состояний и поведения индивида, при актуализации в его сознании образа наркомана, а также в зависимости индивида от этих состояний. Таким образом, наркоман зависим от наркотиков, созависимый – от собственных состояний, возникающих при актуализации в его сознании образа наркомана».

Определение, которое дали Барри Уайнхолд и Джейн Уайнхолд (2003) вытекает из происхождения феномена созависимости. «Созависимость – это приобретенное дисфункциональное поведение, возникающее вследствие незавершенности решения одной или более задач развития личности в раннем детстве».

Маргарет Малер (1968) определяет созависимость как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве – стадии установления психологической автономии.

С конца 70-х годов понятие «созависимость», стало использоваться как для описания психологического состояния отдельных членов семьи, в которой имеется химически зависимый человек (наркоман, токсикоман, алкоголик), так и для характеристики внутрисемейных отношений в целом. По мнению М.Битти (1997), созависимость – это «эмоциональное, психологическое и поведенческое состояние, возникающее в результате того, что человек длительное время подвергался воздействию угнетающих правил, которые препятствовали открытому выражению чувств, а также открытому обсуждению личностных и межличностных проблем».

Как считает А.В.Терентьева (1999), созависимость, подчинение своего «Я», своих чувств, ожиданий, убеждений и восприятия реальности состоянию человека, имеющего химическую зависимость.

Э.Смит (1991) говорит о том, что созависимость - это состояние в рамках действительного существования, которое в значительной мере является результатом адаптации к действительности. Это закрепившаяся реакция на стресс, который в течение времени становится скорее образом жизни, чем способом выживания. Даже когда источник стресса прекращает свое влияние, созависимый человек продолжает действовать в окружающей его среде так же, как если бы угроза угнетения продолжала существовать.

По мнению С.В.Березина и Е.А.Назарова (2000), «созависимость - это защитная компенсаторная реакция на внутриличностный конфликт». Сторонами конфликта при этом выступают крайне противоречивые отношения со значимым человеком и, с другой стороны, индивидуализированная система культурных норм, ценностей, предписаний и т. п. Созависимость «при этом выражается в поведении, направленном на разрушение с одной из сторон конфликта. В отношении семьи наркомана уместно определение «саморазрушающаяся семья».

Описания созависимости, которые имеются в литературе, характеризуют ее как психологическую проблему.

По Москаленко В.Д. (2000) созависимость характеризуется следующими проявлениями: 1. Низкая самооценка, 2. Желание контролировать жизнь других, 3. Желание заботиться о других, спасать других, 4. Искажение чувств, 5. Склонность к отрицанию, 6. Болезни, вызванные стрессом, 7. Поражение духовной сферы.

Если внимательно посмотреть на основные характеристики созависимой личности по Барри Уайнхолду (2003) – можно обнаружить типичную модель поведения, более характерную для ребенка, чем для взрослого человека.

Характеристики созависимости по Барри Уайнхолд и Джерей Уайнхолд (2003):

1.Созависимые неспособны отличить свои мысли и чувства от мыслей и чувств других (созависимые думают и испытывают ответственность за других людей); 2.Ищут внимания и одобрения других, чтобы чувствовать себя хорошо; 3.Ощущают беспокойство или вину, когда у других «есть проблемы»; 4.Делают все, чтобы угодить другим, даже когда им этого не хочется; 5.Не знают, чего хотят и в чем нуждаются; 6.Возлагают на других определение своих желаний и потребностей; 7.верят в то, что другим виднее, чем им, что для них лучше; 8.злятся или падают духом, когда дела идут не так, как им хотелось бы; 9.концентрируют всю свою энергию на друг их людях и их счастье; 10.пытаются доказать другим, что они достаточно хороши чтобы их любить; 11.не верят, что могут сами заботиться о себе; 12.верят что любому человеку можно доверять; 13.идеализируют других и разочаровываются, когда они живут не так, как надеялись созависимые; 14.хнычут или дуются, чтобы получить то, что хотят; 15.чувствуют, что другие их не ценят и не замечают; 16.винят себя, когда дела идут плохо; 17.думают, что не достаточно хороши; 18.испытывают страх быть отвергнутым (отвергнутой) другими; 19. живут так, как будто они - жертва обстоятельств; 20.боятся ошибиться; 21.желают больше нравиться другим и хотят, чтобы те больше их любили (созависимых); 22.пытаются не предъявлять требований к другим; 23.боятся выразить свои истинные чувства из страха быть отвергну-

тым; 24.позволяют другим обижать себя, не пытаясь защититься; 25. не доверяют себе и принятым ими решениям; 26. испытывают трудности наедине с собой; 27.делают вид, что ними ничего плохого не происходит, даже если это не так; 28.все время находят себе занятие, чтобы отвлечься от мыслей; 29.ничего ни от кого не хотят; 30. видят все или в черном, или в белом свете – для них или все хорошо, или все плохо; 31.лгут, чтобы защитить или выгородить людей, которых любят; 32.испытывают сильный испуг, обиду или злость, но пытаются не показывать этого; 33.находят что быть близким с другими трудно; 34.полагают, что спонтанно развлекаться и действовать трудно; 35.постоянно ощущают беспокойство, не зная почему; 36.чувствуют себя вынужденным работать, есть, заниматься сексом даже тогда, когда это им не доставляет никакого удовольствия; 37.беспокоятся что их могут бросить; 38.чувствуют себя погрязшими во взаимоотношениях; 39. чувствуют, что им нужно принуждать, манипулировать, просить или подкупать других, чтобы получить то, чего они хотят; 40.плачут, чтобы получить то, чего хотят; 41.чувствуют, что руководствуются чувствами других; 42.боятся собственного гнева; 43.чувствуют себя бессильными изменить свое положение или добиться изменений в себе; 44.думают, что кто-то должен измениться, чтобы изменились они сами.

По мнению Ананьевой Г.А. (2006) для созависимости характерно:

1.заблуждения, отрицание, самообман; 2.чрезмерная озабоченность кем-то или чем-то при пренебрежении собой вплоть до полной потери собственного «Я»; 3.компульсивные действия (неосознанное иррациональное поведение, о котором человек может впоследствии сожалеть, но, все же, продолжает действовать так же, как бы движимый невидимой внутренней силой); 4.навязчивая потребность совершать определенные действия по отношению к другим людям (опекать, подавлять, возмущаться и т.п.); 5.привычка испытывать одни и те же чувства (жалость к себе, гнев, раздражение и т.п.);

6.«замороженные» чувства и связанные с ними проблемы в общении, интимных отношениях и т.п.; 7.неумение разграничить ответственность за себя и за другого (взрослый отвечает за себя перед другими, созависимый отвечает за других перед другими и перед собой); 8. потеря границ; созависимый позволяет себе вторгаться в чужую жизнь так же, как и другим позволяет вторгаться в свою, решать за себя «что хорошо для него, что плохо»; 9.низкая самооценка, граничащая с ненавистью к себе; 10. нарушения здоровья, вызванные постоянным стрессом.

Некоторые авторы описывают параллелизм проявлений в течении зависимости и созависимости. Однако эти исследования касались семей алкоголиков, где в категорию созависимых входили жены алкоголиков.

Коробкина В.В. (2004) описывает такой парадокс: «Даже если муж трезв, жена угнетена, подавлена, жалуется на головную боль и неприятные ощущения в области сердца. Это не что иное, как синдром похмелья. У созависимой жены «синдром отмены» (подобно «ломке» у наркомана) может наблюдаться и после развода с мужем. В этом случае она принимает новую дозу того же яда, то есть возвращается к прежнему мужу или выходит замуж за другого, который почему-то тоже оказывается болен алкоголизмом».

Москаленко В.Д. (2002): «Созависимость – зеркальное отражение зависимости, поскольку наблюдаются те же симптомы: подчиненность сознания предмету при-

страстия, утрата контроля за своим поведением и отрицание – непризнание факта собственной болезни.”

Приведем сходство проявлений по некоторым признакам зависимости и созависимости по данным этого же автора.

1.Охваченность сознания предметом пристрастия: При зависимости: Мысль об алкоголе, наркотике доминирует в сознании. При созависимости: Мысль о больном доминирует в сознании. 2. Утрата контроля: При зависимости: Над количеством алкоголя или наркотика, над ситуацией, над своей жизнью. При созависимости: Над поведением больного и над собственными чувствами, над жизнью. 3.Отрицание, минимизация, проекция, рационализация и другие формы психологической защиты: При зависимости: «Я не алкоголик», «Я не очень много пью», «От наркотика мне ничего не будет». При созависимости: «У меня нет проблем, проблемы у моего мужа (сына)» 4.Агрессия: При зависимости: Словесная, физическая. При созависимости: Словесная, физическая. 5.Преобладающие чувства: При зависимости: Душевная боль, вина, стыд. При созависимости: Душевная боль, вина, стыд, ненависть, негодование. 6.Рост толерантности: При зависимости: Увеличивается переносимость всё больших доз вещества. При созависимости: Растёт выносливость к эмоциональной боли. 7. Синдром похмелья: При зависимости: Для облегчения синдрома требуется новая доза вещества. При созависимости: После развода с зависимым человеком, вступают в новые деструктивные взаимоотношения. 8.Опьянение: При зависимости: Часто повторяющееся состояние в результате употребления психоактивного вещества. При созависимости: Невозможность спокойно, рассудительно, т.е. трезво мыслить как часто повторяющееся состояние. 9.Самооценка: При зависимости: Низкая, допускающая саморазрушающее поведение. При созависимости: Низкая, допускающая саморазрушающее поведение. 10.Физическое здоровье: При зависимости: Болезни печени, сердца, желудка, нервной системы. При созависимости: Гипертония, головные боли, «невроз» сердца, аритмии, язвенная болезнь. 11.Сопутствующие психические нарушения: При зависимости: Депрессия. При созависимости: Депрессия. 12.Перекрёстная зависимость от других веществ: При зависимости: Зависимость от алкоголя, наркотиков, транквилизаторов может сочетаться у одного индивида. При созависимости: Помимо зависимости от жизни больного, возможна зависимость от транквилизаторов, алкоголя. 13.Отношение к лечению: При зависимости: Отказ от лечения. При созависимости: Отказ от лечения. 14.Условия выздоровления: При зависимости: Воздержание от психоактивного вещества, знание концепции болезни, долгосрочная реабилитация. При созависимости: Отстранение, знание концепции созависимости, долгосрочная реабилитация. 15.Течение: При зависимости: Рецидивирующее. При созависимости: Рецидивирующее.

Созависимость по определению Маргарет Малер (1968) определяется как психологическое расстройство, причиной которого является незавершенность одной из наиболее важных стадий развития в раннем детстве – стадии установления психологической автономии. Психологическая автономия необходима для развития собственного “Я”, отдельного от родителей.

Маргарет Малер (1968) рассматривает созависимость как эволюционную проблему, тесно связанную с семейной системой. Созависимость, по ее мнению, возникает вследствие незавершенности критических стадий развития в течение первых шести лет жизни, в

частности, стадий соединения и отделения. Связь и отделение: критические задачи созависимости.

При этом подходе болезненные и вызывающие тревогу события рассматриваются как кризисы развития, а не как эмоциональные расстройства или психические заболевания.

Эволюционный подход подразумевает четыре стадии психологического развития: 1) Созависимость – длится от рождения до 6-9 месяцев; 2) противозависимость – 18-36 месяцев; 3) независимость – длится до шести лет; 4) взаимозависимость – 6-12 лет.

Если что-то нарушает завершение любой из этих стадий, то в течение всей жизни человека будут повторяться процессы, ведущие к завершению стадий психологического развития. Результат незаконченного соединения и/или отделения – это созависимость. Созависимый человек будет: « прилипать » (1), пытаться завершить свое соединение и становясь очень привязанным или зависимым, или (2) пытаться завершить отделение или автономию, становясь очень обособленным, то есть противозависимым, или (3) будет ходить по кругу между тем и другим.

Уаинхолд Б. (2003) считает, что примерно 98% американцев страдают от серьезных нарушений, которые сегодня называют созависимостью. Менее 1% этих людей более-менее осведомлены о влиянии созависимости, и мало кто из них принимает какие-либо меры, чтобы устранить эти воздействия.

Многие зарубежные авторы, придерживаются мнения о том, что созависимые личности воспитываются дисфункциональными семьями (Fenell, David, 1989, Halpern, Howard, 1982, Hendricks, Gay, 1982, Karpman, Steven, 1968, Peele, Stanton, 1989).

Москаленко В.Д. (1991,1992) рассматривает созависимость как закономерный спутник зависимости, имеющийся у одного из членов семьи.

Дьячкова Ирина (2006) говорит, что два года жизни с зависимым приводят к созависимости.

Однако, в возникновении созависимости по мнению Москаленко В.Д.(2002г) играют роль многие факторы. Это совместное проживание с больным, недостаточная социальная поддержка в окружении, необходимость преодолевать трудности. Главным же источником созависимости является формирование характера в родительской семье. По наблюдениям Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом являются созависимыми с самого начала взаимоотношений с партнером.

Истоки созависимости, по мнению автора, лежат в раннем детстве, большое значение имеет опыт психотравм детства. Воспитание в дисфункциональной семье формирует такие психологические особенности личности, которые составляют «почву» созависимости. Стресс выступает провоцирующим пусковым механизмом процесса, проявляющегося тем, что имеющаяся «почва» приходит в движение (Москаленко В.Д.,2002).

В доступной литературе мы не смогли найти достаточно источников, характеризующих пограничные психические расстройства у родственников наркоманов. Так как системно этот вопрос не изучался. В опубликованных данных имеются лишь отдельные отрывочные сведения.

Вопрос о состоянии психического здоровья не больных алкоголизмом мужей, находящихся в браке с больной алкоголизмом женщиной изучался, в частности, Москаленко В.Д. (1993). В процессе клинического обследования мужей, больных алкоголизмом женщин были диагностированы такие психопатологические расстройства, как неврозы (51,5%), невротическое развитие (15,2%), психопатия (31,3), без психических нару-

шений (0%). Проведенное исследование позволило авторам сделать определенные выводы: из всех обследованных мужчин, состоявших в браке с больными алкоголизмом женщинами у мужчин, проживавших в одной квартире с женой, наблюдались психопатологические расстройства; у мужчин, проживавших отдельно от больной алкоголизмом жены, психопатологических расстройств на момент исследования семьи не наблюдалось. Авторы указывают на то, что алкоголизм у жены является реальным психотравмирующим фактором, приводящим к развитию психопатологических расстройств у мужа, не зависимо от характера патологической «почвы».

Анализ литературы (Москаленко В.Д., 1997) позволяет очертить спектр психопатологии, встречающийся у взрослых детей больных алкоголизмом родителей. В порядке убывающей частоты он представлен следующими нарушениями: алкоголизм, социопатия, депрессия, наркомания. Следует подчеркнуть, что у одного и того же индивида может наблюдаться два и более патологических состояния из этого спектра. Важно отметить и то обстоятельство, что ряд патологических состояний почти не встречается или встречается с частотой, характерной для общей популяции у взрослых детей больных алкоголизмом родителей. Это шизофрения, маниакальное состояние, эпилепсия. Что касается неврозов, этот вопрос систематически не изучался.

Пятницкая И.Н. (1994г.) говорит о том, что при алкоголизме высокая болезненность членов семьи проявляется различными психосоматическими расстройствами (ИБС, гипертоническая, язвенная болезни), сердечно – сосудистые нарушения нарастают с возрастом и особенно часты у родителей алкоголиков. У близких наркомана, по ее мнению, психосоматические заболевания встречаются сравнительно редко. Эта тема не достаточно освещена в литературе. Среди немногих работ можно назвать исследования Z. Telkes и соавт. (1989г.), которые у 24,3% своих 218 пациенток с психосоматическими заболеваниями обнаружили мужей – алкоголиков. При психосоматических заболеваниях в общемедицинской практике, всегда целесообразно выявлять возможное пьянство в семье пациента.

Сравнивая психиатрические и наркологические наблюдения, Пятницкая И.Н. (1994) показывает, что алкоголизм – более сильный травмирующий фактор, нежели душевная болезнь. И объясняет это тем, что алкоголизм долгое время не воспринимается как болезнь, а оценивается как оскорбляющее близких поведение, уклонение от семейных обязанностей. Это усугубляется манерой обращения больного со своими родными, материальными трудностями.

При наркоманиях, оценка близкими безнадежности ситуации часто бывает даже поспешной и чрезмерной. Таким образом, весомый патогенный фактор, действующий на супруга – неопределенность, колебание между верой и отчаянием здесь не проявляется. Вскоре формируется реакция отторжения, что служит психологической личностной защите, считает автор. Если же по внешним обстоятельствам разрыв затягивается, возникают астенический, депрессивный синдромы. По наблюдениям Пятницкой И.Н. (1994) сохраняемой при продолжающемся злоупотреблении более 5 лет семьи не было. По ее мнению – особенно в молодых семьях здоровому супругу грозит опасность приобщения к наркотизации. Зарубежные авторы (Фридман Л.С., 2000) изучавшие влияние злоупотребления наркотическими веществами на семью, отмечают, что у родственников наркоманов наиболее частыми являются проблемы

психические: депрессия, состояние тревоги, соматические расстройства.

Анализируя литературные данные, не вызывает сомнения возможность работы с семьями наркозависимых как в целях вторичной профилактики наркоманий, так и в целях избавления от созависимости в том числе профилактики и лечения возможной пограничной психической патологии у родственников больных. Понятие созависимости относительно новое и все специалисты в этой области находятся за рубежом. При исследовании литературных источников, было выявлено, что до сих пор не выработана единая концепция, определяющая это понятие и соответственно адекватные формы и методы ее терапии. Большинство авторов рассматривает созависимость, как психологическую проблему. А основные исследования, проводившиеся в этом направлении, касались семей алкоголиков. В имеющейся литературе мы не смогли найти достаточно источников, описывающих спектр пограничных психических расстройств у родственников наркозависимых, а также понятие «качество жизни», которое сравнительно недавно стало использоваться в медицине, и не применялось к данной категории лиц. Учитывая перечисленные вопросы, оставшиеся не раскрытыми до конца, а также отсутствие должной работы с созависимыми лицами в наших диспансерах при большой важности проблемы позволяет сделать вывод о необходимости исследований в данном направлении.

Литература

- 1.Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей.- М.: Медицина, 1994.- 544с.
- 2.ООН Доклад международного комитета по контролю над наркотиками. - ООН, 2000.
- 3.Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С. Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. - Астана, 2003. — с.5-81.
- 4.Кумпл Ф., Франке С. Анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики // Рабочий документ. – ODCCP, 2002. – 54 с.
- 5.Москаленко В.Д. Жёны больных алкоголизмом. // Вопросы психологии. 1991. № 5. С. 91-97.
- 6.Москаленко В.Д. Ребёнок в «алкогольной» семье: психологический портрет // Вопросы психологии. 1991. № 4. С. 65-73.
- 7.Москаленко В.Д. Созависимость – новая болезнь? // Вопросы наркологии. 1989. № 2.
- 8.Проблемы семьи, отягощённой алкогольной зависимостью: актуальность, диагностика, коррекция / И.А. Кибальченко и др.; под ред. И.А. Кибальченко. - Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 478 с. – (Психологический практикум).
- 9.Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. - 512с.
10. Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. – СПб.: Речь, 2002. – 136 с.
11. Штайнер К.Игры, в которые играют алкоголики. – М.: Апрель-Пресс; Изд-во ЭКСМО, 2003. – 304 с.
12. Graham A.V., Berolzheimer N., Burge S. Alcohol abuse a family disease. Prim. Care, 1993; 20: 121-130.
13. Bays J. Substance abuse and child abuse: impact of addiction of the child. Pediatr. Clin. North Am., 1990; 37.
14. Gorney B. Domestic violence and chemical dependency: dual problems, dual interventions. J Psychoactive Drugs, 1989; 21: 229-238.
15. Hernandez J. T. Substance abuse among sexually abused adolescents and their families. J. Adolesc. Health, 1992; 13: 658-662.

16. Miller B.A. The interrelationships between alcohol and drugs and family violence. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series no. 103. Drugs and Violence: Causes, Correlates, and Consequences. 1990; 177-207.
17. Velleman R. Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problem S. I. The intergenerational effects of alcohol problems. II: The intergenerational effects of family disharmony. *Int. J. Addict.*, 1992; 27: 253-280, 367-389.
18. Фридман Л.С. Наркология //Пер. с англ. - Москва: В1NOMPUBLISHERS и Санкт-Петербург: Невский диалект, 2000. - с. 65-76.
19. Schaef, Anne Wilson. 1981. *Women's Reality*. Minneapolis: Winston Press.
20. Schaef, Anne Wilson. 1987. *When Society Becomes An Addict*. San Francisco: Harper & Row.
21. Eisler, Riane. 1987. *The Chalice & The Blade*. San Francisco: Harper & Row.
22. Pagels, Elaine. 1979. *The Gnostic Gospels*. New York: Random House.
23. Starhawk. 1979. "Witchcraft & Women's Culture" in *Womanspirit Rising*, C Christ & J. Plaskow, Eds. New York: Harper & Row.
24. Arguelles, Jose. 1987. *The May an Factor*. Santa Fe: Bear & Co.
25. Griffin, Susan. 1978. *Woman and Nature*. New York: Harper & Row.
26. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости./ Перевод с английского А.Г. Чеславской.-М.: Независимая фирма «Класс», 2003,- 224с. - (Библиотека психологии и психотерапии, вып. 103).
27. Russell Peter. 1983. *The Global Brain*. Los Angeles: J. P. Tarcher.
28. Roszak, Theodore. 1979. *Person-Planet* Garden City, NY: Anchor Press.
29. Subby, Robert & Friel John. 1984. "Co-dependency: A Paradoxical Dependency," in *Co-Dependency: An Emerging Issue*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
30. Larsen, Earnie. 1985. *Stage П Recover: Life Beyond Addiction*. San Francisco: Harper & Row.
31. Larsen, Earnie. 1985. *Stage П Recover: Life Beyond Addiction*. San Francisco: Harper & Row.
32. Москаленко В.Д. Жены больных алкоголизмом // *Вопр. психологии*. — 1991, №5. — С. 91-97.
33. Москаленко В.Д. Мифы и реальность интимности. — М.: Панорама. 1992. — 87 с.
34. Москаленко В.Д. Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом // *Департамент проблем семьи, женщин и детей Министерства социальной защиты населения Российской Федерации. Центр общечеловеческих ценностей*. — М., 1992. 74 с.
35. Москаленко В.Д. Семейная отягощенность больных наркоманиями // *Вопр. наркол*. 1993.— №3.— С.82-88.
36. Москаленко В.Д. Созависимость — новая болезнь? // *Ж. неврологии и психиат. им. С.С. Корсакова*. — 1994 — №6. — С. 95-99.
37. Москаленко В.Д. Зависимость и созависимость в семьях больных алкоголизмом // *Вопр. наркол*. — 1995, №2.—С.76-79.
38. Москаленко В.Д. Лечение созависимости // В кн.: *Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы Первой Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии*. М., 1996.— С. 47-48.
39. Schaef A.W. *Co-dependence: misunderstood-mistreated*. — Harper& Row, Publishers. — San Francisco. — 1986.— 105 p.
40. Young E. *Co-alcoholism as a disease: implications for psychotherapy* // *J. Psychoactive Drugs*. — 1987. — Vol. 19, N.3. — P. 257-268./.
41. Schaef, Anne Wilson. 1986. *Co-Dependence Misunderstood—Mistreated*. New York: Harper & Row.
42. Mendenhall W. *Co-dependency definitions and dynamics* // *Alcohol. Treat. Quart* — 1989. — Vol. 6, N.I. —P. 3-17.
43. Пути и методы предупреждения подростковой и юношеской наркомании./ Под ред. С.В.Березина, К.С. Лисецкого, Н.Б. Орешниковой. Самара: Изд-во «Самарский университет», 1999,-с.116-127.
44. Mahler, Margaret. 1968. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York: International University Press.
45. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости. Перевод с англ. М., «Физкультура и спорт» — 1997. — 331 с. (М. Beattie. *Codependent no more*. Hazelden).
46. Терентьева А.В. Особенности развития ребёнка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы. // *Семейная психология и семейная терапия*. 1998. №3. С. 90-95.
47. Смит Э.У. Внуки алкоголиков: проблемы взаимозависимости в семье: кн. Для учителя / Пер. с англ. Ю.И. Киреева. — М.: Просвещение.— 1991. — 127с.
48. Назаров Е.А., Березин С.В., Лисецкий К.С. и др. *Предупреждение подростковой наркомании*. М., Изд-во Института психотерапии, 2000., с.198.
49. Москаленко В.Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления. // *Лекции по наркологии (Издание второе, переработанное и расширенное)*. Под ред. Чл.-корр. РАМН, проф. Н.Н. Иванца. — М., «Нолидж».— 2000. — С. 365-405.
50. Fenell, David & Weinhold, Barry. 1989. *Counseling Families: An Introduction to Marriage and Family Therapy*. Denver, CO: Love Publishing Co.
51. Halpern, Hovard. 1982. *How To Break Your Addiction To A Person*. New York: McGraw-Hill Book Company.
52. Hendricks, Gay & Weinhold, Barry. 1982. *Transpersonal Approaches to Counseling and Psychotherapy*. Denver, CO: Love Publishing Co.
53. Karpman, Steven. 1968. «Fairytale and Script Drama Analysis», *Transitional Analysis Bulletin*. 7:39-43.
54. Peele, Stanton. 1989. *The Disease of America: How the Addiction Industry Captured Our Soul*. Lexington, MA: Lexington Books.
55. Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет // *вопр. психологии*, — 1991. — №4. — С.65-73.
56. Москаленко В.Д. Если папа пьет... М.: Знание. — 1992 — 128 с.

УДК 616.1+616-098

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМДЫ НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҮРЕК-ТАМЫРЛЫ КАУІП-ҚАТЕРЛЕРІН ТӨМЕНДЕТУДЕГІ ФИБРАТТАРДЫҢ РОЛІ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)**Ш.Т. Жукушева, А.С. Жунуспекова, А.А. Лебаева, А.А. Макаева
СММУ, Жедел медициналық жәрдем ауруханасы, Семей қ.**

Үшглицеридтердің атерогендігі бірнеше факторлармен байланысты: жоғары тығыздықты липопротеидтердің деңгейінің төмендеуімен, төменгі тығыздықты липопротеидтердің кішкене тығыз бөлшектерінің мөлшерден тыс болуымен, фибринолиз бұзылуымен, гиперкоагуляциялануымен, инсулинге төзімділікпен және өз кезегіне орай жүрек ишемиялық ауруының (ЖИА) тәуелсіз факторы болатын артериялық гипертониямен сипатталады [1]. Сонымен қатар, үшглицеридтердің жоғары деңгейі, жоғары тығыздықты липопротеидтердің деңгейінің төмендеуі және коронарлық жағдайлардың туу қаупі аралықтарындағы өзара байланыс бар екені белгілі [2].

ЖИА, миокард инфаркты науқастарындағы жоғары деңгейлік үшглицеридтердің мөлшерін төмендету үшін қазіргі уақытта дәстүрлі еммен бірге фенофибрат – липидекс СР препаратының тағайындалуы және гиполлипидемиялық нәтижесін зерттеу қызығушылық туғызуда.

Метаболизмдік синдромды науқастардың сау адамдармен салыстырғанда ЖИА қауіп-қатерлері өте жоғары екені белгілі және осы уақытқа дейін биохимиялық деңгейде сенімді түсінігі табылмаған [3]. Метаболизмдік синдром генезінде компьютерлі томографияны қолдану висцеральді май тіндерінің қорлануының теріасты май жиналуына қарағанда тәуелсіздігін көрсетті. Висцеральді май тіндерінен портальды көктамыр жүйесіне келетін қанайналым ерекшеліктері, орталық семіздіктің теріасты май артық тығыммен салыстырғанда катехоламиндер әсерінен липолиз процессінің жиілеуі, абдоминальды семіздік көмірсу мен липидті метаболизмге тікелей әсер ететіндігін айғақтайды [4]. Фибраттар (фибра қышқылы дериваттары) клиникалық практикада гиполлипидемиялық препараттар ретінде 40 жылдан аса қолданылуда.

Дислипидемиясы бар метаболизмдік синдроммен сипатталатын науқастарға фибраттар тағайындау статиндерге қарағанда жүрек-тамыр қауіп-қатерлерін маңызды түрде төмендетені жақсы белгілі.

Кейінгі онжылдықтарда әлемдегі дамыған елдердің популяциясында жалпы холестерин мен төменгі тығыздықты липопротеидті холестерин деңгейінің маңызды төмендеуі байқалды. АҚШ-та ЖИА-ның пайда болуы негізінен липидті көрсеткіштердің ішінен төменгі тығыздықты липопротеидтер деңгейі жоғары болатын адамдарда кездескен [5, 6]. Қазіргі уақытта, ЖИА-на әкелетін липидті бұзылыстардың негізгісі болып төменгі тығыздықты липопротеидтер деңгейінің жоғарылауымен байланысатын гипер-үшглицеридемия және гипоальфа-холестеринемия болып табылады. Осылай сипатталатын липидті бұзылыстар метаболизмдік синдромға тән [7].

Фибраттардың жүрек-тамыр қауіп-қатерлерін төмендету нәтижелері тек қана оның гиполлипидемиялық салдарынан ғана емес, сонымен қатар статиндердің «плейотропты» әсерлеріне ұқсастығымен байланысады және тамырлар вазомоторлы функциясының жақсаруымен, қабыну мен қышқылдану үрдістерінің төмендеуімен, кәдімгі зертханалық әдістермен езер бағаланатын (мысалы, төменгі тығыздықты липопротеидтер бөлшектерінің өлшемі мен тығыздығы) липидті алмасулардың жақсаруымен қорытындыланады [8].

Фибраттар пероксис пролифераторларын (PPAR) белсендіретін а-классасты рецепторларының агонистері

болып табылатыны белгілі. Осы класстың ең алғашқы препараты болып табылатын клофибрат қазіргі кезде қолданылмайды. Сонымен қатар осы классқа гемфиброзил, безафибрат, ципрофибрат, этофибрат, фенофибрат препараттары жатады. Фибраттар липидтер метаболизміндегі белоктардың синтезіне жауап беретін гендердің тұтас бірқатар экспрессиясын ынталандырады. ЖИА қауіп-қатерінің төмендеуіне ықпал жасайтын фибраттардың маңызды әсерінің бірі - жоғарғы тығыздықтағы липопротеидтердің концентрациясы жоғарылауы және өз кезегінде холестериннің кері транспорт үрдісін белсендіреді.

Сонымен қатар, жоғары тығыздықты липопротеидтер деңгейінің жоғарылауы өз кезегінде төменгі тығыздықты липопротеидтердің тотығуын азайтатыны белгілі [9, 10].

Фибраттардың екінші оң нәтижелілігі үшглицеридтерге бай липопротеиндердің өнімін азайтумен байқалады. Фибраттар бауырдағы липопротеинді липаздар экспрессиясын күшейтеді, ол өз кезегінде үшглицеридтердің гидролизін шапшаңдатады да хиломикрондар мен төменгі тығыздықтағы липопротеидтерді бауыр қағып алатын ұсақ ремнантты бөлшектерге конверсиялы өзгертеді. Одан басқа, фибраттар бауырдағы апо С-III - белок синтезін басып тастайды [11]. Ол өз кезегінде үшглицеридтер липолизін тықсыра отырып бауырдың ремнантты бөлшектерін басады.

Соңынан, фибраттар әсерінен үшглицеридтер деңгейінің төмендеуі төмен тығыздықты липопротеидтердің бөлшектерінің өлшемі мен тығыздығына сай – тотығуға аз шалдығатын өте ұсақ және нығыздықтан ірі және болбырлыққа қарай орайлы қайта таралуын тудырады [12]. Бір қызығы, төменгі тығыздықты липопротеидтердің осындай сапасының жақсаруы осы бөлшектердің концентрациясының жалпы төмендеуінен немесе тіптен олардың жоғары деңгейінің плазмада сақталуымен жүреді.

Фибраттар жүрек-тамыр қауіп-қатер асқынуларын басқа жолдармен де төмендетеді. Жекелеп алғанда, олардың цитокиндер, адгезиялық молекулалар, макрофагтар инфильтрациясы экспрессиясының тосқауылымен және артерияның эндотелий-тәуелді релаксациясы ұлғаюымен байланысатын қабынуға қарсы әсері сипатталған.

Қандағы липидтер деңгейі мен плазмадағы СРБ жоғарғы концентрациясының жүрек-тамыр ауруының даму қаупімен тура корреляциясы бар екені белгілі [13]. СРБ тамыр қабырғасына қалана және молекулалар адгезия экспрессиясын ұлғайта, төменгі тығыздықтағы липопротеидтерді байланыстыра отырып ерте атеросклерозды зақымданудың түзілуіне тура қатысады [14]. СРБ-тың бауырдағы өнімі плазмадағы 6-интерлейкиннің деңгейімен және а-ісіктердің некрозды факторымен реттеледі де екеуі май тіндерінен өндіріледі және әрине, олардың концентрациясы семіздіктен едәуір жоғары [6].

Фибраттар адам қолкасы тегіс бұлшықет жасушалары белсенділігін кедергілеп, прокоагулянт болып табылатын тін факторы белсенділігін және моноциттер мен а-ісіктердің некрозды фактор макрофагтары экспрессиясын төмендетеді де плазмадағы СРБ пен 6-ИЛ деңгейлерін азайтады және

жоғары тығыздықтағы липопротеидтер концентрациясын көбейтеді [12].

Фибраттар терапиясы липидті метаболизм бұзылыстарын азайтады немесе жояды.

Метаболизмдік синдромға жоғары тығыздықтағы липопротеидтердің төмен концентрациясы мен үшглицеридтердің жоғары деңгейі тән екені белгілі. Гиперүшглицеридемия және тамақтанудан кейінгі плазмадан үшглицеридтер клиренсінің баяулауы инсулинге төзімділікке байланысты липопротеидтер белсенділігінің азаюымен және бауырдағы өте төмен тығыздықты липопротеидтердің гиперөнімдерімен септеледі.

Плазмадағы ұсақ және нығыз төменгі тығыздықты липопротеидтердің жоғары деңгейі тек қана инсулинге төзімділіктегі науқастарға ғана тән емес, сонымен қатар метаболизмдік синдромы бар науқастарға да тән [15].

Қабыну маркерларының концентрациясының жоғарылауы (6-ИЛ, СРБ) инсулинге төзімділік және абдоминальды семіздікпен қалай тығыз корреляцияланып байланысса, плазминогеннің тіндік белсенділігі мен 1-плазминоген белсенділік ингибиторының (PAI-1) ұлғаюуы солай корреляцияланады да фибринолиз үрдісінің баяулауына әкелген [16]. Барлық жоғарыда көрсетілген факторлар метаболизмдік синдроммен тығыз байланыста бола отырып, ЖИА қауіп-қатерін маңызды көбейтеді де фибраттар қолданғанда едәуір дәрежеде шектеледі.

Дислипидемия мен метаболизмдік синдром абдоминальды семіздік түрімен тығыз байланыса отырып, фибраттар әсеріне өте сезімтал келеді. PPARα гендері экспрессиясын белсендіре отырып, фибраттар липидтер метаболизмінде бүтін каскадты оң өзгерістеріне бастайды: оның ішінде үшглицеридтерге бай липопротеидтер деңгейінің төмендеуі, жоғары тығыздықты липопротеидтер концентрациясының жоғарылауы, төменгі тығыздықты липопротеидтердің атерогенділігінің төмендеуі. Сонымен қатар, фибраттар семіздіктегі, метаболизмдік синдромдағы және атеросклероздағы болатын қабыну маркерлары белсенділігін төмендетеді.

Диабетке ұқсас липидті алмасу бұзылыстары мен қабынуға қарсы статусы инсулинге төзімділікті және метаболизмдік синдромды науқастарға тән болып, АҚШ-тың 25% тұрғындарында, оның ішінде 60 жастан асқандардың 45%-да кездесіп [17], ЖИА қауіп-қатерін шұғыл жоғарылатқан. Фибраттардың ЖИА-да қолданылуы, әсіресе, инсулинге төзімділікті метаболизмдік синдромды науқастарға тағайындауы липидті метаболизмге қосымша оң әсер ете отырып, жалпы жүрек-тамыр жүйесі жағдайын жақсартқан [18, 5].

Әдебиеттер:

1. Мартынов А.И., Шахов Ю.А., Арутюнов Г.П. Лечение атеросклероза: направления исследований и клинические вопросы // Клиническая фармакология и терапия. - 1997. - №2. - С.66-73.

2. Обрезан А.Г., Николин К.М.. Современные подходы к лечению атеросклероза. - Военно-медицинская ака-

демия. Международная клиника. - Санкт-Петербург, 2004. - С. 32-41.

3. Константинов В.О., Сайфуллина Я.Р. Медицинская академия им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург. Сердечно-сосудистый риск и возможности его снижения у больных метаболическим синдромом и сахарным диабетом II типа – роль фибратов. - С. 6, 7-9.

4. Джанашия П.Х., Назаренко В.А., Николенко С.А. Дислипидотеидемии: Клиника, диагностика, лечение. – М.: РГМУ, 2000. – С. 48.

5. Feher, J. Foxton, D. Banks et al. Long-term safety of statin-fibrate combination treatment in the management of hypercholesterolaemia in patients with coronary artery disease // Br. Heart J. – 1995. – Vol.74. – P.14-17.

6. Мамедов М., Перова Н., Косматова О. и соавт. Перспективы коррекции проявлений метаболического синдрома: влияние сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии на уровень суммарного коронарного риска и тканевую инсулинорезистентность // Кардиология. – 2003. – Т.43, №3. – С. 13-19.

7. Джанашия П.Х., Назаренко В.А., Николенко С.А. Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. - М., 1998. – С. 56-60.

8. Мамедов М.Н. Метаболический синдром // Лечащий врач. - 2000. - №6. - С. 2-14.

9. Yarnell G.W.B., Baker I.A., Sweetnam P.M. et al. Fibrinogen viscosity and white blood cell count are major risk factors for ischemic heart disease // Circulation. - 1991. – Vol.83. – P. 836-844.

10. Woodward M., Lowe G.D.O., Ramley A., Timmstedt L.I. Fibrinogen as a risk factor of, coronary heart disease and mortality in middle-aged men and women // Eur.Heart J. – 1998. – Vol.19. – P.55-62.

11. Сусеков А.В. Фибраты при лечении липидных нарушений у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом типа 2 // Справочник поликлинического врача. – 2004. – Том 4. - №2. - С.123-243.

12. Shepherd J. Fibrates and statins in the treatment of hyperlipidaemia: an appraisal of their efficacy and safety // Eur Heart J. – 1995. – Vol.16. – P. 5-13.

13. Перова Н.В. Гиполипидемическая терапия при метаболическом синдроме. Труды I Международного Научного Форума «Кардиология-99». – 1999. – С. 39-48.

14. Чазова И.Е., Мычка В.Б. Метаболический синдром. – Москва: Изд-во Media Medica, 2004. – С.86.

15. Lakka H.M., Laaksonen D.E., Lakka T.A. et al. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men // JAMA. – 2002. – Vol.288 (21). – P. 2709-2716.

16. Шалхарова Ж.С. Метаболический синдром для терапевтов. – Туркестан, 2007. – С. 37.

17. Rubins H.B., Robins S.J., Collins D., et al. Distribution of lipids in 8,500 men with coronary artery disease // Am. Cardiol. - 2005. – Vol.75. - P. 1196-1201.

18. Сусеков А.В. Фибраты при лечении липидных нарушений у больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом типа 2 // Справочник поликлинического врача.- 2004. – №2, Т. 4. – С. 49-54.

Роль фибратов в снижении сердечно-сосудистого риска у больных с метаболическим синдромом (литературный обзор)

Ш.Т. Жукушева, А.С. Жунуспекова, А.А. Лебаева, А.А. Макаева

Применение фибратов у больных ИБС, особенно инсулинорезистентных с метаболическим синдромом, эффективно влияет на липидный метаболизм, тем самым улучшается работа сердечно-сосудистой системы.

Role of fibrates at lowering of cardiovascular risk at patients with metabolic syndrome (literature review)

Sh.T. Zhukusheva, A.S. Zhunuspekova, A.A. Lebaeva, A.A. Makaeva

Application of fibrates at IHD patients especially at insulinresistant patients with metabolic syndrome make influence on lipid metabolism so that improves cardiovascular system work.

УДК 616.33-006+616-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Б.Ш. Сакташев

АО «Медицинский университет Астана», Городской онкологический диспансер, г.Астана

В настоящее время не вызывает сомнений, что злокачественные опухоли имеют краевые и этнические особенности распространения. Несмотря на то, что этиология опухолей пока еще окончательно не выяснена, влияние климата, режима питания, генетических особенностей организма и других факторов в их возникновении, несомненно. [1,2,3,4]. Это позволяет сделать вывод о полиэтиологичности рака желудка, развитие которого определяет целый ряд внешних и внутренних модифицирующих факторов.

В мире ежегодно диагностируется более 6 млн. новых случаев онкологических заболеваний и около 4 млн. смертей от них, в том числе раком желудка заболевают около 1 млн. человек. [5,6,7,8,9,10].

Хотя за последние десятилетия заболеваемость РЖ в большинстве развитых стран снижается (современный уровень заболеваемости этой формой рака равен 1/4 от показателей пятидесяти лет), вместе с тем общее число ежегодно заболевающих остается значительным. [11,12,13].

На протяжении десятилетий, эта патология не являлась статичной. Менялась заболеваемость раком желудка в целом и в различных возрастно-половых группах, соответственно, менялся и удельный вес этой патологии в структуре всей онкозаболеваемости [14]. Отмечены изменения некоторых характеристики самой опухоли, таких как локализация, характер роста, частота, гистологических вариантов и степеней дифференцировки [15,16].

Наметившееся в последние три десятилетия снижение частоты рака желудка в ряде экономически развитых стран оказалось неоднозначным. Существенно снизилась заболеваемость только аденокарциномами кишечного типа, локализующимися в дистальном отделе желудка. [9,10]. Снижение заболеваемости раком желудка в развитых странах произошло именно за счёт этого его типа. Такой рак локализуется преимущественно в дистальном отделе желудка, является высокодифференцированным и характеризуется экспансивным ростом.

Эпидемиологическая обстановка с раком желудка диффузного типа совершенно другая. И именно с ним, а не с кишечным типом рака желудка, связаны сегодня проблемы совершенствования лечения. Установлено, что в развитии рака желудка диффузного типа, ведущая роль отводится генетическим факторам. Он с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин, ассоциируется с группой крови II (A) и относительно чаще встречается в молодом возрасте. Частота рака диффузного типа не только не снизилась, но, начиная с 1976 г., медленно и неуклонно возрастает. [17,18,19,20,21].

Некоторые исследователи считают что, учащение аденокарциномы пищеводно-желудочного соединения связано с внедрением современных диагностических технологий способствующей большей выявляемости данной патологии. [16,22].

В настоящее время рак желудка в общемировой структуре онкологической заболеваемости занимает 4-е место после рака легкого, рака молочной железы и колоректального рака. Но при этом в структуре смертности рак желудка остается в числе явных онкологических лидеров, уступая только раку легкого. [13,23,24,10,25]. Странами с высокой заболеваемостью РЖ являются Корея, Япония, Чили, Китай (42% всех случаев в мире, к примеру, каждые 2–3 мин 1 житель Китая умирает от злокачественных новообразований). Эта тенденция характерна для всех стран Восточной Азии. В Японии, где на долю рака желудка приходится 37,7% опухолей, последний подъем заболеваемости отмечен в 1968 году. Тем не менее, Япония остается лидером

по заболеваемости РЖ. Низкая заболеваемость РЖ в Америке, Австралии, Новой Зеландии, странах Африки и других странах. [7,24,26,37,28].

По заболеваемости в странах СНГ за 1996–2004 гг. на первом месте он находился у мужчин в Кыргызстане, на втором в России и Армении, на третьем в Молдове и Узбекистане, на втором месте среди женщин в Армении, на третьем в России, Беларуси, Кыргызстане. [13,29,30,6,7,8].

В Казахстане в общей структуре онкологических заболеваний рак желудка в 2007 году составил – 10,2%. У мужчин он занимает 2-е место (13,7%) после рака легкого, у женщин – 4-е (7,1%) после рака молочной железы, кожи и рака шейки матки. Показатель заболеваемости в динамике снизился до 18,8% (18,9%–2006г.). В структуре смертности рак желудка в 1,5 раза превышает мировой показатель и составляет в общем 14,8%. [9]. По заболеваемости злокачественными новообразованиями Астана в настоящее время занимает 9-е место в Республике Казахстан. [29]. Это связывают с большой концентрацией солей магния в почве и воде, образом жизни, характером питания, нитратной нагрузкой и другими факторами. [10,57,58,59,60,61].

Статистические данные о заболеваемости раком желудка (РЖ) в Астане показывают что в течение года регистрируются более 1 тыс. человек (в 2006 г. – 1005 человек) и умирают более 500 человек (в 2005 г. – 510 человек), причем почти 200 больных умерли в течение года с момента установления диагноза. Высокий уровень смертности больных, особенно в течение первого года жизни с момента установления диагноза (20,5%), обусловлен поздней выявляемостью онкологических заболеваний. Удельный вес онкологических заболеваний, выявленных в поздних (III и IV) стадиях, за последний год составил более 35%. [29,31].

В 2007 году в Республике Казахстан число умерших от злокачественных новообразований составило 17 304 человек (17 608 чел. – 2006г.), обычный показатель смертности – 111,8% (115,0% – в 2006г.), Тсн=2,8% (табл. 3.5). За год в целом по Республике наблюдается снижение смертности, и оно произошло по большинству локализаций. Высокая смертность наблюдаемого контингента установлена от рака легкого (19,3%), желудка (14,8%), молочной железы (8,8%), пищевода (7,6%) и прямой кишки (5,2%). Рак желудка в структуре смертности находится на 2-ом месте в структуре онкопатологии и на 1-м среди опухолей ЖКТ (с 1986г.), составив 13,3% (13,0% – 2006г.). Показатель смертности от рака желудка в 2007 году был 14,8% (15,0% – 2006г.) с Тсн=0,8%. [29].

Причины снижения заболеваемости раком желудка связывают с изменением характера питания, применение особой обработки пищи, борьбу с инфицированностью населения *Helicobacter pylori*, профилактике предопухолевых заболеваний желудка. [35,36,37,38,39].

По данным литературы отсутствие единой морфологической классификации приводят к разным статистическим результатам, как по уровню заболеваемости, так и в процентном соотношении смертности и выживаемости при раке желудка. Так по данным Л.И. Аруин (Израиль 2008), в западных странах пятилетняя послеоперационная выживаемость остается до настоящего времени низкой и составляет меньше 20%, тогда как в Японии она превышает 65%. Причина столь резких отличий в диагностике раннего рака заключается в том, что японские и западные патологоанатомы пользуются разными критериями злокачественного роста и потому говорят «на разных языках». Отсюда возникает вопрос: то ли в Японии оперируют больных, у которых нет (еще нет?) рака, то ли на Западе не распознают рак и не оперируют тех больных, которых

могла бы спасти операция. Очевидно, что изменения, которые на Западе называют высокой степенью дисплазии, в Японии считают раком. Отсюда и возникает принципиальное различие в статистических данных по заболеваемости, смертности и выживаемости.

Таким образом, важным направлением в снижении заболеваемости РЖ является работа, направленная на выявление болезни на ранней стадии при помощи современных технологий, адекватный и своевременный подход к лечению предопухолевых состояний, работа с населением, широкой пропаганде здорового образа жизни, внедрение национальной программы по борьбе с этим заболеванием.

Литература:

1. Матвеев О.А., Уразова Л.Н., Вусик М.В., Авдеенко Т.В., Лебедев И.Н., Черемных А.Д. Молекулярно-цитогенетический анализ тканей предопухолевых заболеваний желудка // Сибирский онкологический журнал. -2010.- №2.-С.33.
2. Нугманов С. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане // Монография. - Алма-Ата. -1969.-С.8.
3. Никулин М.П., Любченко Л.Н., Сельчук В.Ю., Стилиди И.С. Наследственный рак желудка: молекулярно-генетические и клинические аспекты. // Клиническая онкология.- 2006.-Т. 8.- N2. С.5-8.
4. Carlos Caldas, Fatima Carneiro, Henry T Lynch et al. Familial gastric cancer: overview and guidelines for management J Med Genet 1999; 36: 873-80.
5. Янкин А.В. Современная хирургия рака желудка // Практическая онкология.- 2009.Т. 10.-№ 1.-С. 12-19.
6. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практическая онкология.-2001.-№3(7).- С.3-8.
7. Василенко И.В., Садчиков В.Д., Галахин К.А. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз // М.-2001.- С.9-54.
8. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез.-М.: Научный мир, 2000.-С.26-30, 34-56.
9. Laheij R. J., Strootman H., Verbeek A. L., Jansen J. B. // Int. J. Epidemiol. - 1999. - Vol. 28. - P. 391-395.
10. Hassan H. A., Sharma V. K., Raufman J. P. // J. Clin. Gastroenterol. - 2001. - Vol. 32, N 1. - P. 37-40.
11. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология.- 2000.-Т 2, №1.-С. 4-10.
12. Макишев А.К. Лейкоцитарные антигены на эпителиальных и лимфоидных клетках опухолей желудка. // Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.-Москва.-1990.
13. Напалков Н.П. Демографический процесс и злокачественные новообразования// III съезд онкологов и радиологов стран СНГ.- Минск 2004.Т.1.-С.15-24.
14. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2001 г.- М.: 2003.- 486с.
15. Портной Л.М., Казанцева И.А., Исаков В.А. Диагностика рака желудка: состояние проблемы, перспективы совершенствования, клиничко-морфологические аспекты // Тер. арх.- 1997.- Т. 69.- № 10.- С.42-49.
16. McConkey C.C. The rising trend in oesophageal adenocarcinoma and gastric cardia / C.C. McConkey // Euro J. Cancer Prevent.- 1992.- № 1.- P. 265-269.
17. Rembacken B. G. Endoscopic mucosal resection. Review / B. G. Rembacken, T. Gotoda, T. Fujii, A. T. R. Axon // Endoscopy.- 2001.- Vol. 33 (8) .- P. 709-718.
18. Gotoda T. Incidence in lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers / Gotoda T., A. Yanagisawa, M. Sasako, H. Ono, Y. Nakanishi, T. Shimoda, Y. Kato // Gastric Cancer.- 2000.- №3.- P. 219-225.
19. Mori Y. Effect of periodic endoscopy for gastric cancer on early detection and improvement of survival / Y. Mori, T. Arita, K. Shimoda, K. Yasuda, T. Yoshida, S. Kitano // Gastric Cancer.- 2001.- № 4(3) .- P. 132-136.
20. Портной Л.М. Магнитно-резонансная томография в диагностике рака желудка (по материалам рентгено-МРТ-анатомических сопоставлений) / Л.М. Портной Л.М., Л.Б. Денисова, Г.А. Сташук // Вестн. рентгенол.- 2000.- № 5.- С.26-40.
21. Ono H. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer / H. Ono, H. Kondo, T. Gotoda, K. Shirao, H. Yamaguchi, D. Saito, K. Hosokawa, T. Shimoda, S. Yoshida // Gut.- 2001.- Vol. 48.- № 2.- P. 225-229.
22. Powell DJ, Dolan K, Sutton R, Walker SJ, et al. New classification of oesophageal and gastric carcinomas derived from changing patterns in epidemiology. Br J Cancer 1999;80:834-42.
23. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака желудка // Практическая онкология.-2009.Т10.-№1.-С.1-7.
24. Parkin D.M., Bray F., Ferlay J., Pisani P. Global cancer statistics, 2002 // CA Cancer J. Clin. - 2005. - Vol.55. - P.74-108.
25. Никулин М.П., Любченко Л.Н., Сельчук В.Ю., Стилиди И.С. Наследственный рак желудка: молекулярно-генетические и клинические аспекты. // Клиническая онкология.- 2006.-Т. 8.- N2. С.5-8.
26. J. Waterhouse, C. Muir, K. Shanmugaratnam, J. Powell. Lyon: Cancer incidence in five continents / Ed. by International agency for research on cancer. 1982. Vol. IV. P. 207-635.
27. Hai-Dan Wang, Jun Ren, Lian Zhang, CDH1 germline mutation in hereditary gastric carcinoma. World Gastroenterol 2004; 10 (2): 3088-93.
28. Greenlee R.T., Hill-Harmon M.B., Murray T., Thun M. Cancer Statistics.- 2001.-Ca: Cancer J Clin.-2001.-51, № 1.-P. 15-36.
29. Показатели онкологической службы Республики Казахстан в 2008 году. (Статистические материалы). Алматы 2008. С-30-31.
30. Аксель Е.М., Давыдов М.И., Ушакова Т.И. Статистика рака легкого, желудка и пищевода: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность. Вестник Рос.Акад.мед.наук.-2001.№9.-С. 61-5.
31. Дудник В.Ю., Шаназаров Н.А., Мукажанов А.К. // X Российский онкологический конгресс. Москва.-2006.-С.236.
32. Hill M.J. Salt and gastric cancer // M.J. Hill // Eur. J. Cancer Prev.- 1998.- № 7.- P. 173-175.
33. Mowat C. Omeprazole and dietary nitrate independently affect levels of vitamin C and nitrite in gastric juice / C. Mowat, A. Carswell, A. Wirz // Gastroenterology.- 1999.- Vol. 116.- P. 813-822.
34. Forman D. Association between infection with Helicobacter pylori and risk of gastric cancer: evidence from a prospective investigation / D. Forman, D.G. Newell, E. Fullerton // BMJ.- 1991.- Vol. 302.- P. 1302-1305.
35. Hill M.J. Salt and gastric cancer // M.J. Hill // Eur. J. Cancer Prev.- 1998.- № 7.- P. 173-175.
36. Mowat C. Omeprazole and dietary nitrate independently affect levels of vitamin C and nitrite in gastric juice / C. Mowat, A. Carswell, A. Wirz // Gastroenterology.- 1999.- Vol. 116.- P. 813-822.
37. Forman D. Association between infection with Helicobacter pylori and risk of gastric cancer: evidence from a prospective investigation / D. Forman, D.G. Newell, E. Fullerton // BMJ.- 1991.- Vol. 302.- P. 1302-1305.
38. Parsonnet J. Helicobacter pylori infection and the risk of gastric carcinoma / J. Parsonnet, G. Friedman, D.P. Vandersteen // N. Engl. J. Med.- 1991.- Vol. 325.- P. 1127-1131.
39. Kuipers E.J. Review article: exploring the link between Helicobacter pylori and gastric cancer / E.J. Kuipers // Aliment Pharmacol Ther.- 1999.- № 13 (suppl 1).- P. 3-11.

УДК 331.461

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ ПРИ ВНЕДРЕНИИ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙН.В. Емельянов¹, О.Д. Доронина², Т.И. Белихина³, Г.А. Берекенова⁴¹Государственный университет природы, общества и человека «Дубна», РФ²Российская академия естественных наук³НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан⁴Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

За всю свою историю человечество существовало и развивалось исключительно за счет неограниченного потребления ресурсов природных экосистем. Постоянно возрастающее нерациональное использование природо-ресурсной базы экосистем привело к тому, что возможности системы к самовосстановлению и последующему предоставлению ресурсов социально-экономическому развитию практически утрачены. Отсутствие эффективных механизмов, смягчающих тенденцию к чрезмерной эксплуатации и деградации природных ресурсов, особенно являющихся «общим достоянием», в свою очередь, способствует появлению многих видов экономического стресса. Дальнейшее масштабное потребление природных ресурсов и, в связи с этим, нарушение естественного баланса в природных экосистемах может обернуться глобальной угрозой существованию человечества в целом.

В целях минимизации потенциальных факторов риска от использования нанотехнологий, в мировой практике научно-технические разработки в этой области проходят следующие стадии:

1. Анализ эффективности научно-технических разработок.
2. Устранение их недостатков на начальной стадии проектирования.
3. Создание новых технологий.
4. Внедрение новых технологий для производства товаров народного потребления.
5. Контроль за окружающей средой. Формирование групп высокой степени риска развития экзависимых заболеваний среди профессиональных групп и декретированного населения.

Принимается во внимание, что на всех стадиях разработок и внедрения инновационных нанотехнологий вопросы контроля за окружающей средой, включающего определение и ранжирование факторов риска, проводятся одновременно и параллельно.

Внедрение инновационных разработок.

Процесс создания базиса наноиндустрии, организации производства и внедрения продукции должен развиваться в нескольких направлениях. На мировой практике для достижения этого применяются различные методы контроля и прогнозирования.

В настоящее время в развитых странах мира широкое использование получил метод математического прогнозирования экономических рисков – Форсайт, применяемый, в частности, в сфере нанотехнологий.

Форсайт (от английского Foresight – «взгляд в будущее») – эффективный инструмент формирования приоритетов и мобилизации большого количества участников для достижения качественно новых результатов в сфере науки и технологий, экономики, государства и общества. По результатам форсайт-проектов создаются дорожные карты. Является одним из важнейших инструментов инновационной экономики.

Методика Форсайта используется для прогнозирования целесообразности претворения в жизнь инновационных разработок, дает подробную оценку их экономической эффективности, как в краткосрочной перспективе, так и в отдаленном будущем.

Этапы Форсайта (в соответствии с Руководством по стратегическому форсайту П. Бишоп):

1. Формирование объекта.
2. Формирование существенных условий – целевых показателей, которых мы хотим достигнуть в будущем. Для форсайта принципиальным является, чтобы существенные условия отражали качественное изменение и имели количественное выражение.
3. Сканирование. Этап предполагает выбор методов исследования.
4. Альтернативы будущего. Этап предполагает выделение тенденций, которые можно спрогнозировать, выделение зон неопределенности и формирование возможных сценариев будущего.
5. Планирование и Исполнение.

Для оценки минимизации возможных негативных последствий от внедрения новых технологий необходимо применение многосторонних «мер предосторожности» в тех случаях, когда была идентифицирована возможность серьезного или необратимого ущерба для здоровья населения или для среды обитания, и когда результаты основанного на имеющихся данных научного анализа недостаточны ни для фактического наличия риска, ни для оценки его степени, но считаются достаточно убедительными для того, чтобы от позиции бездействия перейти к осуществлению тех или иных стратегических действий.

В соответствии с международно-правовыми документами (Документ ВОЗ «Действия в условиях неопределенности: как подход, основанный на принципе предосторожности, может помочь защитить будущее наших детей?»), для принятия «мер предосторожности» необходим учет четырех совокупных компонентов, а именно: риск, ущерб, научная неопределенность и дифференцированные возможности. Сконцентрированный на неопределенности последствий от использования наноматериалов, такой подход, является одним из методов прогнозирования в целях предотвращения негативных событий, которые еще не произошли, выдвигая на передний план необходимость учета возможного в будущем ущерба здоровью населения.

Определяющей характеристикой «мер предосторожности» является оценка риска, достоверность которой зависит от того, как используемая методология рассматривает неизвестное в дополнение к тому, что известно. Научная неопределенность считается непременным условием для принятия «мер предосторожности», что обуславливает необходимость применения современных научных методов для системного анализа совокупных факторов риска в целях снижения уровня неопределенностей при принятии управленческих решений.

Оценка риска.

Интерпретация понятия «мер предосторожности» при разработке инновационных технологий, в том числе, проводится в контексте охраны окружающей среды, профессиональных групп и декретированного населения. В этом случае применяются и используются понятия соответствующих компонентов анализа риска для здоровья.

Учитывая многообразие экологических рисков при создании любой технологической системы, в первую очередь, используются следующие компоненты анализа:

- информирование о риске (взаимообмен информацией и мнениями); оценка риска (идентификация опасности, характеристика опасности, оценка экспозиции, характеристика риска);
- управление риском (сравнение рисков, оценка воздействия, реализация решений, мониторинг и оценка эффективности).

Использование вышеуказанных компонентов анализа направлены на оценку распространенности индикаторных к конкретному фактору риска социально-значимых заболеваний и разработку методов снижения заболеваемости и смертности.

Для определения корреляции причинно-следственных связей уровня выявляемой заболеваемости с действием неблагоприятных экологических факторов риска применяются такие виды обсервационных исследований как:

- когортные исследования;
- исследование «случай – контроль»;
- одномоментное поперечное исследование.

Эти эпидемиологические исследования позволяют получить количественные характеристики распространенности заболеваний и взаимосвязи с причинами их возникновения.

Основную роль в последующей разработке методов профилактики экзозависимых заболеваний играет выявление и регистрация маркеров причинно-следственной связи между воздействием и заболеванием. При этом оцениваются:

- определенная временная последовательность событий
- уровень связи «фактор риска – эффект»

Жарияланымда өнеркәсіп өндірісінің әртүрлі технологиялық үрдісіне, инновациялық технологияны жетілдірудің қағидалары мен әдістерін енгізу туралы сұрақтар көтеріліп отыр. Кәсіби топтар мен декретирленген тұрғындардың денсаулықтарына қоршаған ортаның ластану әсерлері қауіпі мен ажыратуды басқарудың қазіргі заманға сай әдістері ұсынылады.

Publication has questions about principles and method of the introduction innovation technologies development, in different technological processes of industrial production. There are offered modern methods of identification and influence risk management of the environment pollution on health of the professional groups and decreted population.

ӨӘЖ 613.2

САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУДЫ ЗЕРТТЕУДІҢ ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ӘДІСТЕМЕЛІК ЖОЛДАРЫ Г.Т. Берденова, А.Қ. Қатарбаев, Ж.С. Сеильбекова, Ғ.К. Мубархан, Н.Т. Мамыкова, М.А. Баубекова *Қазақ Тағамтану Академиясы, Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қаласы*

Негізгі тағам заттар мен энергияның қажеттілік мөлшерін және халықтың денсаулық көрсеткіштерін анықтау үшін тұрғындардың нақтылы тамақтану жағдайын зерттеу тамақтану саласындағы саясат пен денсаулық деңгейін көтеру стратегиясын дайындап шығаруда маңызды роль атқарады. 24-сағаттық тамақтануды еске түсіру жолымен зерттеу әдісі тұрғындардың түрлі топтарының тамақтануын ауқымды зерттеулер кезінде қолдануға болатын әрі қарапайым, әрі дәлдігі жоғары әдіс ретінде мейлінше толық келтірілген.

Түйінді сөздер: халықтың тамақтану жағдайларын зерттеу әдістері, жеке адамның тамақтануы, жанұялық тамақтану, ұжымдық тамақтану, 24-сағаттық тамақтануды еске түсіру жолымен зерттеу.

- зависимость эффекта от дозы воздействия
- обратимость связи «фактор риска – эффект»
- специфичность действия фактора риска как причина явления
- постоянство результатов в нескольких исследованиях.

Таким образом, для эффективного управления устойчивым инновационным развитием, в том числе конкретных локальных проектов необходимо четкое понимание и выполнение 4 основных положений:

1. осуществление системного анализа реальных и потенциальных угроз от использования инновационных технологий здоровью человека и состоянию окружающей среды;
2. получение достоверной информации, необходимой для управления рисками при внедрении инновационных технологий;
3. определение временных рамок для реализации поставленных задач;
4. разработка механизмов контроля исполнения принятых решений.

Литература:

1. Константинов В.М. Экологические основы природопользования: Учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования/ В.М. Константинов, Ю.Б. Челідзе – М.: Издательский центр «Академия»; Мастерство, 2001. – 208 с.
2. Биологический контроль окружающей среды. Биоиндикация и биотестирование. Второе издание, исправленное. М., 2009. Издательский центр Академия. – 288 с.
3. Данилов-Данильян В. И., Лосев К. С. Экологический вызов и устойчивое развитие. М.: Прогресс-Традиция, 2000.

Халықтың денсаулығы және өмір сүру сапасы көрсеткіштеріне ең маңызды ықпал жасайтын факторлар арасында төтенше маңызды рольді халықтың тамақтану құрылымы алады. Тамақтық заттар метаболизм барысында біздің организмміздің торларына құрылысты элементтер ретінде қайта құрылады, физикалық және зерделі жұмысқа қабілеттілікті бүтіндей қамсыздандырады, адамның денсаулығымен өмір ұзақтығын белгілейді, балалардың нормалы өсуін және дамуын анықтайды және қоршаған ортаға олардың барабар бейімделуге арналған жағдайды қамсыздандырады.

Қазіргі заманғы шарттарда тамақтану туралы ғылым – нутрициология - адам организмнің өзгерілетін қажеттіліктеріне тамақтану рационының сәйкестігін

мүмкіндігінше қамсыздандыру, сонымен қатар тамақтануды рационализациялау шаралардың жоспарлауына арналған негізді салу, халықтың ауру-сырқаулығының және өлім-жітімінің төмендеуіне, әлеуметтік - гигиеналық мониторингі жүйесінде өндірісте және тамақ өнімдерінің тарату бағыттарын таңдау, халықтың дұрыс тамақтану туралы сұрақтарына жалпы стратегия өндіру сияқты көпілдемелердің кешені негізгі міндеттері болып табылады [1].

Тамақтану жағдайын бағалау, дені сау және еңбекке жарамды ұрпақ құруға бағытталған, кейбір микронутриенттердің тапшылығын немесе артықшылығын анықтау, көп мақсатты бағыттылығы бар және тамақтану облысында мемлекеттің саясатының маңызды мақсаттарының бірі. Нақты тамақтану туралы комплексті зерттеулерді өткізуі қажеттілігі осы арадан көрінеді және тұрғындардың әр түрлі топтарының тамақтық статусының негізгі тамақтық заттарда және энергияда қажетті мөлшерлерінің анықтауына, сонымен қатар денсаулық көрсеткіштерін зерттеуге (биохимиялық көрсеткіштер, ауру-сырқаулық) арналған.

Сонымен қатар, халық денсаулығының пайдасына тамақтануды рационализациялау шараларын негіздеуге тұрғындардың тамақтануын зерттеуге арналған ең әсерлі болып табылады. Нақты тамақтануды зерттеу негізінде ең нақты және нәтижелі баланс жасалған принциптерді тұрғындардың әр түрлі топтарының тамақтануын ұйымдастырғанда қолдануға мүмкіндік береді.

Тұрғындардың тамақтануын бағалау үшін арналған зерттеулердің бірыңғайлы әдістерін қолдануымен тиісті өткізілуі, нақты тамақтануды зерттеуге мүмкіншілік береді, сонымен қатар тұтынылатын тамақ өнімдердің мөлшерімен сапасын, тамақтану тәртібін, тамақтанудағы ұлттық дәстүрлер және т.б., ал олардың негізінде тамақтанудың толық құндылығы және маусымдық, экономикалық және т.б. факторлардың әсері туралы айтуға болады.

Тұрғындардың нақты тамақтануын бағалау әдістері әр алуан және тексеру мақсатына, контингенттің мінез-құлықтына, оның санына және басқа факторларға тәуелді болады. Сонымен де, барлық зерттеу әдістерін шартты әлеуметтік - экономикалық және әлеуметтік - гигиеналық тамақтануды зерттеу бағыттарына бөлуге болады [2].

Әлеуметтік - экономикалық бағыт деп тұрақты негізде нақты тамақтану экономикалық және статистикалық зерттеуді түсінеді және бөлек тамақ өнімдердің тұтыну деңгейін, тап осы территориялық немесе ұлттық - әкімшілік аудан тұрғындарының тамақтануы туралы жалпы құрылымының объективті, ең анық сипаттайтын мәліметтерді ескереді, және олардың негізінде рационализациялау шараларын өңдеуге болады.

Тағамтануды экономикалық зерттеу мәліметтері тағам өндірісінің бөлек салаларының дамуын жоспарлау және елдегі тамақтану өнімдерінің өндіру жағдайын біркелкі көру үшін қолданылады. Көрсеткіштердің есебі, тамақ өнімдерінің әр адамның бөлек тұтынуын сипаттайтын, сонымен қатар бұл көрсеткіштердің мағынасы өндірісті экономикалық жоспарлау және тамақ өнімдерінің импорттан жеткізу үшін, елді азық-түлікпен нормалы жабдықтауға қамтамасыз етуге қажетті болып келеді.

Тамақтануды әлеуметтік - экономикалық зерттеуінің негізгі әдістері теңдік (баланстық) және

қаражаттық (бюджеттік) әдістерге бөлінеді [3]. Бұл әдістер, ең алдымен, халықтың тамақтануының гигиеналық факторларына емес экономикалық зерттеуге бағытталған, және мемлекеттік статистикалық органдармен қолданылады, сонымен оларды кейбір гигиеналық зерттеулерде де қолдануға болады.

Бөлек аудандарда халықтың тамақтануының күй-жағдайын сипаттайтын зерттеу жұмыстарды жүргізу алдында, есеп-қисаптардың талдауы және қаражаттық тексерулер өткізілуі тиіс. Осындай талдауды сол ауданның халық денсаулығының күй-жағдайы туралы материалдарды талдауымен қатар өткізген аса қажет.

Теңдік (баланстық) әдіс - тамақ өнімдердің қозғалысын, олардың өндірілуін және бүкіл елде немесе бөлек аймақта таратылуын есептеуінде негізделген және экономикалық болжаудың негізі болып келеді. Теңдік әдіс жолымен кейбір өнімдердің, тұрғындардың әртүрлі топтарының тамақтану мінез-құлығын еске алмай, орташа тұтыну деңгейін табуға мүмкіндік бар. Теңдік әдіс тұтыну қорының анықтамасын алдын ала ескереді, ал ол үшін бүкіл елде немесе бөлек алынған аймақта тамақ өнімдердің кіріс мөлшерін және шығынын анықтау қажет.

Тамақ өнімдерінің кірісі ел ішіндегі өсімдік және малдан шығатын өндірілген тамақ өнімдердің барлық түсуін; тамақтану мақсаттарына қолданылатын азық-түлік қорларын; импортты азық тауарларын біріктіреді. Тамақ өнімдерінің шығыны ішкі шаруашылық мұқтаждықтарға шығындауды да қосады (тұқымдар, малға азық және т.б.); техникалық мақсаттың (май - сабын, олифа өндірісіне; бидай дәндерін - спирт, сыра және т.б. өндірісі; казеин - фанерге арналған желім және т.б.; жұмыртқа - тоқыма өндірісінде және т.б.); өндіріс кезіндегі шығындар (бидай, көкөніс және т.б. шығындар); басқа елдерге экспорт. Тамақ өнімдерінің кіріс мөлшерінен шығын мөлшерін шегеру жолымен тек қана тамақтануға арналған тамақ өнімдерінің саны, немесе тамақ өнімдердің тұтыну қоры белгіленеді.

Халық санына бөлінген тұтыну қоры, қайсібір тамақ өнімнің әр адам басына орта тұтыну мөлшерін анықтауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар осындай есепте ірілендірілген көрсеткіштер қолданылады - сүт өнімдері сүтке, етті тағамдар етке қайта есептегенде, көкөністер түрлерге бөлінбей және т.б.

Қаражаттық (бюджеттік) әдіс, халықтың бөлек топтарына жататын, жанұялардың тамақ өнімдерінің тұтынуын есепке алуға мүмкіндік береді. Қаражаттық әдіспен тексеріліп алынған мәліметтердің анықтылығы ең алдымен маңызды дәрежеде жанұялардың сұрыптау дұрыстығынан тәуелді болады, ең жалпы, халықтың тап осы топтары үшін типті, және зерттелетін жанұяның барлық табыс және шығыс мақалаларының есебінің мұқияттылығында.

Тұтыну көрсеткіштерінің есебі сандық (таразылық) және құндық (акшалай) түрде шығарылады. Қаражаттық тексерулер ішінара жүргізіледі, және бірнеше жыл қатарынан тексеру өткізу кезінде тамақтанудағы жылжуларды және тамақ өнімдерді тұтынуының маусымдық тербелулерін ең объективті ескеруге болады.

Практикалық қаражаттық тексеру - жанұяның өз табыстарының барлық мақалаларының және шығындарының есебінде (жазулар және т.б.) белсенді қатысуымен, сонымен қатар жанұяны статистикпен айына 2 реттен сирек емес барып туру жолымен және қаражаттардың бланкілерді жанұя мүшелерімен сұрақты - кеңес негізінде толтыруларымен өткізіледі.

Өнімдердің нақты шығыны таразымен өлшеу әдісімен немесе басқа объективті есеп тәсілдерімен (бір қалыпты ыдыс және т.б.) есептеледі.

Тамақтануды әлеуметтік - гигиеналық зерттеу әдістері келесі негізгі топтардан құралады: есеп айыратын, лабораториялық, таразылық және сұрақтамалық әдістер [4], және де қайсібір әдісті қолдануды тамақтануды зерттеу түріне тәуелді болады: дара және жанұялы тамақтануды немесе ұжымдардағы тамақтануды зерттеу.

Әрбір келтірілген әдістер өз артықшылығы немесе жетіспеушілігі бар, және оларды қолдану мүмкіншіліктері сол ерекшеліктерімен анықталады. Есептеу әдістері тұрғындардың ұйымдастырылған ұжымдардың тамақтануын бағалау үшін көбірек қолданылады және ресми құжаттарды (меню - жаймалар және жинақ ақпар тізімдер) талдау жолымен жүргізіледі.

Ұжымдардағы тамақтануды толық зерттеу - маусымдық өзгертулерді анықтауға және оның түрлілігін сипаттайтын, тәуліктік рационның толық мінездемелерін және бөлек азық қабылдаулардың барлық негізгі көрсеткіштерінің: энергетикалық құндылықтар, протеиндер, майлар, көмірсутектер, витаминдер, минералды заттар, олардың баланс жасағандығын және басқа элементтерді анықтап, негізгі материалдар жинау үшін қолдануға болады. Барлық мәліметтерді, лайықты кестелер қолдана есеп айыратын жолмен алады.

Жүргізілген есептің дұрыстығын анықтау үшін арналған тәуліктік рационның ішінара лабораториялық зерттеуі жасалады. Лабораториялық зерттеу әдісінің дәлдігі – бір күн ішінде қолданылғандардың азық, сусындардың және судың, тамақтанудың тәуліктік рационы дубликаттарының және анықтама түрінде нақты құндылығы, ақуыздардың, майлардың, көмірсутектердің, витаминдердің, макроэлемент және микроэлементтердің, улы элементтердің және т.б. сұрыптауының мүмкіншілігімен анықталады.

Алынған нәтижелер - меню-жайма мәліметтері негізінде есеп жолымен алынған мөлшерлермен салыстырылады.

Өлшеу әдісі – бір күн ішінде барлық тұтынылған өнімдермен, тамақтардың қатал өлшеу жолымен жүргізіледі. Жоғарыда көрсетілгендердің барлық әдістер ішінде ол ең қиын әдіске жатады, бірақ лайықты жүргізілгенде тамақтанудың ең анық мөлшерімен, түрлерін белгілеуге және бір уақытта тұрғындардың зерттелетін топтарының денсаулықтарының күй-жағдай зерттеуге мүмкіндік береді. Өлшеу әдісінің тағыда бір түрі – *сұрақтама-өлшеу әдісі* тұрғындардың үлкен контингентінің денсаулығы мен тамақтануын тексеруге салыстырмалы қысқа мезгілдерге мүмкіндік береді, және де алынған нәтижелердің жеткілікті дәлдігімен таныстырылушылығы қамтамасыз етіледі.

Азықтарды өлшеу және жазу әдісін пайдалану үшін - тағамдарды тұтыну алдында өлшеп, жазып алады, ал тамақтанудан кейін азық қалдықтары қайта өлшенеді және әрбір тұтынылған тағамның және өнімнің саны тіркелінеді. Бұл әдіс барлық әдістерден ең таңбалы және калибрлеуге арналған "алтын" стандарт ретінде басқа әдістердің анықтылығын, әсіресе дұрыс жоспарланғандығын тексеру үшін қолданылады.

Адамның азық тұтынуын зерттеу үшін ең көп таралған әдістер - дара тамақтануды зерттеуге арналған өзі қарапайым, жеңіл орындалатын және қол жетерлік әдістер арасында сұрақтамалық әдістер

қолданылады: олар 24- сағаттық тамақтануды елестету және тұтыну жиілігін талдау әдістері [5].

Тұтыну жиілігін талдау әдісін, ауру-сырқаулықтың және тамақтанудың өзара байланысын және қауіп факторын зерттейтін, эпидемиологтер арасында көп қолданылады. Бұл әдіс тамақтану құрылымдарының, зерттеу нәтижелері сенімді, сапалық та, сандық та бағалауын жылдам өткізуге мүмкіндік береді.

Кейбір аурулар дамуының факторы ретінде тамақтану туралы хабардың жинауы салыстырмалы тездігінің арқасында осы әдісті ұлттық және аймақтық бағдарламаларда тұрғындардың үлкен топтарының тамақтануын бағалау үшін қолдануға болады [6].

Тәуліктік (24- сағаттық) тамақтануды елестету әдісі, 1991-1995 жж. ДДСҰ ұсынылған және Қазақстанда Европалық аймақтық бюроның «Экспрес - әдістерді қолдануымен нарықты экономикаға өту кезеңінде оқушылардың тамақтану күй-жағдайын бағалау» жобасының рамақаларында ДДСҰ кеңесшілердің сүйеуімен мақұлданған болатын [7]. Қолданылатын әдістердің стандарттау биік дәрежесімен бірыңғай бағдарламамен тап осы жоба Ресейде және Украинада сонымен қатар орындалды [8,9].

24-сағаттық тамақтануды елестету әдісі тұрғындардың бөлек топтарының тамақ өнімдердің тұтыну құрылымын алуға ірі масштабы зерттеулерді орындау үшін қолдануға мүмкіндік береді [9]. 24-сағаттық сұрақтың нәтижелерін өлшеу және бағалау әдісімен сыналатынмен азық санын салыстырғанда жақсы сәйкестік белгіленген. Бұл әдістің негізгі принципі - сұрақ арқылы (интервью), респондент өткен тәулікте тұтынған тағамдарды есіне түсіру арқылы, нақты тұтынылған тамақ өнімдерінің мөлшерін белгілеу. Және де интервью 2-3 күн аралықпен екі рет өткізіледі. Сонымен қатар барлық сұрақтардың апта күндерімен біркелкі таратылуына маңызды мағына беріледі. Интервьюер сұрақтауға белсенді қатысады және респондентпен бірге қабылданған азықтың түрің суреттеп мөлшерін белгілейді. Осы әдісті қолданар алдында, зерттеу нәтижелері барлық аудандардың тұрғындарына таралуы үшін, тамақ өнімдердің тұтыну құрылымдарын зерттеуге арналған таныстырылушы сұрыптауды дұрыс анықтау қажет. Осы кезде нақты тамақтануды зерттеу үшін тағам өнімдердің порцияларының суретті альбомын пайдалану керек.

Суреттердің нақты практикалық тағайындауы бар: барлық өнімдер және тағамдар натуральды мөлшерде және әр түрлі порциялармен бейнеленгендіктен, әр адам бір күнде, бір мәрте қанша грамм тамақ жегені жеңіл анықталады. 24-сағаттық тамақтануды елестету әдісін жасы 10 нан 75 дейін адамдарды тексеру үшін қолдануға болады. Бұл әдіс ақыл-естің белгілі жұмыстарын талап етеді, тексерілетін адамның еске түсіру және тиісті бейнемен өз рационын суреттеп айтуына тәуелді, сондықтан бұл әдісті 10 жастан кіші балаларға қолданбаған дұрыс, сонымен қатар еске сақтау және сөйлеу қабілеттері бұзылған қартайған, ауыр физикалық жетіспеушіліктері бар адамдарға, ауыр ауруларға, ойлау, еске сақтау және сөйлеу қабілеттері бұзылған, керең-мылқау және соқыр адамдарға қолдануға болмайды.

Көрсетілген әдістердің кез келгенін қолданып, өнімдерді нақты тұтынуы туралы мәліметтерді жинағаннан кейін, тамақ өнімдерінің химиялық құрамы туралы арнайы кестелерінің арқасында тағамдардың нутриенттік құрамына талдау жасалады.

Қанда, несепте және басқа биологиялық сұйықтықтарда витаминдердің мөлшеріне анықтама өткізу, организмнің олармен қандығандық дәрежесі туралы айтуға мүмкіндік береді. Витаминдердің концентрациясын қанда анықтағанға қарағанда, инвазиялық емес болғандықтан, витаминдердің несеппен экскрециясының (шығарылуын) анықтамасы, әсіресе балаларда, сөзсіз артықшылық қасиетке ие.

Сонымен қатар, Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының эксперттер комитетінің кепілдемесімен энергетикалық теңдік сәйкестігін бағалауға арналған Дене салмағының индексі қолданылады (ДСИ), басқаша Кетле көрсеткіші деп аталады [10,11]. ДСИ эпидемиологиялық зерттеулерді өткізгенде кең қолданылады және соңғы кезде клиницисттермен де көп пайдаланылатын болды. Ол адам денесінің салмағымен бойының сәйкестік дәрежесін көрсетеді, және сонымен адам салмағының жеткіліксіз, нормалы немесе артықшылығын көрсетеді. ДСИ пациенттің килограмдардағы дене салмағының метрдегі бойының квадратына бөлінгеніне тең (дене салмағы, кг / адам бойы, м²).

Бірақ еске алынатындығы, тек қана салмақтық - бойлық көрсеткіштерге жүгінсе, қаңқа бұлшық ет атрофиясы (жасқа немесе гиподинамияға байланысты), су - электр желісті теңдік бұзылысы және т.б. бұзылыстар бар кезде майдың мөлшері туралы сенімсіз көрсеткіштерді алуға болады. Балалардың физикалық дамуын бағалау үшін бойы/жасы және бойы/салмағы индекстері бойынша дене салмақтарын, бойларын өлшеу, ДСИ, z - score көрсеткіштері қолданылады.

Әдебиеттер:

1. Preparation and use of food-based dietary guidelines. Report of a Joint FAO/ WHO Consultation.-WHO Technical Report Series.-1998.
2. Королев А.А. Гигиена питания.- 2007.- 528 с.

3. Методические указания по вопросам изучения фактического питания населения и разработке мероприятий по его рационализации. - Институт питания АМН СССР. - 1968. - 46 с.

4. Заиченко А.И., Волгарев М.Н., Бондарев Г.И. и др. Методические рекомендации "Изучение питания и здоровья населения в связи с характером питания".- 1984. - 113 с.

5. Шарманов Т.Ш., Абуова Г.О. Общациональное исследование состояние питания населения (15-80 лет) Республики Казахстан, 1996. - Алматы.- 2001.- 227с.

6. Мартинчик А.Н., Батулин А.К., Баева В.С. и др. Разработка метода исследования фактического питания по анализу частоты потребления пищевых продуктов: создание вопросника и общая оценка достоверности метода.- Вопросы питания.-1998.- № 3. - С.8-13.

7. Айджанов М.М., Низамутдинова А.А., Берденова Г.Т., Жаманшина М.Г., Каипова И.В., Куандыкова Р.Ж., Махатова Л.К., Семенова Г.М. Состояние питания школьников Алматы в новых экономических условиях. - Известия НАН Республики Казахстан. Серия биологическая.-1994. - С.75-81.

8. Шкуро В. Методические подходы к изучению пищевого статуса населения, в том числе детского, в современных условиях.- Проблемы питания.- 2005 - №4.

9. Мартинчик А.Н. Методические рекомендации «Оценка количества потребляемой пищи методом 24-часового (суточного) воспроизведения питания».-1996.- 19с.

10. Gregory J, Lowe S. National diet and nutrition survey: diets of British schoolchildren aged 4-18 years. Report of the National Diet and Nutrition Survey.- London.- 2000.- Vol.1.

11. Trichopoulou A, Gnardellis C, Lagiou A, Benetou V, Trichopoulos D. Body mass index in relation to energy intake and expenditure among adults in Greece.- Epidemiology.- 2000.- № 11- P. 333-336.

Методические подходы к изучению здорового питания населения

Г.Т. Берденова, А.К. Катарбаев, Ж.С. Сеильбекова, Г.К. Мубархан, Н.Т. Мамыкова, М.А. Баубекова
Казахская академия питания,

Казахский национальный медицинский университет, г.Алматы

Изучение фактического питания населения с целью уточнения величин потребностей в основных пищевых веществах и энергии, а также изучение показателей здоровья играют важную роль для разработки политики в области питания и стратегии улучшения здоровья. В статье приводятся современные методы изучения индивидуального, семейного питания и питания в коллективах. Подробно описан метод 24-часового воспроизведения питания как наиболее простой, точный и применимый при крупномасштабных исследованиях питания различных групп населения.

Ключевые слова: методы изучения питания населения, индивидуальное питание, семейное питание, питание в коллективах, метод 24-часового воспроизведения питания.

Methodological approaches to the study of healthy diet

G.T. Berdenova, A.K. Katarbaev, J.S. Seilbekova, G.K. Mubarhan, N.T. Mamykova, M.A. Baubekova
Kazakh Academy of Nutrition,
Kazakh State Medical University, Almaty

Actual nutrition study with aim to precise values of energy and nutrients requirements as well as study of health parameters play important role for development of nutrition policy and strategy of health improvement. The article presents modern methods of nutrition study of individuals, family households, collectives. The 24 hour recall method was shown in detail as most simple, precise and applicable at large-scale nutrition surveys of different groups of population.

Key words: methods of population's nutrition study, individual nutrition, nutrition of family households, nutrition of collective, 24-hour recall method.

УДК 616.831-009.11-053.2

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ****А.А. Ерембаева*****Департамент по контролю и социальной защите комитета по контролю
и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан по Восточно-Казахстанской области, г. Семей***

Проблема обеспечения безопасности пациентов особенно актуальна для стран, переживающих в настоящее время период значительных социальных и экономических преобразований. Современная концепция обеспечения безопасности пациентов возлагает ответственность за нежелательные события, в первую очередь, на структурные, организационные и оперативные недостатки системы здравоохранения, а не на отдельных медицинских работников или продукты медицинского назначения. Примерами согласованных действий правительства и органов управления здравоохранением, обеспечивающих эффективный подход к решению указанной проблемы, могут служить мероприятия, осуществляемые в США и Великобритании. Описаны направления (области действия) международного Альянса стран-членов ВОЗ по улучшению ситуации в области безопасности пациентов.

Системы здравоохранения во всем мире имеют общую цель – улучшение состояния здоровья населения. Пути к достижению этой цели формируются с учетом национальных особенностей политического и социально-экономического устройства общества, культурных традиций, организации и условий деятельности системы охраны здоровья в той или иной стране. Тем не менее, улучшение состояния здоровья населения невозможно без выполнения главной задачи любой системы здравоохранения – предоставления качественной медицинской помощи. В настоящее время качественную медицинскую помощь характеризуют как доступную, безопасную, эффективную, основанную на доказательствах, оптимальную по объему используемых ресурсов, адекватную современному уровню развития медицины, оставляющую у пациента чувство удовлетворенности от взаимодействия с системой здравоохранения.

Совершенствование системы безопасности пациентов с детским церебральным параличом (ДЦП) необходимо проводить по трем направлениям: разработка стандартов безопасности; создание механизмов социальной защиты при предоставлении фармацевтической и лечебной помощи пациентам с ДЦП и анализ соответствия законодательства в сфере здравоохранения потребностям пациентов и международным требованиям и стандартам.

Детские церебральные параличи – гетерогенная группа синдромов, которые являются следствием повреждений мозга, возникающих во внутриутробном, интранатальном (во время родов) и раннем постнатальном периодах. Характерная особенность ДЦП – нарушение моторного развития ребенка, обусловленное, прежде всего, аномальным распределением мышечного тонуса и нарушением координации движений (парезы, параличи, атаксия, гиперкинезы). Отмеченные двигательные расстройства могут сочетаться с приступами эпилепсии, задержкой развития речи, психического, интеллектуального развития. Иногда расстройства движений сопровождаются и изменениями чувствительности.

Важной особенностью ДЦП является отсутствие прогрессирования и возможная, хотя и слабо выражен-

ная, тенденция к восстановлению имеющихся признаков патологии нервной системы.

Частота ДЦП в группе детей, родившихся с массой тела менее 1500 г, составила 5-15% [Aziz K. et al., 1994].

Этиологические факторы разнообразны: заболевания (краснуха, цитомегалия, грипп, токсоплазмоз и др) и токсикозы у матери во время беременности, аномалия родовой деятельности, акушерские операции и травматические поражения, кровоизлияния в мозг, асфиксия во время родового акта, несовместимость крови матери и плода, травмы и болезни (менингиты, энцефалиты) у ребенка в раннем послеродовом периоде. Возможно сочетание нескольких вредных факторов.

Причинами врожденного ДЦП могут быть генетические детерминированные аномалии формирования мозга (дисгенезии мозга), возникающие на ранних этапах его развития. Они являются причиной 10-11% всех случаев спастических форм ДЦП. Кроме того причиной ДЦП могут быть сосудисто-мозговые нарушения плода или новорожденного ребенка, в частности гипоксическо-ишемическая энцефалопатия, ишемические и геморрагические инсульты, внутричерепные гематомы.

Патогенные факторы, действующие во время эмбриогенеза, вызывают аномалии развития мозга. На более поздних этапах внутриутробного развития возможно замедление процессов миелинизации нервной системы, нарушение дифференциации нервных клеток, патология формирования межнейронных связей и сосудистой системы мозга. При несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, системе АВ0 и другим антигенам эритроцитов в организме матери вырабатываются антитела, вызывающие гемолиз эритроцитов плода. Непрямой билирубин, образовавшийся в процессе гемолиза, оказывает токсическое действие на нервную систему, в частности на структуры стриопаллидарной системы.

У плода, перенесшего внутриутробную гипоксию, к моменту рождения защитные и адаптационные механизмы оказываются недостаточно сформированными, что способствует развитию родовой черепно-мозговой травмы и асфиксии. В патогенезе поражений нервной системы, развивающихся во время родов и постнатально, главную роль играют гипоксия плода, ацидоз, гипогликемия и другие метаболические нарушения, ведущие к отеку мозга и вторичным расстройствам мозговой гемодинамики и ликвородинамики.

Согласно рекомендациям ВОЗ, недоношенным считается ребенок, рожденный на сроке до 37 недель беременности и имеющий признаки недоношенности. Прежде всего, степень недоношенности определяют по весу. Ребенок, рожденный преждевременно на сроках беременности от 22 до 27 недель имеет массу до 1000г – экстремально низкая масса тела (ЭНМТ), от 28 до 32 недели – масса до 1500г – очень низкая масса тела (ОНМТ), от 33 до 37 недель – до 2000г – низкая масса тела (НМТ). В последнее время часто говорится, что много рождается недоношенных детей, и что недоношенность ребенка является, чуть ли не причиной развития у него ДЦП. Это мнение хочется назвать одним из современных мифов отечественного акушерства.

Прежде всего, напомним: причиной ДЦП является острая гипоксия плода во время родов, приводящая к гипоксически-ишемическим поражениям и (или) кровоизлияниям в головном мозге ребёнка. О некоторой связи ДЦП и недоношенности можно говорить только в том плане, что срыв саморегуляции мозгового кровообращения у недоношенных в условиях острой гипоксии и при родовой травме во время стимулированных родов происходит гораздо чаще и быстрее. По официальным данным: «В России в 2005г. родились живыми 1415799 новорожденных, недоношенных из них – 76662 (5,4%). Из доношенных, больными оказались 575943 ребёнка (40,7%), из них около 80% - это дети с нарушениями развития ЦНС (ДЦП и др.)». «Число преждевременных родов и число детей рождённых недоношенными, за последние 30 лет заметно не меняется, в развитых странах 4-8%, в России в 2005г. - 5,4%. Еще один современный миф гласит: «врачи сейчас стали очень много выхаживать недоношенных детей, которые, вместо того, чтобы умереть, выживают и становятся инвалидами с детства - в основном ДЦП».

Снова обратимся к статистике за 2005г: - При массе недоношенного ребёнка до 1000г в России 80% детей умирают в раннем неонатальном периоде, т. е. в первую неделю жизни после рождения.(!)

- При массе до 1500г в развитых странах выхаживают до 93%, у нас около 25% детей. При массе 1500-1900г в развитых странах выхаживают до 96%, у нас - 40-45%. При массе 2000-2500г в развитых странах - 98%, у нас - 60-70% (данные озвучены на Конгрессе неонатологов РФ, 2007г).

Как видим, это «у них» стали больше выхаживать, а не у нас. Однако в развитых странах нет никакого роста заболеваемости ДЦП, она остается на порядок ниже(!) чем в России (да и в большинстве стран СНГ). А связано это, в частности с тем, что в развитых странах уважают и принимают как руководство к действию рекомендации Всемирной организации здравоохранения. Ведь еще в 1994г. ВОЗ предложила работу реанимационных отделений для новорожденных оценивать не только по смертности в ранний неонатальный период, но и по показателю здоровья ребёнка к 1 году жизни – прежде всего по ДЦП и нарушениям развития ЦНС. В США и Европе детская инвалидность по выхаживаемым недоношенным детям составляет от 20 до 30%, причем в основном это за счет выхаживания детей с ОНМТ и ЭНМТ. Причем в Европе (прежде всего в Англии) эти цифры за последние 10 лет неуклонно снижаются. В России соответствующий показатель заболеваемости – 98,6% или 75106 больных детей из 76662, родившихся недоношенными.

Большинство проблем недоношенных детей связаны с физиологической незрелостью их организма. Чем меньше масса новорожденного и ниже срок гестации (беременности), тем меньше шансов у медиков выхаживать такого ребёнка. Как можно повысить показатель здоровья у недоношенных детей в нашей стране? Другими словами - как снизить у недоношенных вероятность нарушения развития ЦНС: ДЦП и другую неврологическую патологию?

Можно выделить три основных группы задач для решения этого вопроса.

Первая группа задач связана с «предотвращением» преждевременных родов.

Женщины, относящиеся к группе риска по преждевременным родам:

- возраст менее 18 и более 38 лет,
- низкая масса тела роженицы,
- эндокринные нарушения,

- не леченная мочевая инфекция,
- отягощённый акушерский анамнез (аборты, предыдущие преждевременные роды, ЭКО), - хроническая плацентарная недостаточность,
- нежелательная беременность (курение, алкоголизм, наркомания у матери),
- тяжёлый труд – физически и эмоционально нагрузочный,
- стрессовые ситуации – особенно частые.

В 40% случаев преждевременных родов отмечается выраженный присутствием неблагоприятных социальных факторов действующих на беременных.

Таким образом, первая группа задач по профилактике преждевременных родов связана с отношением женщины и её близких к беременности (в т.ч. планирование беременности, сознательное родительство), с организацией работы женских консультаций, от государственной материальной, социальной и психологической помощи и поддержки беременных, выделение средств учёным и лабораториям, занятым изучением факторов, вызывающих или предупреждающих преждевременные роды.

Вторая группа задач, по которым можно повысить показатель здоровья недоношенных - это принимать преждевременные роды без вреда для здоровья недоношенного ребёнка.

Решение этих групп задач считаем основной для предупреждения заболеваемости ЦНС недоношенных детей и потом вернёмся к их рассмотрению.

Третья группа задач – это как выходить недоношенного новорожденного, в связи с физиологической незрелостью его организма для жизни в обычных условиях.

Решение задач третьей группы упирается, прежде всего, в безопасность пациентов - в технологическую оснащённость реанимационных отделений для новорожденных, профессионализм и подготовленность медицинского персонала, и его достаточное количество. Например, в США для выхаживания новорожденных с очень низкой массой тела (до 1500г) расходуется в среднем 150 тыс. долларов, на каждого такого новорожденного, минимум одна медсестра. Активно, по согласию, обучается и привлекается в процесс выхаживания мать недоношенного ребёнка. В России за последние 8 лет финансирование из госбюджета этих отделений увеличилось в 8 раз, но цифры о результатах выхаживания в разы хуже, чем в развитых странах. Считаем, что это связано в первую очередь с нерешенностью второй задачи – правильной организации родовспоможения как в России, так и в Казахстане. Процесс родов – первое важнейшее испытание для организма недоношенного. Именно поэтому акушеру важно правильно выбрать тактику ведения преждевременных родов. Способ родовспоможения должен быть максимально щадящим для недоношенного ребенка. Ни в коем случае не рекомендуется стимуляция родовой деятельности.

Напомним основные механизмы губительного воздействия на плод препаратов, применяемых для родостимуляции:

- Окситоцин, простагландины и антипрогестогены вызывают нарушение маточно-плацентарного кровообращения и снижают поступление крови к плоду. В первую очередь от воздействия этих препаратов нарушается питание и снабжение кислородом головного мозга плода, нарушается механизм регуляции мозгового кровообращения, и в результате происходят гипоксически-ишемические поражения головного мозга рождающегося ребёнка. У недоношенных, в условиях острой

гипоксии, часто происходят кровоизлияния в желудочки и вещество головного мозга.

- Срыв саморегуляции мозгового кровообращения у недоношенных может вызвать введение токолитических препаратов, рекомендуемых для снятия и торможения начавшейся родовой деятельности (обычно применяются для того, чтобы успеть провести гормональную профилактику респираторного дистресс-синдрома у недоношенного новорожденного). Токोलитики (партусистен и др.) – лекарства из группы андреномиметиков - повышают артериальное давление и частоту сердцебиения у матери, и у плода. Но если АД и пульс у матери можно контролировать и быстро нормализовать, то у ребёнка это делать невозможно. В результате - нарушение регуляции мозгового кровообращения и ишемически-гипоксические поражения головного мозга и (или) кровоизлияния.

- Кроме того доказано, что окситоцин и другие лекарства, вводимые во время родов, вызывают усиление токсического действия желтухи новорожденного на головной мозг недоношенного ребёнка (даже при цифрах свободного билирубина, не превышающих верхнего критического порога).

Именно поэтому, в большинстве развитых стран в целях безопасности, отдается предпочтение оперативному родоразрешению недоношенных (КС). Отсюда и несравнимо более высокие показатели выживаемости и здоровья недоношенных в США и Европе по сравнению с нашей страной.

Таким образом, при преждевременном излитии плодных вод и преждевременных родах наши акушеры официально могут выбрать тактику активного медикаментозного вмешательства в родовой процесс. Для недоношенных детей это резко увеличивает риск поражения головного мозга в родах (ишемические, кровоизлияния), что после рождения ещё больше затруднит выживание недоношенного, тем более его шанс остаться без нарушений развития нервной системы к году и далее по жизни.

Таким образом, количество больных ДЦП и другими нарушениями ЦНС среди недоношенных за последние 30 лет в нашей стране остаётся стабильно высоким. Успехи отечественных неонатологов в выживании недоношенных детей, тем более в сохранении им здоровья, резко ограничиваются высоким риском повреждения ЦНС ребенка в преждевременных родах, про-

веденных акушером с использованием средств для стимуляции.

Кесарево сечение, проведенное под наиболее безопасными методиками общей анестезии, даёт недоношенному ребёнку значительно больше шансов не получить повреждение головного мозга в родах. (О выборе наркоза и об опасности эпидуральной и спинальной анестезии для плода при проведении КС нужно будет говорить отдельно). Об этом акушеры обязаны предупредить женщину и выбрать способ родоразрешения наиболее безопасный для здоровья ребёнка.

Для того, чтобы улучшить состояние здоровья детей в нашей стране, акушерам, неонатологам, анестезиологам и детским неврологам, совместно, необходимо срочно пересмотреть показания к применению родостимулирующих средств в акушерской практике с точки зрения безопасности для рождающегося и доношенного и недоношенного ребёнка. Необходимо отменить устаревшие приказы и принять новые безопасные стандарты акушерской помощи в родах, необходимо разработать рекомендации по безопасной анестезии при оперативном родоразрешении. Если решения будут правильные, то результат почувствует каждая семья, чьи дети будут рождаться в наших роддомах. Здоровые с самого рождения дети – основа, радующая и укрепляющая любую семью, а значит и наше государство в целом.

Литература:

1. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003-2007 годы // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2003. - №4.
2. Medical Malpractice Systems around the globe / World Bank. - Washington, DC, 2003.
3. Dyer C. GPs face escalating litigation // BMJ. - 1999. - Vol. 318. - P.830.
4. Brennan T.A., Leaps L.L., Laird N. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study // New England Journal of Medicine. - 1991. - Vol. 324, №6. - P.370-377.
5. Vincent C., Neale C., Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review // British Medical Journal. - 2001. - Vol. 322. - P.517-519.
6. Wilson R.M., Runciman W.B., Gibberd R.W. et al. The Quality in Australian Health Care Study // Medical Journal of Australia. - 1995. - Vol. 163. - P.458-471.

БМП пациенттердің қауіпсіздік жүйесінің жетілдіруі

А.А. Ерембаева

Біздің мемлекетте балалар денсаулық жағдайын жақсарту үшін акушерлер, неонатологтар, анестезиологтар және балалар неврологтарды біріктіру қажет. Олар бірге акушерлік тәжірибедегі өз мерзімінде және оған жетпей туатын нәрестенің қауіпсіздігін еске алғанда босанды шырықтыратын тәсілдерді қолдану көрсеткіштерін шұғыл түрде қайта қарастыруға қажет. Көне бұйрықтарды алып тастап және босандығы акушерлік жәрдем кезінде қолданатын жаңа қауіпсіз стандарттарды қабылдауға, қауіпсіз анестезия бойынша кезіндегі операциялық босандырудағы кепілдемелерді жетілдіруге қажет. Егер шешімдер дұрыс болса, біздің босандыру ауруханаларында балалары дүниеге келетін әр отбасы оның нәтижесін сезінеді. Туғаннан дендері сау балалар әр отбасын және сонымен қатар бүкіл біздің мемлекетті қуантатын және қорғайтын негізі.

Improvement of the system of patients safety with CCP

A.A. Erembaeva

For improving the condition of the children in our country it is necessary to gather together obstetricians, neonatologists, anesthesiologists and children's neurologists. Together they must immediately look through again indications for using of helping in delivery means in obstetric practice from the point of view of safety for the full-termed and not full-termed being birth baby. It is necessary to give up becoming old orders and to get instead of them safety standards obstetric care by labor, it is necessary to do the recommendations of safety anesthesia by the operation labor. If the conclusions would be right, the result of them will get every family, whose babies will be born in our perinatal hospitals. Healthy from the very birth children are the base, which joy and make strength any family, that is the whole our country.

УДК 618.19-006+616.8-009

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АМИТРИПТИЛИНА И ФЕВАРИНА
В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ
РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****А.Г. Коровников***Региональный онкологический диспансер, г. Семей*

В последние десятилетия достигнуты значительные успехи в лечении и продлении жизни больных раком молочной железы (РМЖ), и на первый план выходят вопросы повышения качества жизни страдающих этим заболеванием пациенток. Приобретает особое значение лечение депрессии, входящей в структуру постмастэктомического синдрома. Утрата женственности вследствие радикального оперативного лечения РМЖ приводит к развитию у ряда пациенток выраженной социально-психологической дезадаптации. При этом преобладают психогенные тревожно-депрессивные расстройства, являющиеся наиболее суицидоопасными и резистентными к терапии [1,2,3].

По мнению ряда современных авторов, выраженность депрессии и эффективность ее коррекции являются важными факторами повышения качества реабилитационных и лечебных мероприятий у больных, страдающих онкологическими заболеваниями [4,5].

На фоне приема антидепрессантов у онкологических больных снижается выраженность тревожных и депрессивных симптомов, а также отмечается тенденция к повышению оценок индекса жизненных функций для онкологических больных, что подтверждается многочисленными проспективными плацебо-контролируемыми исследованиями. Применение антидепрессантов вызывает статистически значимые улучшения по шкалам тревоги и депрессии и достоверно улучшает качество жизни, по данным опросника SF-36 [6,7].

В Казахстане наиболее широко представленными и часто применяемыми антидепрессантами на сегодняшний день являются препараты следующих групп:

1) трициклические антидепрессанты, традиционно используемые в психиатрии для лечения депрессивных расстройств (амитриптилин, имипрамин, клопрамин и др.);

2) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам).

Результаты экспертного научного обзора, проведенного Альянсом поддержки при депрессиях и биполярных расстройствах (DBSA), подтверждают эффективность трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при терапии депрессивных расстройств у онкологических пациентов [8].

Для клинического исследования был выбран один препарат из каждой группы антидепрессантов: амитриптилин и феварин (флувоксамин), как обладающие наиболее выраженным седативным и анксиолитическим эффектом наряду с антидепрессивным, что имеет особое значение для больных РМЖ, у которых преобладают тревожно-депрессивные нарушения.

Цель исследования: Сравнительный анализ эффективности и переносимости амитриптилина и феварина (флувоксамин) у больных, перенесших радикальное оперативное лечение РМЖ.

Материалы и методы исследования:

Было обследовано 2 группы больных РМЖ, перенесших радикальные операции, по 20 человек в каждой группе с тревожно-депрессивными расстройствами различной

степени тяжести. Проводили монотерапию соответствующим антидепрессантом в каждой группе. Анализируемый курс лечения каждым из исследуемых антидепрессантов продолжался от 4 до 8 нед.

Амитриптилин назначали в дозе от 6,25 мг до 75 мг/сут (средняя суточная доза 22 мг), феварин - от 25 до 100 мг/сут (в среднем 70 мг).

Сравниваемые группы больных сходны по основным клинико-anamnestическим характеристикам: возраст, стадия основного заболевания, объем оперативного вмешательства, степень тяжести депрессивного расстройства.

Исследование проводили методом клинического наблюдения с использованием шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory-DI, A.Beck, 1961) и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Оценку по шкале депрессии Бека проводили до начала лечения и по окончании курса, по госпитальной шкале тревоги и депрессии проводили до начала терапии, еженедельно на протяжении всего курса лечения и по окончании терапии. С целью определения особенностей спектра антидепрессивной активности каждого из исследуемых препаратов анализировали в динамике показатели отдельных групп признаков шкалы Бека, отражающих тимоаналептическое, анксиолитическое и стимулирующее действие. Терапевтический эффект препаратов расценивали в трёх градациях: как выраженное улучшение, незначительное улучшение и состояние без перемен или ухудшение. Побочные явления изучаемых антидепрессантов оценивали в трех градациях: отсутствие негативного влияния на деятельность больного, существенное влияние на деятельность больного, превосходит по своим последствиям терапевтический эффект.

Результаты и обсуждение:**Амитриптилин**

Полный курс терапии амитриптилином был проведен 15 больным. Прекратили лечение досрочно 5 (25,0%) больных в связи с побочными эффектами препарата. Из этих больных 3 досрочно прекратили лечение в связи с выраженной седацией, слабостью, вялостью, сонливостью, заторможенностью в дневное время, а в 2 случаях наблюдались также головная боль, головокружение. Таким образом, полный курс терапии амитриптилином был проведен 15 больным (75,0%). В 1-ю неделю терапии амитриптилин оказывал выраженное седативное действие, больные отмечали вялость, сонливость, заторможенность в дневное время. С первых дней лечения амитриптилином проявлялось его анксиолитическое действие, которое выражалось в уменьшении двигательного беспокойства, ослаблении проявлений ажитации и тревоги. К концу 3-й недели терапии анксиолитическое действие препарата значительно возрастало. Однако редукция тревожной симптоматики сопровождалась явлениями седации, которые отмечались у всех больных даже при приеме незначительных доз амитриптилина.

Тимоаналептический эффект данного антидепрессанта, выражающийся в субъективном улучшении настроения, уменьшении чувства тоски, подавленности,

бездёжности, дезактуализации чувства вины, собственной ущербности, уменьшении или исчезновении суицидальных тенденций, проявлялся позднее анксиолитического (на 2-3-й неделе терапии) и нарастал постепенно.

При лечении амитриптилином больные отмечали улучшение сна, легко засыпали, сон становился глубоким и непрерывным, увеличивалась его общая продолжительность.

При применении препарата депрессия из первоначально тяжелой или средней степени (по опроснику депрессии Бека) к 7-му дню терапии оценивалась как умеренная и к 14-му дню - как легкая. При лечении умеренно выраженных депрессий терапевтический эффект амитриптилина проявлялся менее отчетливо из-за обилия побочных явлений, которые зачастую превосходили по своим последствиям терапевтический эффект.

У всех 15 пациенток, прошедших полный курс лечения, отмечены те или иные побочные явления приёма амитриптилина (сухость слизистой оболочки рта, падение АД, головокружение, задержка мочи, запоры, вялость и чрезмерная сонливость в дневное время), которые оказывали негативное влияние на деятельность больного. Кроме того, отмечена плохая переносимость препарата пожилыми и ослабленными больными, а также пациентками с сопутствующей соматической патологией.

Редукция тревожно-депрессивной симптоматики в той или иной степени отмечена у всех 15 (75,0%) больных, закончивших полный курс терапии. 2 из 5 пациенток, прервавших лечение на 1-й неделе из-за неблагоприятных побочных эффектов амитриптилина, отметили частичное улучшение сна и умеренное снижение тревожных проявлений в результате его кратковременного приёма. У 3-х из 5-и отказавшихся от продолжения антидепрессивной терапии больных - психическое состояние без перемен.

По завершении терапии редукция исходного суммарного балла по госпитальной шкале тревоги более 50% отмечена у 10 (66,7%) из 15 больных, завершивших курс терапии; соответственно, редукция исходного суммарного балла по госпитальной шкале депрессии более 50% наблюдалась у 9 (60%) из 15 пациенток.

В тех случаях, когда антидепрессивный эффект амитриптилина был недостаточным, его плохая переносимость

препятствовала дальнейшему повышению доз препарата, которое могло бы привести к более успешному устранению тревожно-депрессивных нарушений.

Феварин (флувоксамин)

Полный курс терапии феварином был проведен 19 больным. При проведении данного исследования зафиксирован только 1 случай (5%) преждевременной отмены феварина на 1-й неделе терапии в связи с побочными эффектами препарата (головная боль, слабость, головокружение, повышение артериального давления). Однако следует отметить, что отмена препарата произошла у пациентки с негативной установкой на приём антидепрессантов и страдающей артериальной гипертензией в течение ряда лет, поэтому ухудшение самочувствия могло быть связано с другими причинами. У 3-х человек на 1-й неделе терапии отмечались незначительные побочные явления (тошнота, слабость, головокружение) преходящего характера.

Анксиолитическое действие феварина проявлялось с первых дней приёма препарата и значительно возрастало к концу 3-й недели. Следует отметить, что противотревожный эффект феварина не сопровождался выраженной седацией, оказывающей влияние на деятельность больных, так как данный препарат обладает также мягким стимулирующим действием. Явлений гиперстимуляции у пациенток исследуемой группы не отмечалось.

Тимоаналептический эффект феварина (флувоксамин), проявлялся позднее анксиолитического (на 2-3-й неделе терапии) и нарастал постепенно.

У всех 19 (100%) пациенток, прошедших лечение, отмечена редукция симптомов депрессии и тревоги той или иной степени. Улучшение психического состояния проявлялось в субъективном улучшении настроения, снижении амплитуды колебаний аффективных расстройств, редукции эмоциональной лабильности и проявлений неврастенического синдрома, улучшении сна, повышении уровня продуктивности и повседневных делах, улучшении качества жизни.

У 17 (85%) пациенток сон на фоне монотерапии феварином восстанавливался уже на первой неделе лечения. Стойкая бессонница была отмечена лишь в 3-х случаях (15%). После дополнительного назначения атаксиса в дозе 25мг на ночь, отмечалось значительное улучшение сна.

Таблица 1. - Степень выраженности эффекта терапии в группах пациенток, получавших амитриптилин и феварин

Эффект	Амитриптилин		Феварин		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Выраженный	10	50,0	16	80,0	26	65,0
Умеренный	7	35,0	3	15,0	10	25,0
Без изменений	3	15,0	1	5,0	4	10,0
Всего	20	100	20	100	40	100

Таблица 2. - Степень выраженности побочных явлений приёма антидепрессантов в группах пациенток, получавших амитриптилин и феварин

Побочные эффекты терапии	Амитриптилин		Феварин		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствие негативного влияния на деятельность больного	0	0	16	80,0	16	40,0
Существенное влияние на деятельность больного	15	75,0	3	15,0	18	45,0
Превосходит по своим последствиям терапевтический эффект	5	25,0	1	5,0	6	15,0
Всего	20	100	20	100	40	100

Как показано в таблицах 1 и 2, эффект лечения феварином у исследуемого контингента больных оказался вы-

ше, чем при лечении амитриптилином. При этом, феварин вызывал значительно меньшее количество побочных яв-

лений, оказывающих негативное влияние на деятельность больного в сравнении с амитриптилином.

Заключение

Таким образом, у каждого из сравниваемых препаратов выявлены присущие им индивидуальные терапевтические особенности, которые обосновывают показания к выбору того или иного антидепрессанта в терапии депрессивных расстройств у больных РМЖ.

Амитриптилин характеризуется быстрым наступлением терапевтического эффекта, достаточно эффективен при лечении депрессий с преобладанием тревожно-ажитированного компонента. Выраженный седативный и анксиолитический эффекты амитриптилина наряду с антидепрессивным позволили восстановить сон и купировать тревогу у большинства пациенток данной группы без дополнительного назначения транквилизаторов. Однако, высокая степень выраженности побочных эффектов амитриптилина и, вследствие этого, высокая частота отказов от терапии, значительно ограничивают его применение у данного контингента больных, особенно у пожилых и ослабленных пациенток, а также у больных с сопутствующей патологией.

Феварин обладает тимоаналептическим, седативно-анксиолитическим и мягким стимулирующим действием. Важной особенностью препарата является сочетание противотревожного и стимулирующего компонентов действия без явлений гиперстимуляции. Отмечено влияние феварина на все составляющие депрессивного синдрома при преобладании в спектре его психотропной активности собственно тимоаналептического и седативно-анксиолитического действия. Сбалансированность психотропной активности позволяет рекомендовать флувоксамин для монотерапии депрессий. Препарат обнаружил высокую эффективность в терапии реактивных депрессий различной степени тяжести у женщин, перенесших радикальное оперативное лечение РМЖ. Отмечена хорошая переносимость феварина, что позволяет применять его у всех категорий больных данной группы.

При лечении тревожных депрессий, входящих в структуру постмастэктомического синдрома наиболее значимы для применяемого антидепрессанта следующие свойства:

- 1) высокая антидепрессивная активность;
- 2) выраженное седативно-анксиолитическое действие;
- 3) хорошая переносимость и безопасность;
- 4) отсутствие лекарственного взаимодействия при совместном применении с противоопухолевыми средствами.

Вышеперечисленными качествами в большей степени, чем амитриптилин, обладает антидепрессант из группы СИОЗС феварин (флувоксамин), что позволяет сделать вывод о его преимуществе перед амитриптилином при лечении тревожно-депрессивных нарушений у больных РМЖ.

Литература:

1. Смулевич А.Б. Психогенные (реактивные) психозы. Руководство по психиатрии (под ред. А.С.Тиганова). М.: Медицина, 1999; 2: 490–514.
2. Шостакович Б.В. Психогенные депрессии в судебно-психиатрической клинике. Депрессии и коморбидные расстройства (под ред. А.Б.Смулевича). М., 1997; с. 262–273.
3. Schatzberg AF. Fluoxetine in the treatment of comorbid anxiety and depression. J Clin Psychiatry Monogr 1995; 3: 2–12
4. Anton SM, Kurbel S, Enovi S et al. Anxiety, depression and quality of life of oncology staff. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. 2006; 15. (2): 160.
5. Hou L, Zheng Y, Peng P et al. Relationship of relatives depression to Chinese cancer survivors symptoms, quality of life and depression. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology 2006; 15 (2): 272.
6. Holland JC, Romano SJ, Heiligenstein JH et al. A controlled trial of fluoxetine and dispramint in depressed women with advanced cancer. Psycho-oncology 1998; 4 (4): 291-300.
7. Passik SD. Integrative Psychopharmacology for symptom management. Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. 2006; 15 (2): 69.
8. Evans DL, Charney DS, Lewis L et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry 2005; 58: 175–189.

Сүт безі обырына қатысты радикалды операция жасалған әйелдердегі үрейлі –күйзеліс жағдайларын емдеуде Амитриптилин мен Феваринге салыстырмалы сипаттама

А.Г. Коровников

Әрқайсысы 20 адамнан тұратын екі топтағы сүт безі обырымен сырқаттанып, радикалды операциялық жолмен емделген науқастардағы амитриптилин мен февариннің (флувоксамин) тиімділігі мен оны көтеруге салыстырмалы талдау жүргізілді. Алынған деректер зерттеуге алынған топтағы науқастарда препаратты қауіпсіз, жақсы көтерген жағдайда күйзеліске қарсы және седативті-анксиолитиялық қабілеті мықты феваринді (флувоксамин) қолданудың артықшылығы туралы қорытынды жасауға мүмкіндік туғызады және аталмыш препаратты жасы ұлғайған, әлсіреген науқастардың қолдануына болатындығын нақтылайды.

Comparative characteristics of Amitriptylin and Fevarin in therapy of anxiously-depressive disorders from women carried radical surgery for breast cancer

A.G Korovnikov

Comparative analysis of effectiveness and carrying of amitriptylin and fevarin (fluvoxamin) using for patients with breast cancer, carried over radical surgical treatment, was investigate in two groups of 20 people each. Received data permit to make conclusion about advantage application fevarin in those group patients with expressive antidepressive and sedative-anxiolytic effects, good safety und carry over, can using for old age and weakness patients.

УДК 617.55-614.882

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**О.Г. Таштемирова, И.В. Гловацкая****Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, Павлодар**

Острый деструктивный панкреатит является одним из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости и занимает по частоте третье место после острого аппендицита и острого холецистита [3, 7, 8]. Почти в 80% наблюдений острый панкреатит характеризуется относительно благоприятным течением, у остальных пациентов развивается панкреонекроз или парапанкреатит с исходом в некроз парапанкреатической клетчатки. Лечение таких пациентов остается наиболее сложной и трудоемкой задачей для врачей в отделениях интенсивной терапии и хирургов, занимающихся вопросами неотложной хирургии [4, 6].

Патогенетически обоснованная интенсивная терапия (включающая современную антибиотикотерапию, использование сандостатина и его аналогов, применение миниинвазивных методов хирургического лечения) постоянно совершенствуется, однако общая летальность при остром деструктивном панкреатите на протяжении последних 30 лет сохраняется приблизительно на одном уровне, составляя, по данным разных авторов, от 7 до 32%, достигая при инфицированном панкреонекрозе 85%, при "фульминантном" течении заболевания 100% [1, 9]. В показателях летальности отмечается определенная закономерность: смерть наступает либо рано, в течение первых дней от начала заболевания на фоне прогрессирующего циркуляторно-токсического шока и развития полиорганной недостаточности, либо довольно поздно, после 3-4 недель заболевания на фоне развития гнойно-септических осложнений [13].

Высокая частота «поздних» летальных исходов определяет актуальность адекватной профилактики инфицирования при тяжелом панкреатите и лечения развившихся гнойных осложнений [2, 10, 11, 12].

Эффективность традиционных способов введения лекарственных средств, таких как внутримышечное и внутривенное введение, при панкреонекрозе недостаточна, что в первую очередь связано с низкой концен-

трацией вводимого препарата в очаге воспаления. Трудность достижения подавляющей концентрации в тканях органа обусловлена особенностями фармакокинетики имеющихся препаратов и отсутствием эффективных способов их направленного транспорта в воспалительный фокус.

Неоднозначность подходов в вопросах лечебной тактики и неудовлетворительные результаты лечения и профилактики инфицирования острого панкреатита определяют необходимость дальнейшей разработки новых схем и способов лечения данной патологии, направленных, в первую очередь, на борьбу с инфекцией и интоксикацией.

Цель исследования. Изучить результаты применения аутогенной клеточной взвеси крови, инкубированной с антибиотиком при лечении панкреонекроза и ее влияние на частоту и характер развития гнойно-септических осложнений

Материалы и методы исследования. Основу работы составили результаты обследования и лечения 27 больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) находившихся в областной клинической больнице им. Г.Султанова и городской больницы №1, за период 2008 – 2009 гг. Из них 48,16% (17 человек) были мужчины и 37,04% (10 человек) – женщины. Средний возраст составлял $56 \pm 1,2$ лет при этом 55,56% (15 человек) приходилось на возрастную категорию от 30 до 59 лет.

Все больные методом рандомизации были разделены на две группы.

Первую группу составляли 13 пациентов, которым в комплексе лечебных мероприятий была проведена реинфузия аутогенной клеточной взвеси крови после ее инкубации с антибиотиком и АТФ (аденозин трифосфат) внутривенно (направленный транспорт лекарственных средств (НТ ЛС)). Вторую группу – группа сравнения, составили 14 больных, получавших традиционную терапию, в том числе антибиотики внутривенно (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных деструктивным панкреатитом по полу и возрасту

Возраст больных (лет)	Основная группа (n=13)		Группа сравнения (n=14)		Всего (n=27)
	Муж	Жен	Муж	Жен	
От 18 до 29	1	1	1	1	4
	7,69%	7,69%	7,14%	7,14%	14,81%
От 30 до 59	5	2	5	3	15
	38,46%	15,38%	35,71%	21,43%	55,56%
От 60 до 74	2	1	1	2	6
	15,38%	7,69%	7,14%	14,29%	22,22%
старше 75	1	-	1	-	2
	7,69%	-	7,14%	-	7,41%
Всего:	9	4	8	6	27
	69,24%	30,76%	57,14%	42,86%	

Возраст больных в группе сравнения варьировал от 19 до 83 лет и в среднем составил $57 \pm 1,2$ лет. В основной группе – возраст больных колебался от 18 до 80 лет и в среднем составил $55 \pm 2,3$ лет. Основная группа и группа сравнения однородны по полу, возрасту, этиологическим факторам, срокам и тяжести заболевания.

Инкубацию клеточной взвеси крови с антибиотиками и АТФ при деструктивном панкреатите проводили по следующей методике: перед процедурой проводилась катетеризация крупной (чаще всего подключичной) вены по Сельдингеру. С помощью роликового насоса стерильный стеклянный флакон 200мл, содержащий в качестве стабилизатора раствор гепарина 2,5тыс. ЕД,

набирали кровь больного. Клеточную массу крови отделяли от плазмы на центрифуге для плазмафереза «ОС-6», со скоростью вращения ротора 1800 оборотов в минуту, в течение 20 минут. После центрифугирования проводили аспирацию верхнего слоя плазмы в стерильную пробирку. Затем проводилась инкубация антибиотика и АТФ на слой лейкоцитов. Сеансы НТ ЛС проводились 1 раз в сутки через день – 5-6 процедур на курс лечения в зависимости от состояния больного и до получения необходимого клинического эффекта.

Все больные проходили клинико-лабораторное и инструментальное обследование, как до, так и после процедуры. С помощью бактериоскопических и культуральных методов, проводилось бактериологическое исследование биосубстратов с определением чувствительности к антибиотикам, полученных при пункции жидкостных образований в проекции поджелудочной железы и парапанкреатической жировой клетчатки, при лапароскопии или оперативном вмешательстве (экссудат, некротические секвестры, отделяемое из дренированных полостей). Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) рассчитывался по формуле Островского В.К.(1983) [5]:

$$\text{ЛИИ} = \frac{\text{ПК} + \text{миел.} + \text{ю.} + \text{п.} + \text{с.}}{\text{Лимф.} + \text{мон.} + \text{э.} + \text{б.}}$$

Где: ПК – плазматические клетки, миел. – миелоциты, ю. – юные, п. – палочкоядерные, с. – сегментоядерные, Лимф. – лимфоциты, мон. – моноциты, э. – эозинофилы, б. – базофилы. При расчёте ЛИИ норма составляет $1,6 \pm 0,5$.

Механизм действия инкубированной клеточной взвеси крови заключается в следующем: лейкоциты после насыщения лекарственными веществами и возврата в кровотоки за счет хемотаксиса попадают в очаг воспаления, затем путем стимулированного экзоцитоза или после своего разрушения высвобождают пиноцитированный во время инкубации лекарственный препарат, осуществляя тем самым целенаправленный транспорт антимикробного средства в очаг воспаления.

Результаты исследования.

При исследовании результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом с использованием методики НТ ЛС внутривенно и традиционным введением антибиотиков получено: в основной группе нормализация температуры происходила на 9-10 день, что в среднем, на 4 суток раньше, чем в группе сравнения, нормализация количества лейкоцитов, палочко- и сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов происходила в среднем на 4-5 суток раньше чем в группе сравнения. Повышенный при поступлении, в среднем до $4,7 \pm 0,7$ лейкоцитарный индекс интоксикации нормализовался раньше в основной группе, чем в группе сравнения, в среднем на 3 дня (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика изменений клинико-лабораторных показателей после использования методики НТ ЛС

Клинико-лабораторные показатели	Больные с острым деструктивным панкреатитом n=27							
	Лечение с НТ ЛС n=13 (группа 1)				Лечение без НТ ЛС n=14 (группа 2)			
	Сроки наблюдений				Сроки наблюдений			
	5 сутки		10 сутки		5 сутки		10 сутки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Температура тела:								
36° – 36,9°	-	-	11	84,62	-	-	3	21,43
37° – 37,5°	8	61,54	2	15,38	3	21,43	8	57,14
37,6° – 38°	5	38,46	-	-	11	78,57	3	21,43
Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)								
1,6 ± 0,5	-	-	10	76,92	-	-	-	-
1,9 ± 0,2	7	53,85	3	23,08	4	28,57	9	64,29
3,7 ± 1,07	6	46,15	-	-	10	71,43	5	35,71

При бактериологическом исследовании биосубстратов у больных в основной группе в 76,92% случаев, посевы не дали роста, т.е. на фоне проведенного лечения инфицирования некротических тканей не наступало, а в 23,08% случаях были высеяны различные микроорганизмы. Среди них были выявлены: E.Coli у 38,46%, Staphylococcus у 23,08%, Ps. Aeruginosa у 15,38%, Proteus vulgaris у 7,69%, Klebsiella у 7,69%, другие возбудители у 15,38% больных. В

подавляющем большинстве случаев высевались грамотрицательные микроорганизмы.

В группе сравнения посев не дал результатов в 57,14% случаев, а в 42,86% случаев панкреонекроз был инфицирован. Высеяны: E.Coli у 78,6%, Staphylococcus у 35,7%, Ps. Aeruginosa у 21,4%, Proteus vulgaris у 14,3%, Klebsiella у 14,3%, другие возбудители у 21,43% больных (таблица 3).

Таблица 3 – Результаты бактериологического исследования биосубстратов у больных с острым деструктивным панкреатитом

№ п/п	Показатели	Основная группа (n=13)		группа сравнения (n=14)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	E.Coli	5	38,46	11	78,6
2	Staphylococcus	3	23,08	5	35,7
3	Ps. Aeruginosa	2	15,38	3	21,4
4	Proteus vulgaris	1	7,69	2	14,3
5	Klebsiella	1	7,69	2	14,3
6	Другие возбудители	2	15,38	3	21,43
7	Положительный рост	3	23,08	6	42,86
8	Отрицательный рост	10	76,92	8	57,14

Во всех случаях определялась чувствительность микроорганизмов к различным антибиотикам, так к фторхинолонам и цефалоспорином III-IV поколения чувствительны 87% высейных микроорганизмов, к карбопенемам – 92%, полусинтетическим пенициллинам – 83%, аминогликозидам – 43%, макролидам – 56%, цефалоспорином I поколения – 54%. Исследование микрофлоры и определение ее чувствительности позволяло применять наиболее действенные антибиотики при проведении инкубации.

Результатом применения НТ ЛС было значительное снижение частоты развития гнойно-некротических осложнений при деструктивном панкреатите, так гнойно – септические осложнения в первой группе развились в 25,6% случаев, во второй группев 50% случаев. Летальность в основной группе составила 7,7% - умер один больной, а во второй группе умерло трое больных – 21,4%. Основной причиной смерти пациентов во всех группах явилась полиорганная недостаточность (таблица 4).

Таблица 4 - Показатели летальности и частоты осложнений у больных острым деструктивным панкреатитом

№ п/п	Показатели	Основная группа (n=13)		группа сравнения(n=14)	
		Абс.	%	Абс.	%
1	Гнойно-септические осложнения	3	25,6	7	50
2	Летальность	1	7,7	3	21,4

Применение методик направленного НТ ЛС способствовало снижению средней длительности стационарного лечения. У больных основной

группы средний показатель составил 23,9 койко-дня, а в группе сравнения - 30,3 койко-дня (таблица 5).

Таблица 5 - Сроки госпитализации больных острым деструктивным панкреатитом

Койко-дни	1 группа (n=13)		2 группа (n=14)	
	Абс.	%	Абс.	%
От 1 до 10	1	7,69%	-	-
от 11 до 20	1	7,69%	1	7,14%
от 21 до 30	8	61,54%	4	28,57%
от 31 до 40	3	23,08%	9	64,29%

При лечении деструктивного панкреатита, среднекурсовая доза антибиотика (при расчете по цефотаксиму), в группе сравнения составила 24,6 грамма, что в среднем в 4 раза больше, чем в основной группе - 5,42 грамма. Кроме этого в группе сравнения использовались еще, как правило, два антибактериальных препарата – ципрофлоксацин и метронидазол.

Выводы. Методика направленного транспорта лекарственных средств у больных панкреонекрозом позволяет снизить напряжение факторов эндогенной интоксикации, позволяет быстрее и эффективнее купировать клинические проявления заболевания, снижает продолжительность антибактериальной терапии, уменьшает среднюю продолжительность стационарного лечения на 6,4 койко-дня, позволяет снизить частоту гнойно-септических осложнений соответственно на 24,6%, а летальность на 13,7% по сравнению с контрольной группой.

Литература:

1. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Острый панкреатит – современное состояние проблемы и нерешенные вопросы// АЛБМАНАХ Института Хирургии им. А.В. Вишневского.- 2008.- Т.3.- №3.- С. 104–112.
2. Байчоров Э.Х., Денисенко Г.А., Байрамуков Р.Р. Результаты применения детоксикационной терапии у пациентов с распространенным инфицированным панкреонекрозом// Материалы Первого конгр. московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». – М.: ГЕОС, 2005. – С. 85–86.
3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики// Хирургия.- 2003.-№3.- С. 50-54.
4. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей, издание 2-е, ис-

правленное и дополненное. С-Петербург: Деан, 2000.- 480с.

5. Островский В.К. Свитич Ю.Н. ЛИИ при острых гнойных и воспалительных заболеваниях лёгких// Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 1983.- т.131.- №11.- С. 21-24

6. Покровский К.А., Зубрицкий В.Ф., Забелин М.В., Сальников А.А. Выбор дифференцированной лечебной тактики при инфицированном панкреонекрозе// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопрокт. – 2009. – №5. – С. 73.

7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения// Анналы хир.- 2001.- №3.- С.58-62.

8. Филимонов М.И., Бурневич С.З. Хирургия панкреонекроза. 50 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. М: Медиа Медика, 2003.- С. 241-248.

9. Balthazar E.J., Eobinson D.L., Magibow A.S.J. et al. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis// Radiology.- 1990.- Vol. 174.- P.331-336.

10. De Waele J.J., Hesse U.J. Life saving abdominal decompression in a patient with severe acute pancreatitis// Acta Chir Belg. - 2005.- Vol.105: P.96-98.

11. Imrie C.W., McKay C.J. The scientific basis of medical therapy of acute pancreatitis: Could in work and is there a role for lexipafant?// Gastroenterol. Clin. North. Am. – 1999. – Vol.28. – N3. – P. 591–599.

12. Ranson J.H.C., Kenneth M., Roses D.T. et al. Prognosis sings and the role of operative management in acute pancreatitis// Surg Gynec Obstet. - 1974. - Vol.139. - N 4. - P.69-81.

13. Wyncoll D.I. The management of severe acute necrotizing pancreatitis; an evidence - based review of the literature// Intensive Care Med. – 1999. - Vol.25. - N 2. - P.146-156.

2008-2009 жж аралығында, №1 қалалық ауруханада және Ғ. Сұлтанов атындағы облыстық клиникалық ауруханасында өткір деструктивті панкреатит ауруы бар 13 науқастың (дәрілік құралдардың бағытталған транспорты (БТ ДҚ)) күре тамыр арқылы (аденозин трифосфат) АТФ және антибиотиктің инкубациясынан кейін қан аутогенді клеткалық өлшемін реинфузиясын қолдану нәтижелері ұсынылды. Науқастар панкреонекрозының дәрілік құралдардың бағытталған транспорттық әдістемесі эндогенді улану факторларының қозуын тоқтатуына әсерін тигізуі, аурудың клиникалық көріністерін жылдам және нәтижелі купациялауына көмегін тигізуі, бактерияларға қарсы терапияның ұзақтылығын төмендетуі, стационарлық емдеудің орта ұзақтығын 6,4 койко - күнге кемітілуі, сонымен қатар, іріңді-септикалық асқынулар 24,6% және адам өлімі 13,7% азайғаны анықталды.

There are results of the refusing of the autogenic cellular meal of the blood after its incubation with antibiotics and adenosine triphosphate intravascular method in 13 patients with acute destructive pancreatitis which were the patients of the regional clinics named after G. Sultanov and hospital № 1 during the period 2008-2009. It was denoted that the method of the derived medicines in patients with pancreatonecrosis lets reduce the tension of factors of the endogenous intoxication, lets arrest clinical manifestations of the disease, reduce average duration of the stationary treatment on 6.4 days, gives opportunity to reduce the rate of the purulent septic complications on 24.6 % and the rate of lethality on 13.7 % in comparison with controlling group.

УДК 616.351-002-08

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ГЕМОРРОЯ У ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М.М. Гладинец, Т.Х. Оразғалиев, А.В. Дрокова, Е.Б. Хромова, А.В. Писмарева, А.А. Расторгуев

Государственный медицинский университет г.Семей

Геморрой от греческого - кровотечение. Синоним – варикозное расширение вен прямой кишки, преимущественно области анального канала. Геморроем страдают свыше 10% населения страны, а среди болезней прямой кишки страдают этим недугом в пределах 40%. В норме геморроидальные узлы представляют собой кавернозные сосудистые образования, располагающиеся в подслизистом слое прямой кишки над анальным каналом, внутренние узлы, наружные локализируются в анальном канале над кожей промежности. Причиной увеличения и в последствии выпадения геморроидальных узлов являются застой крови в геморроидальных кавернозных сплетениях и ослабление связочного аппарата узлов, удерживающего их в нормальной позиции над аноректальной линией. Основным клиническим проявлением геморроя является кровотечение из прямой кишки во время акта дефекации, отсюда и наименование заболевания, второй своеобразный критерий, это выпадение геморроидальных узлов при натуживании. Боли при геморрое носят характер неприятных ощущений в заднем проходе и усиление во время дефекации заставляет пациентов обращаться к проктологу. Во времени могут учащаться кровотечения и развитие тромбоза, воспаления геморроидальных узлов. Присоединяются постоянная влажность и зуд в анальном канале.

В этиопатогенезе геморроя участвуют предрасполагающие и производящие факторы – в особенности врожденная, наследственная недостаточность анатомического строения вен, повышение внутрибрюшного давления, которое способствует ретроградному току крови из вен брюшной полости в сторону малого таза и застой в венозном русле прямой кишки, пролонгированная двухмоментная дефекация, половые излишества, алкоголизм, сидячая работа. Началом заболевания считается появление одного или ряда типичных патогномических признаков геморроя – кровотечения, болей, выпадения, ущемления геморроидальных узлов.

В клиническом течении геморрое в хирургической практике различают 4 стадии: I ст. - узлы не выпадают, II – III ст. – выпавшие узлы требуют ручного вправления и в IV ст. - постоянное выпадение узлов вместе с слизистой оболочкой, даже ручное невозможно вправление

их. Часто осуществляются малоинвазивные хирургические методы лечения. Это склеротерапия, инфракрасное облучение, электрокоагуляция. Эффективным способом лечения геморроя является лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, которые используются при поздних стадиях заболевания. Наиболее распространенной геморроидэктомией получившей распространение методика Миллигана и Моргана, который заключается в радикальном иссечении геморроидальных узлов на 11, 15, 19 часах.

Цель работы: Патогенетическое обоснование и внедрение новых методов операций при геморрое, которые бы отвечали следующим критериям: иссечение радикально внутренних кровоточащих геморроидальных узлов появляющихся на 11, 15, 19 ч., надежная обработка сосудистых ножек внутренних геморроидальных узлов и радикальное удаление наружных узлов. Кроме того, важное значение придается адекватному доступу к операционному полю, полноценное обезболивание и тщательная ревизия анального канала, а также щадящее отношение к анальному сфинктеру. По выражению В.Д.Федорова и соавт. «даже при отработанной методике не каждая геморроидэктомия приносит удовлетворение от выполненной операции, прежде всего из-за сложного и неудобного операционного доступа. Невольно приходят мысли к хирургу, каким образом облегчить себе задачу».

Для удобного выполнения манипуляции на кавернозных тельцах «озерках» и на ранах после их иссечения на 3, 7, 11 ч. геморроидальных узлов нами использовалось зеркало – расширитель с боковыми вырезками на 11, 15, 19 часах. В анальном канале имеются три зоны: столбовая, промежуточная, кожная. Столбовая зона представлена анальными столбами, высота ее от 1,5 до 3,0 см. Это самый удаленный и труднодоступный участок анального канала, где выполняется основной этап геморроидэктомии. Здесь в этой зоне, на 11, 15, 19 часах в положении больного на спине, расположены геморроидальные узлы и их сосудистые ножки. Учеными установлено, что из всех артерий, принимающих участие в кровоснабжении прямой кишки, основным и постоянным источником является верхняя прямокишечная артерия, то есть, конечная ветвь нижней брыжееч-

ной артерии, она обеспечивает кровью весь ее тазовый отдел, слизистую оболочку, кавернозные системы (структуры) анального канала. Высокая перевязка сосудистых ножек и иссечение кавернозных коллекторов обеспечивают радикальность операции.

В клинике больницы скорой медицинской помощи лечилось за последние 10 лет 272 больных с неосложненной и осложненной формой геморроя, возраст больных был от 16 до 78 лет. Больных до 20 лет – 17 (6,25%), с 21 до 30 – 58 (21,32%), 31-40 – 80 (29,41%), с 41 по 50 – 73 (26,84%), 51-60 – 25 (9,19%), и старше 60 лет – 6,99%. При анализе заболеваемости подавляющее большинство больных с острым и хроническим геморроем составляли пациенты трудоспособного возраста от 28 до 62 лет, чаще болели мужчины. Тромбофлебит геморроидальных вен и тромбоз наружных узлов составил в общем числе больных – 8,9%. Пребывание больных в стационаре – от 7 до 12 дней, средний койко-день – 9,2 % с дальнейшим амбулаторным лечением в условиях поликлиники, в среднем процент рецидива по литературным данным составляет от 2 до 7%, в нашем хирургическом отделении отмечено 2,3% у пациентов, обнаруженных в поликлиническом звене. Для изучения отдаленных результатов отбирали пациентов, у которых со дня операции прошел 1 год и более. Наибольший срок наблюдения был 6 лет. Больные не предъявляли жалоб, дефекация была регулярной – 1 раз в сутки, безболезненной и отсутствовали выделения из заднего прохода. Из основной группы 5,6% и из контрольной 9,6% пациентов жаловались на незначительные периодические возникшие боли в области заднего прохода во время дефекации, связанные с погрешностями в питании и развитием запора, только у 2,3% пациентов в наблюдении отмечен рецидив заболевания из-за несоблюдения техники операции.

Появившиеся после геморроидэктомии осложнения и рецидивы заболевания являются погрешностями при выполнении оперативного пособия, а отсутствие рецидивов заболевания в отдаленные сроки свидетельствует, что геморроидэктомия по Миллигану-Моргану есть радикально проведенная операция.

Консервативные методы лечения: назначение суппозиториев, содержащих кровоостанавливающие, рассасывающие средства. Для остановки кровотечения из внутреннего геморроидального узла необходимо применять тампонаду по Локхарт-Маммори, при частых кровотечениях переливание одногруппной крови, белковых кровезаменителей.

Инъекционный метод лечения широко применяется за границей. Ученые предложили значительное количество различных коагулирующих и склерозирующих лекарственных препаратов в геморроидальные узлы. Сморщивание больших узлов происходит медленно и не достигается излечения полностью. Инъекционный метод при небольших узлах применяется амбулаторно, без освобождения от трудовой деятельности.

Оперативное лечение применяется при геморрое, не поддающемся консервативному, инъекционному методам. Показанием к операции является наличие больших узлов, которые часто воспаляются или выпадают, ущемляющихся, особенно при частых кровотечениях, а также с подозрением перерождение узлов.

На сегодняшний день предложено и используются в практике хирурга-проктолога многие методы оперативного лечения геморроя. Операция Уайтхеда – иссечение геморроидальных узлов и сшивание слизистой с краями кожи. Получили распространения различные варианты иссечения и перевязки геморроидальных узлов. Простой метод перевязки предложил проф.

Н.В.Склифосовский: основание узла захватывают геморроидальным зажимом, прошивается двойной лигатурой №4-5 и перевязывают на обе стороны, потом узел отсекается. М.М.Субботин в 1895 г. внедрил в клинику метод иссечения геморроидальных узлов с зашиванием получающихся кожных дефектов. Недостаток его, рецидивы выявляются у пациентов от 10 до 12%.

Границей между столбовой и промежточной зонами является аноректальная линия. Это позволяет строго выполнять раздельное удаление внутренних и наружных геморроидальных узлов, если они дифференцируются предохраняя от повреждений важные анатомические образования. Пролабировавший в просвет зеркал-цилиндра узел захватывают зажимом Люэра и подтягивается и отсекается вместе с сосудистой ножкой, потом накладываем отдельные швы нитью 3,0 или 4,0 применяя рассасывающийся шовный материал. Операция заканчивается введением в анальный канал тонкой марлевой турунды, пропитанной мазью на полиэтиленокислотной основе. Такая технология геморроидэктомии при хроническом геморрое. Отличие геморроидэктомии с применением спецзеркала при остром геморрое заключается в строгом порядке удаления геморроидальных узлов. В начале иссекаются тромбированные наружные узлы, если такие имеются, потом только удаляются внутренние узлы на 3,7,11 часах. Эта последовательность продиктована лишь желанием максимально щадить надрезанные легко ранимые тромбированные наружные геморроидальные узлы. Полноту иссечения геморроидальных узлов оцениваем визуально и по результатам морфологического исследования удаленных узлов. Гистологические исследования удаленных внутренних геморроидальных узлов во всех препаратах отмечено наличие в подслизистом слое кавернозных вен и многокамерных сосудистых телец. Достоверным и единственным критерием оценки радикальности геморроидэктомии – это отсутствие рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде.

За рубежом и в России в последние годы стали широко применять 3-методики геморроидэктомии:

I. Закрытая геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки анального канала узловыми или непрерывными кетгутowymi швами. Используется при III-IV стадии при отсутствии четких границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами.

II. Открытая геморроидэктомия, когда наружные и внутренние геморроидальные узлы удаляются единым блоком с перевязкой узла кетгутовой нитью и оставлением открытой раны анального канала. Эту операцию выполняют у больных с теми стадиями болезни, но осложненных парапроктитом или трещиной анального канала.

III. Методикой является подслизистая геморроидэктомия. При этой методике слизистую оболочку анального канала не иссекают вместе с геморроидальным узлом, а рассекают дугообразными разрезами, из подслизистого слоя острым путем с помощью коагулятора выделяют геморроидальный узел, его ножку перевязывают, узел отсекается, оставляя культю удаленного узла в подслизистом слое.

В клинической картине острого геморроя выделяется 2 основных компонента: тромбоз геморроидальных узлов и воспаление их. При остром геморрое I-II степени осуществляется консервативное лечение, местное применение противовоспалительных и обезболивающих лекарственных препаратов: гепариновая мазь + декспантеном + алантоин, в сочетании мази хлорамфеникол + метилурацил. Показано лечение флеботоническими средствами: рутозид, трибенозид, диосмин+гесперидин. Механизм действия их повышают резистентность капилляров,

улучшают микроциркуляцию в геморроидальных узлах, реологические свойства крови.

Применение современных способов оперативного лечения геморроя, позволяет купирование болевого синдрома у пациентов, сокращение койко-дней пребывания в стационаре до одной недели.

Дифференцированный подход к выбору способа лечения геморроя в зависимости от стадии и индивидуальных особенностей течения заболевания, позволяет получение достаточно хороших результатов лечения у 98% больных страдающих этим заболеванием, а также улучшение их качества жизни. Возникшие после геморроидэктомии общепринятыми способами осложнения и рецидивы заболевания являются результатом технических погрешностей выполнения основных этапов операции. Профилактика рецидива заболевания в отдаленные сроки свидетельствует, что геморроидэктомия

по Миллигану-Моргану является радикальной и патогенетически обоснованной операцией.

Литература:

1. Аминев А.М. Геморрой, К., - 1979 - 300с.
2. Рывкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. - М., 1984. - 176 с.
3. Федоров В.Д. и соавт. Геморроидэктомия, №8, 1979. - С.66-72
4. Мельман Е.П. соавт., Функциональная морфология прямой кишки и структурные основы патогенеза геморроя, М., 1986, - 176 с.
5. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л., Клиническая оперативная колопроктология – М., Медицина, 1994. - 250с.
6. Воробьев Г.И., Основы колопроктологии., Фенкис, Р. на Д, 2001. - 330с.

Геморрой проктологиялық аурастын патогенетикалық емдеу бағдарламасы

Геморрой шапшаң емдеуі замандас тәсілдерінің қолдануы, бір аптаға дейін күндізгі бөлімде мекендеу аурулық синдромын жою, керует - күндердің қысқартуы рұқсат етіледі. Сатының тәуелділікте геморрой емдеуі тәсілі таңдау дифференциаланған жақын келу және дара ерекшеліктердің ауру ағымдары, емдеу жеткілікті жақсы нәтижелерінің алуы рұқсат етеді мына аурумен 98% ауру азап шегушілердің, сонымен қатар олардың өмір сапаларының жақсаруы. Көрінгендер геморроидэктомиядан кейін шиеленісу танымал тәсілдерімен және ауру қайталанулары операция негізгі кезеңдерінің орындалу техникалық қателіктерінің нәтижесімен келеді. Алыс мезгілдерге ауру қайталану сақтандыруы куәландырады, не радикал геморроидэктомиямен Миллиган - Морганмен келеді және патогенетикалық негізді операциямен.

Pathogenetic management of hemorrhoids at proctologic patients

Application of modern ways of operative treatment of hemorrhoids, allows knocking over of a painful syndrome at patients, reduction days of staying in a hospital about one week. The differentiated approach to choice of way of treatment of hemorrhoids depending on stage and specific features of current of disease, allows reception enough good results of treatment at 98 % sick suffering this disease, and also improvement their quality of life. Arisen after hemorrhoidectomy in the standard ways complications and relapses of disease grow out of technical errors of performance of the basic stages of operation. Preventive maintenance of relapse of disease in the remote terms testifies, that hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan is radical and pathogenetically proved operation.

УДК 616.329-089

ОЦЕНКА АНТИРЕФЛЮКСНОЙ ФУНКЦИИ ЭЗОФАГОКРУОФУНДОПЛИКАЦИИ, КАК КОМПОНЕНТА ОПЕРАЦИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА, ПО ДАННЫМ СУТОЧНОЙ pH-МЕТРИИ О.Б. Оспанов¹, Н.Р. Рахметов², Т.А. Булегенов², Г.А. Елеуов¹, И.С. Волчкова¹, А.А. Сукашев¹

Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана¹,
Государственный медицинский университет, г. Семей²

Одним из существенных недостатков эзофагокардиомиотомии по Е. Heller, стандартно выполняемой по поводу ахалазии кардии, является частое возникновение недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, которые многие авторы считают наиболее частым и тяжелым осложнением кардиомиотомии и находят его у 14 - 37% оперированных больных, несмотря на выполненную фундопликацию [1, 2]. Длительно протекающий рефлюкс-эзофагит сам вызывает дисфагию в результате воспалительного процесса и последующее развитие пептической структуры пищевода [3].

Учитывая, что проблема хирургического лечения ахалазии заключается в несовершенстве хирургических методов коррекции нарушения проходимости пищевода в области ахалазии и отсутствии надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита нами разработан метод лапароскопической внеслизистой эзофагокардиомиотомии с расширяющей эзофагокруроплексией, оментопластикой и фундопликацией с миотомическим компонентом, позволяющий снизить вероятность развития не только реахалазии, но и послеопера-

ционного рефлюкс-эзофагита (положительное решение Роспатента по экспертизе заявки № 2010105459 от 25.02.2010г).

Суточная (24-часовая) pH-метрия, является «золотым стандартом» диагностики желудочно-пищеводного рефлюкса и поэтому позволяет объективно и точно выявить данный рефлюкс до и после кардиомиотомии [4, 5].

Целью работы была оценка антирефлюксной функции разработанного антирефлюксного компонента вышеуказанной авторской операции по поводу ахалазии при сравнении со стандартной фундопликацией по Дору с применением суточной pH-метрии.

Материал и методы

Клинический материал набирался в хирургических отделениях ННМЦ МЗ РК и областной больницы г. Семей. Суточная pH-метрии проводилась в РГП «ННМЦ». Из 53 больных с ахалазией кардии 24 прооперировано традиционно из лапаротомного доступа в период с 1995 по 2010 годы, а 29 пациента - с использованием видео-лапароскопической технологии за период с 2003 по 2010 годы.

Сравнительному анализу подлежали больные, которым была выполнена эзофагокардиомиотомия только по поводу ахалазии 2-3 стадии. Все больные по использованному методу эзофагокардиомиотомии были разделены на две группы: первая - основная (лапароскопическая) группа, где использован лапароскопический доступ, вторая – контрольная (открытая) группа, в которой применялась открытая (лапаротомная) эзофагокардиомиотомия. 24-часовая рН-метрия проведена 10 пациентами в основной и 8 пациентами в контрольной группе до и после операции.

Суточная рН-метрия проводилась в средней, нижней части пищевода и кардиальном отделе желудка с использованием российского аппарата АГМ 24 ПМ «Гастроскан-24» («Исток-система», г. Фрязино, Россия). Полученные данные подвергали компьютерному анализу при помощи прикладной программы производителя оборудования. Выполняли амбулаторно 24-часовую рН-метрию в диапазоне 4,0 - 7,0 на разных уровнях пищевода и желудка с регистрацией результата в блоке памяти и визуализации на бумаге. В норме рН пищевода колебалась от 6,0 до 7,0. Снижение рН меньше 4,0 считали подтверждением существования кислотного рефлюкса.

Оценивали: общее время сниженной кислотности с $\text{pH} < 4$ (наиболее значимый критерий) в положении стоя и лежа; общее число рефлюксов за сутки; число рефлюксов продолжительностью более 5 мин; длительность наиболее продолжительного рефлюкса.

По данным суточной рН-метрии определяли показатель DeMeester (обобщенный показатель DeMeester, индекс DeMeester). Многие исследователи применяют

его для оценки результатов суточной рН-метрии, т.к. он учитывает экспозицию кислоты в пищеводе в течение всего времени исследования, а также при вертикальном и горизонтальном положении тела. Предложенная оценочная шкала позволяет количественно определить степень отклонения показателей рН у данного пациента от показателей здоровых людей, то есть на основе объективных данных дифференцировать физиологический и патологический рефлюкс. При этом учитывали основные характеристики интенсивности рефлюкса и пищевода клиренса за 24 часа (число эпизодов и их продолжительность, связь со временем суток).

Величина показателя DeMeester прямо коррелирует со степенью реактивных изменений слизистой пищевода. Числовую величину высчитывали по каждому из шести параметров по следующей формуле:

$$\frac{\text{Данные пациента} - \text{Среднее значение}}{\text{Стандартное отклонение}} + 1$$

где средние значения и стандартные отклонения по каждому параметру берутся из таблицы (J.R. Jamieson, H.J. Stein, T.R. DeMeester, 1992). Сумма вычисленных величин называется показателем DeMeester. Нормальным считается показатель DeMeester меньше 14,72. Расчет показателя выполняли на компьютере. При величине показателя более 14,72 делалось заключение о наличии гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР).

При оценке результатов суточной рН-метрии использовали общеизвестную градацию степени тяжести ГЭР (таблица 1)

Таблица 1 - Степень тяжести рефлюкса по показателям 24 часовой рН-метрии

Показатель	Норма	ГЭР легкого течения	ГЭР средней степени тяжести	Выраженный ГЭР
Время с $\text{pH} < 4$, общее, %	4,5	От 4,5 до 6,0	От 4,5 до 7,5	Выше 7,5
Время с $\text{pH} < 4$, стоя, %	8,4	От 8,4 до 9,3	От 9,3 до 10,2	Выше 10,2
Время с $\text{pH} < 4$, лежа, %	3,5	От 3,5 до 4,0	От 4,0 до 4,5	Выше 4,5
Число рефлюксов с $\text{pH} < 4$	47	От 47 до 56	От 56 до 67	Выше 67
Число рефлюксов продолжительностью более 5 мин	3,5	От 3,5 до 4,0	От 4,0 до 6,5	Выше 6,5
Наиболее продолжительный рефлюкс, мин	20	От 20 до 46	От 46 до 66	Выше 66

В послеоперационном периоде 24-х часовая рН-метрия в случае возникновения послеоперационного желудочно-пищеводного рефлюкса показывала увеличение обобщенного показателя DeMeester более 50.

Результаты исследования. Как видно по таблице 2, все основные показатели дооперационной суточной рН-метрии были в пределах нормы и разница между ними по группам сравнения была статистически не значима.

Таблица 2 - Данные исследования суточной рН-метрии до операции и через 1 год после операции

Показатели	Норма	до операции		после операции		Р (сравнение до и после операции)	
		1 группа (n=10)	2 группа (n=8)	1 группа (n=10)	2 группа (n=8)		
		1	2	3	4	1 и 3	2 и 4
% времени с $\text{pH} < 4$, общее	<4,5	3,8±1,6	3,6±2,0	3,3±2,0	5,9±3,1	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
% времени с $\text{pH} < 4$, стоя	<8,4	7,6±0,8	6,9±0,7	8,3±2,8	8,4±2,4	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
% времени с $\text{pH} < 4$, лежа	<3,5	3,4±1,3	3,1±1,2	3,5±1,3	3,9±3,2	P>0,05	P>0,05
		p>0,05		p>0,05			
Общее число ГЭР с $\text{pH} < 4$	<46,9	36±5,3	38±3,3	39,0±13,6	53,9±8,1	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
Число ГЭР более 5 мин	<3,5	3,1±1,4	2,9±0,3	3,2±1,3	4,0±1,5	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p>0,05			
Наиболее продолжительный рефлюкс (мин)	<20	5,8±1,0	4,8±1,2	7,8±1,3	20,9±4,2	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p<0,05			
Показатель DeMeester	<14,72	13,1±4,4	12,5±4,4	14,2±4,4	18,6±5,8	P>0,05	P<0,05
		p>0,05		p<0,05			

После операции в контрольной группе отмечено увеличение показателя общего времени с $\text{pH} < 4$ до $5,9 \pm 3,1$ против $3,3 \pm 2,0$ в основной группе ($P < 0,05$).

Показатель процент времени с $\text{pH} < 4$ стоя после операции был в пределах нормы как в основной ($8,3 \pm 2,8$) так и в контрольной группах ($8,4 \pm 2,4$) ($P > 0,05$). А послеоперационный процент времени с $\text{pH} < 4$ лежа, несколько выше нормы оказался во второй группе ($3,9 \pm 3,2$) чем в первой группе ($3,5 \pm 1,3$), хотя данная разность была статистически не значима ($P > 0,05$).

Аналогичная картина наблюдалось после операции с показателем общего числа ГЭР с pH меньше 4. Данный показатель превысил норму в контрольной группе и составил $53,9 \pm 8,1$ число раз по сравнению с основной группой, где он составил $39,0 \pm 13,6$ число раз ($P < 0,05$).

После операции число ГЭР продолжительностью больше 5 минут составило для первой группы $3,2 \pm 1,3$, и $4,0 \pm 1,5$ для второй группы ($P < 0,05$).

В результате проведенных кардиомиотомий в контрольной группе показатель значения наиболее длительного эпизода ГЭР увеличился до $20,9 \pm 4,2$ минут, что статистически значимо отличалось от основной группы, он составил $7,8 \pm 1,3$ минут ($P < 0,05$).

Превышение после операции значения индекса DeMeester в контрольной группе выше уровня нормы ($18,6 \pm 5,8$), где после кардиомиотомии использована фундопликация по Дору, по сравнению с данным показателем в основной группе ($14,2 \pm 4,4$), где использована разработанная эзофагокрурофундо-пликация ($P < 0,05$). Данный обобщенный показатель, рассчитываемый из шести ранее перечисленных параметров, указывал на хороший результат в основной группе и не удовлетворительный в целом результат в контрольной группе.

При оценке по ранее приведенной градации (таблица 1), степень тяжести рефлюкса по показателям 24 часовой pH-метрии в целом в контрольной группе соответствовал ГЭР легкой степени.

Вывод: Приведенное исследование с использованием суточной pH-метрии показало лучшую антирефлюксную функцию разработанной эзофагокрурофундопликации по сравнению со стандартной методикой по Дору.

Литература:

1. Полубояринова Л.Т., Григорьев П.С. Случаи поздней диагностики ахалазии кардии. Кремлевская медицина. Клинический вестник 1998; 2: 34-36. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. - М.: Триада-Х, 2000. - 179 с.;
2. Lyass S., Thoman D., Steiner J.P., Phillips E. (2003) Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy. Surg. Endosc. 17: 554-558.
3. Del Genio A; Di Martino N; Maffettone V; Izzo G; Zampello P; Mugione P. Failure of surgical treatment for achalasia: diagnosis and treatment Annali italiani di chirurgia, 1995;66(5):587-95.
4. Корниенко Е.А., Дмитриенко М.А., Никулин Ю.А., Филюшкина Е.И., Филюшкин И.П. Применение медицинской техники при функциональной диагностике в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. - СПб. - 2006. - 103 с.
5. Bodger K, Trudgill N. Guidelines for oesophageal manometry and pH monitoring. November 2006. http://www.bsg.org.uk/pdf_word_docs/oesp_man.pdf (last accessed 5 March 2009).

Evaluation of antireflux ezofagokrurofundoplikatsii as a component of surgery for achalasia of the esophagus. from subsistence pH meter

O.B. Ospanov, N.R. Rakhmetov, T.A. Bulegenov, G.A. Eleuov, I.S. Volchkova, A.A. Sukashev

The aim of the work was to evaluate the antireflux function of the developed antireflux component of the above author's operation for achalasia when compared with standard fundoplication for Dora with daily pH-metry. The above study using daily pH-metry showed a better antireflux function developed ezofagokrurofundoplikatsii compared with a standard method for Dor.

Тәуліктік РН-метрия көрсеткіштері бойынша өңеш ахалазиясы операциясының компоненті ретінде эзофагокрурофундопликацияның антирефлюкстік қызметін бағалау

O.B. Оспанов, Н.Р. Рахметов, Т.А. Булегенов, Г.А. Елеуов, И.С. Волчкова, А.А. Сукашев

Жұмыстың мақсаты болып тәуліктік РН-метрияны қолданумен Дор бойынша стандартты фундопликацияны өңеш ахалазиясы кезіндегі жоғарыда аталған авторлық операциямен салыстыра отырып антирефлюкстік қызметін бағалау табылады. Тәуліктік РН-метрияны қолданып жасалған зерттеу Дор бойынша стандартты әдістемемен салыстырғанда эзофагокрурофундопликацияның өте жақсы антирефлюкстік қызметін көрсетті.

УДК 616.441-08

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Кусаинов

Государственный медицинский университет г.Семей

На современном этапе развития эндокринной хирургии одним из основных направлений является поиск наиболее безопасных методов лечения, разработка и внедрение малоинвазивных методик. С конца 90-х годов появились данные о первых результатах не хирургического лечения доброкачественных узловых и кистозных образований щитовидной железы (ЩЖ), путем чрескожного введения для практики, информативны и должны быть неотъемлемой частью научно-практических программ по заболеваниям ЩЖ.

С 2005г. для повышения эффективности малоинвазивной методики – склеротерапии нами стал использоваться 3% этоксисклерол – для лечения больных с доброкачественными кистами ЩЖ. Среди патологии ЩЖ самостоятельная киста или частично кистозные узлы составляют от 6% до 25% солитарных узлов ЩЖ.

Этоксисклерол 3% обладает наименьшей токсичностью, местноанестезирующим действием и наибольшим склерозирующим эффектом, так как при воздействии на ткань этоксисклерол вызывает денатурацию белков, спо-

способствует склерозированию с формированием фиброзного рубца.

Для определения эффективности лечения доброкачественных кист ЩЖ, мы распределили больных на 3 группы в зависимости от объема кистозного образования. Первую группу составили больные с объемом кисты до 2,5 см³, вторую группу составили больные с объемом кисты от 2,6 до 5,0 см³, третью группу составили больные с объемом кист более 5,1 см³. А также по данным литературы (Цыб А.Ф. и др., 1997, Cho Y.S. et al., 2000) и по результатам собственно проведенных исследований (данных УЗИ, результатов ТАБ, данных цитологического обследования) мы выделили две группы кист ЩЖ: простые и сложные кисты. Объемы кистозных образований колебались от 0,4 см³ до 13,1 см³. Срок наблюдения за пациентами после выполнения процедуры колебался от трех месяцев до года и более.

На основе анализа литературы и собственного опыта нами разработана и унифицирована методика склеротерапии доброкачественных кист ЩЖ.

1. Перед началом лечения следует убедиться в доброкачественной природе новообразования ЩЖ. Для этого должен быть взят на вооружение «тройной диагностический тест»: ультразвуковое исследование, уровень гормонов щитовидной железы (тиреотропного гормона, трийодтиронина, тироксина) и тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием.

2. Должно учитываться общее состояние пациента, чтобы избежать возможных осложнений: дети младше 14-15 лет не могут заставить себя лежать спокойно, что снижает точность инстилляций этанола; при высоком артериальном давлении (>160-170 мм.рт.ст.), нарушениях свертываемости крови возможно образование гематом; при наличии тиреотоксикоза велика вероятность его усиления; противопоказанием к использованию данного метода являются также острые инфекционные заболевания, психические расстройства. Пациентов старше 60 лет следует предупреждать об опасности быстрого изменения положения тела, избегать значительного запрокидывания головы кзади.

3. Под контролем УЗИ производится пункция кистозной полости иглой и извлекается ее содержимое. Полная аспирация затрудняет визуализацию иглы и увеличивает риск ее выхода за пределы кисты. В то же время небольшое количество жидкого содержимого, оставленное в полости кисты, позволяло четко локализовать кончик иглы на протяжении всей процедуры и не приводило к ухудшению результатов лечения. При кистах с объемом менее 0,5 мл склеропрепарат вводился сразу без предварительной аспирации кистозного содержимого.

4. Не смещая кончик иглы, в просвет кисты вводится склерозант. Объем вводимого склерозанта зависит от размеров образования. Если емкость полости не превышает 2 мл, склерозант инъецируется в объеме не более половины извлеченного коллоида. В других случаях склерозант вводится из расчета 1/3 от объема кисты, но не должно превышать 1-1,5 мл. При увеличении объема вводимого склерозанта по данным литературы резко возрастало количество осложнений проводимого лечения.

5. При хорошей переносимости первой процедуры повторная пункция кисты с эвакуацией содержимого производится с интервалом в одну неделю. Сроки проведения повторного сеанса были установлены с учетом морфологических изменений, происходящих в месте инъекции склерозанта. Мы отказались от многократных инъекций склерозантов в связи с отсутствием в литературе убедительных данных, свидетельствующих о том, что это

приводит к повышению эффективности проводимого лечения.

6. Наличие внутренних включений, часто рассматриваемых как «внутренние перегородки», в результате чего возникает заключение о сложной многокамерной кисте, в большинстве случаев существенного значения при аспирации кистозного содержимого не имели. Все жидкое содержимое в большинстве случаев беспрепятственно удалялось при нахождении кончика иглы в одной (любой) точке кистозной полости. Однако при сложных кистах ЩЖ возможна последовательная пункция кистозных камер или нескольких полостей одновременно.

7. Особую осторожность следует проявлять при случайной инъекции склерозанта в стенку кисты, что приводит к некрозу ее и вовлечению в воспалительную реакцию прилежащей интактной тиреоидной ткани. Это проявляется гипертермией (до 38-40°C), выраженной болезненностью и отеком в месте введения спирта в течение 2-5 суток с момента проведения процедуры. Показан прием анальгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов. Для предупреждения указанного осложнения необходимо обязательно контролировать на УЗИ местоположение кончика иглы перед инстилляцией склерозанта.

8. При вязком коллоиде в кистозной полости, не удаляющемся через стандартную иглу (23 G) и при достаточной толщине иглы (до 21G), рекомендуем ввести в кистозную полость без извлечения коллоида 0,5 мл склерозанта. Через 2-4 дня в результате воспалительной дегградации (биохимической трансформации) коллоида он становится менее вязким и легко извлекается через просвет стандартной иглы.

9. Достаточно обоснованное заключение об излечении можно дать не ранее чем через 6 месяцев с момента окончания курса склеротерапии, так как даже небольшой объем оставшейся в образовании жизнеспособной тиреоидной ткани способен через несколько месяцев привести к повторному появлению кистозной полости.

10. При рецидиве заболевания возможен повторный курс склеротерапии, который должен быть предварен повторной ТАБ образования.

Нами было исследовано, как менялась эхографическая картина кист ЩЖ в различные сроки после выполнения склеротерапии 3% этоксисклерола. Свидетельством эффективности проводимого лечения было исчезновение кистозной полости и прогрессивное уменьшение размеров кисты образования. Границы кисты теряли четкость, а контуры становились неровными. Отмечалось выраженное снижение эхоплотности, интенсивность которой со временем уменьшалась. Проведенный анализ продемонстрировал, что в первые дни после склеротерапии происходит уменьшение объема и размеров кист более 50%. В некоторых случаях увеличение объема мелких кист происходит за счет выраженных воспалительных изменений, как в самой кисте, так и перифокально в окружающей тиреоидной ткани. К седьмым суткам в большинстве случаев объем образований возвращается к первоначальному или даже становится меньше его. В последующем размеры кист прогрессивно уменьшаются, особенно быстро впервые три месяца после проведения склеротерапии. Темп регрессии выше в простых кистах не зависимо от размеров, при сложных кистах увеличивается количество сеансов склеротерапии, темп регрессии медленнее, чем при простых кистах. Следует сказать, что уменьшение размеров кист может отмечаться на протяжении 6 месяцев. Через 1 год после проведения склеротерапии на месте кисты может определяться рубец или ткань с пониженной эхогенностью.

Регресс объема кист ЩЖ был наиболее интенсивным

и составил к 6 месяцам простых кист – 100%, сложных кист 98,5 %, через 1 – 2 года рецидивов не наблюдали. По данным литературы (Bartos M., Matesa N., Zingrillo M.) эффективным можно считать лечение, в случае если регрессия кисты превысила 50%. В нашем исследовании лечение оказалось эффективным в 95,7% случаев и почти в 83,4% удалось достигнуть полной регрессии образований.

При проведении корреляционного анализа нами не было установлено связи между эффективностью проводимой терапии и размерами кист, а также возрастом пациентов. Умеренная взаимосвязь отмечена между эффективностью терапии и выраженностью кистозной дегенерации (простые и сложные кисты). Кроме того, имела место взаимосвязь между степенью регрессии кист и вязкостью содержимого полости кисты.

Выявлена обратная зависимость между эффективностью лечения и числом сеансов склеротерапии, однако это объясняется тем, что в нашем исследовании многократные инъекции выполнялись только при малой эффективности проводимого лечения.

Процент осложнений в нашем исследовании не превышал данные, приводимые в литературе. Так болевой синдром, выраженный в той или иной мере, наблюдался у всех пациентов, однако в подавляющем большинстве случаев (61%) он был мало выражен и проявлялся чувством распирания в месте инъекции или легкой болезненностью, которая купировалась самостоятельно в течение первых минут после инъекции. Подъем температуры отмечен в 1,4%, и отмечался только в первый день склеротерапии. Ни в одном случае не было отмечено клинических признаков нарушения гормонального статуса. Следует отметить, что отказ от реаспирации склерозанта не привел к росту числа осложнений.

Лечение оказалось высокоэффективно при наличии кист ЩЖ с любым объемом. Однако, при выполнении склеротерапии кист с малым и средним объемом эффект был достоверно выше, чем при больших кистах. Следует отметить, эффект от склеротерапии также зависел от структуры кист ЩЖ. При склеротерапии простых кист процент случаев полной регрессии был значительно выше, чем при лечении сложных кист. Определенную роль в склеротерапии кист ЩЖ играло и содержимое кист, в частности вязкость кистозного содержимого. При более вязком содержимом увеличивалось количество сеансов

склеротерапии, сроки полной регрессии кисты. Высокие результаты, полученные в ходе проведенного исследования, убедительно свидетельствуют об отсутствии жесткой необходимости в многократных инъекциях склеропрепаратов.

Таким образом, подводя итог всему вышеизложенному, следует заключить, что предложенная нами унифицированная методика склеротерапии продемонстрировала свою высокую эффективность при лечении доброкачественных кист ЩЖ.

Литература:

1. Барсуков А.Н. Результаты чрескожной склерозирующей терапии доброкачественных узловых образований щитовидной железы. - Хирургия. - 2006., №2. – С. 32-37, - С. 54-55.
2. Ким И.В., Кузнецов Н.С., Ванушко В.Э., Склеротерапия при узловом коллоидном зобе. - Хирургия. - 2005., №9, - С. 14-18.
3. Zingrillo M., M. Torlontano, R. Chiarella Percutaneous ethanol injection may be a definitive treatment for symptomatic thyroid cystic nodules not treatable by surgery. // Thyroid. - 1999. – Vol.9. – P.763–767.
4. Zhumadilov Z., Hoshi M., Abisheva G., Taooka Y., Bhattacharjee D. Some approaches to treatment of patients with thyroid nodular diseases in the Semipalatinsk region of Kazakhstan // Hiroshima J. Med. Sci. – 2003. - Vol.52. - No.4. - P.81-89.
5. Matesa N., Dabelic N., Tabain I., Kusic Z. Fine needle aspiration of the thyroid // Acta clin Croat – 2002. – Vol.41. – N 2. – P.123-130.
6. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы // М.: Медицина, 1997. - 332с.
7. Bartos M. The influence of a single ethanol injection on normal thyroid tissue of the rat // Cytobios. - 2000. - Vol.101, №397. - P.123-130.
8. Шулуток А.М., Семиков В.И., Куликов И.О. Склеротерапия доброкачественных образований щитовидной железы. Рос. медицинский журнал., 2002. №5: - С.23-24.
9. Cho Y.S., Lee H.K., Ahn I.M., Lim S.M., Kim D.H., Choi C.G., Suh D.C. Sonographically guided ethanol sclerotherapy for benign thyroid cysts: results in 22 patients. Am J Roentgenol 2000; 81(1): 213–216.

Қалқанша бездің қатерсіз кистасының склеротерапиясын жүргізу методикасы

А.А. Кусайнов

3% этоксисклеролом склеротерапияның унифицирленген методикасы қалқанша бездің қатерсіз кистасын емдеуде өзінің жоғары тиімділігін көрсетті. Қалқанша безінің кез келген көлемдегі кистасын емдеуде жоғары тиімді болып келді. Алайда, кіші және орташа көлемдегі кисталардың склеротерапиясын жүргізу кезінде, үлкен кисталарға қарағанда тиімділігі жоғары болды. Сондай-ақ, склеротерапияның тиімділігі қалқанша безі кистасының құрылысына да байланысты екенін де ескеру қажет. Қарапайым кисталардың склеротерапиясы кезінде толық регрессия жағдайының пайызы күрделі кисталарды емдеуге қарағанда біршама жоғары болып табылды. Қалқанша без кистасының склеротерапиясында және киста құрамында, жергілікті жабысқақ кистозды құрамның болуы маңызды рөл атқарды. Жабысқақ құрам көп болған кезде, склеротерапия сеансының мөлшері, кистаның толық регрессия мерзімі көбейтіліп отырды. Жүргізілген зерттеу кезінде алынған жоғары нәтижелер склеропрепараттардың жиі-жиі инъекцияларында қатаң қажеттіліктің болмауын нақтылайды.

Technique of carrying out of sclerotherapy benign cyst of thyroid gland

A.A. Kusainov

The unified technique of sclerotherapy of 3 % etoksiskleroly has shown the high efficiency at treatment benign cyst of thyroid gland. Treatment has appeared highly effectively at presence cyst of thyroid gland any volume. However, at sclerotherapy performance cyst with small and average volume the effect was authentically above, than at big cyst. It is necessary to note, effect from sclerotherapy also depend from structure cyst of thyroid gland. At sclerotherapy simple cyst the percent of cases of full regress was considerable above, than at treatment difficult cyst. A certain role in sclerotherapy cyst of thyroid gland contents of cyst, in particular played also viscosity contents of cyst. At more viscous contents the quantity of sessions of sclerotherapy, terms of full regress of cyst increased. The high results received during carried out research, convincingly testify to absence of rigid necessity for repeated injections of scleropreparations.

УДК 615.099.036.8

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ГМУ Г.СЕМЕЙ ЗА ПЕРИОД 2005 - 2009 ГГ.**Р.Л. Иванова, Ж.Е. Омарбекова, М.В. Горемыкина, А.М. Берекенова****Медицинский центр Государственного медицинского университета г.Семей**

Существовавшее в течение многих десятилетий мнение, что ревматологические заболевания (РЗ) «в большинстве случаев имеют хороший прогноз и не приводят к гибели больных» [1], в последнее время подвергается пересмотру. В настоящее время формируется иной взгляд на проблему, который лучше всего сформулировали Т. Pincus с соавт., утверждающие, что РЗ являются «серьезной угрозой для образа жизни, благосостояния и для жизни как таковой» [2].

В последнее время большое внимание уделяется вопросам продолжительности жизни больных ревматическими заболеваниями в связи с развитием у них сердечно-сосудистой патологии, осложняющейся инфарктом миокарда, эмболией легочных сосудов, церебральными инсультами [3].

Цель: Провести анализ летальных случаев ревматологического отделения за период с 2005 по 2009 годы.

Материалы и методы: Проведен анализ летальных случаев за 5 лет (2005-2009) по ревматологическому отделению Медицинского центра ГМУ г.Семей. Всего за указанный период умерло 42 больных, страдающих ревматическими заболеваниями (летальность в среднем составила 0,7%); из них женщин было 33 человека (78,6%), мужчин - 9 человек (21,4%), средний возраст у женщин составил 44,2 года; у мужчин - 48,4 лет.

Результаты: Анализ летальных случаев за период с 2005 по 2009 годы показал, что наибольшее число смертельных исходов по ревматологическому отделению пришлось на 2007 год - 12 больных (28,6%), наименьшее - на 2009 год - 4 больных (9,5%) (рисунок 1).

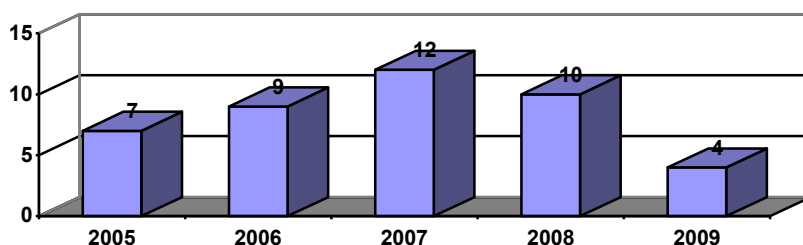


Рисунок 1 – Количество летальных исходов по ревматологическому отделению за период с 2005 г. по 2009 г.

В структуре ревматических заболеваний, приведших к летальному исходу ведущее место занимают хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - 19 (45,2%)

и системная красная волчанка (СКВ) - 11(26,2%), реже - другие диффузные заболевания соединительной ткани (ДЗСТ), которые представлены на рисунке 2.

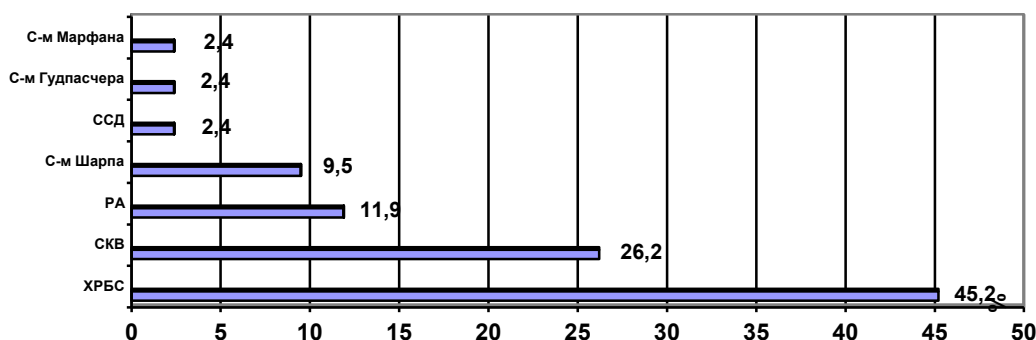


Рисунок 2 – Нозологические единицы ревматических заболеваний в структуре летальных исходов по ревматологическому отделению с 2005 по 2009 годы

Первое место в структуре смертности занимает ХРБС со сформировавшимися пороками сердца. Средний возраст умерших составил 53,5 лет. В большинстве случаев преобладали комбинированные митрально-аортальные пороки (73,7%), в остальных случаях имел место сочетанный митральный порок с преобладанием стеноза (26,3%). 47,4% больных имели 1-2 группу инвалидности. Хирургическая коррекция пороков в анамнезе была проведена двум пациентам. Лечение хронической сердечной недостаточности получали лишь 7 больных (36,8%), остальные - адекватной терапии не получали. Причиной смерти в большинстве случаев являлась хро-

ническая сердечная недостаточность и нарушения сердечного ритма (47,4%), реже - тромбозмембранные осложнения (31,6%), отек легких (10,5%) (таблица 1).

На втором месте по частоте находились умершие с СКВ (33,3%). Средний возраст больных - 35,7 лет. Длительность заболевания в среднем составила 2,7 лет. Течение заболевания у 36% больных было острым, у 64% - подострым. Ведущей причиной смерти у таких больных было поражение почек.

Летальный исход при РА (третье место по частоте) был вызван развитием острых сердечно-сосудистых катастроф (3 больных (60%)), хронической почечной

недостаточностью (1 больной (20%)), милиарным туберкулезом внутренних органов ((1 больной (20%)).

Синдром Шарпа был представлен в сочетании следующих заболеваний: СКВ+ССД+РА, СКВ+РА, СКВ+ССД, ССД+РА (всего 4 больных). Основной причиной смерти больных явилось поражение почек и дыхательной системы.

Синдром Гудпасчера был установлен только после проведения патологоанатомического исследования у женщины 31 года. В стационаре больная получала ле-

чение по поводу инфекционного эндокардита на фоне комбинированного митрально-аортального порока НК 3, двусторонней пневмонии, острого прогрессирующего нефрита. Диагноз был выставлен на основании анамнеза (порок ревматический порок с детства), клинико-лабораторных и инструментальных методов диагностики.

У пациентки с врожденной дисплазией соединительной ткани (синдром Марфана) причиной смерти явился разрыв аневризмы аорты.

Таблица 1 – Причины смерти у больных ревматологического профиля

Причины смерти	Заболевания						
	ХРБС	СКВ	РА	С-м Шарпа	ССД	С-м Гудпасчера	С-м Марфана
Почечная недостаточность		9	1	2		1	
Острая дыхательная недостаточность				1			
Тромбоэмболия легочной артерии	4	1					
Острое нарушение мозгового кровообращения	1		1				
Острый инфаркт миокарда	1		1				
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1		1				
Инфекционный эндокардит	1						
Милиарный туберкулез	1		1				
Инфекционно-токсический шок				1			
Острая язва желудка, кровотечение					1		
Острый ДВС синдром		1					
Разрыв аневризмы аорты							1
Декомпенсация кровообращения	11						

Как видно из представленных данных, в структуре летальности ревматологических больных ведущими являются ХРБС и системные заболевания соединительной ткани. Неблагоприятными факторами, способствующими смертельному исходу у больных с ХРБС, является отсутствие своевременной оперативной коррекции порока, а также отсутствие адекватной симптоматической терапии, низкий социальный уровень больных. При углубленном изучении причин смерти у пациентов с ДЗСТ, в частности при СКВ, оказалось, что у 90,9% уже в дебюте заболевания были клинические признаки поражения почек. Как известно из литературных данных, именно люпус-нефрит часто приводит к летальному исходу. Однако в последние годы появились «новые» препараты, в частности, микофенолата мофетил, который при своевременном назначении позволяет улучшить прогноз при СКВ. Из 11 умерших от СКВ только 3 больных получили данный препарат

вследствие недоступности из-за относительно высокой стоимости.

Таким образом, смертность среди ревматических заболеваний в нашем регионе связана с тяжестью и недостаточным лечением основного аутоиммунного процесса. Причиной же недостаточного лечения является низкий социальный уровень больных.

Литература:

1. Callahan L.F., Pincus T. Mortality in the rheumatic diseases.//Arth. Care.Res. – 1995.- Vol.8, №4.- P.229-241.
2. Pincus T., Callahan L.F., Scand.J.Rheum. – 1989.- №9.- P. 67-96.
3. Сароцкая В.Н. Анализ летальных исходов вследствие инфекционных осложнений при ревматических заболеваниях в Тульской области за период 1996-2000 годы// Научно-практическая ревматология.-2004.- №2.- С.65-67.

2005-2009ж. аралығында Семей қ. ММУ Медициналық орталығының ревматологиялық бөлімшесіндегі өлім себептерін талдау

Р.Л. Иванова, Ж.Е. Омарбекова, М.В. Горемыкина, А.М. Берекенова

2005 жылдан 2009 жылдар аралығында ревматологиялық бөлімшедегі қайтыс болу себептері талданған. Өлім қурылымында алдыңғы орындарды жүректен калыптасқан ақауларымен асқынған жүректің сүлелі ревматикалық аурун (42,5%), жүйелі қызын жегі (33,3%), ревматоидты артрит алады. Біздің өңірде ревматикалық аурулардан болатын өлім көрсеткіш дерттің ауырылық дәрежесімен және негізгі аутоиммунды процессті жеткіліксіз емдей алмау мен байланысты екені дәлелденген. Жеткіліксіз емделуіне науқас адамдардың әлеуметтік төмен деңгейлі себеп болып табылады.

The analysis of the causes of death in rheumatologic department of Medical Centre SMU Semey city for the period of 2005-2009 year

R.L. Ivanova, Zh.E. Omarbekova, M.V. Goremykina, A.M. Berekenova

The analysis of fatal outcomes in rheumatologic department was held for the period of 2005-2009 year. In structure of death rate the leading position takes chronic rheumatic valve disease (42,5%), systemic lupus erythematosus (33,3%), rheumatoid arthritis. It is established, that the fatal outcome among rheumatic diseases in our region connected with difficulty and insufficient treatment of main autoimmune process. The low social level of patients appears to be the reason of insufficient treatment.

УДК 616.711-002

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛОАРТРИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Д.С. Дильманова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Целью данного исследования явилась оценка показателей активности и функционального статуса больных АС на фоне терапии в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов АС 17 – 45 лет с преобладанием ($p < 0,001$) мужчин – 51 (85%) среднего возраста $28,58 \pm 1,01$. 75% ($n=45$) составили больные с диагнозом определенного АС в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984 г) [1]. 15 (25%) больным был выставлен диагноз АС в соответствии с критериями ASAS (2009г) [2]. Средний возраст больных к началу исследования составил $28,46 \pm 0,88$ лет, средняя длительность АС – $6,86 \pm 0,64$ лет.

Все больные были поделены на 3 группы в зависимости от длительности течения АС: 1-я группа ($n=15$) – длительность заболевания до 2-х лет (ранний АС), 2-я группа ($n=14$) – длительность заболевания от 2 до 5 лет и 3-я группа ($n=31$) – с длительностью АС свыше 5 лет.

Для оценки результатов исследования использовались следующие показатели: глобальная оценка самочувствия пациентом, боль в целом, утомляемость, боль в позвоночнике ночью и в течение суток, утренняя скованность в позвоночнике и суставах, число болезненных и припухших периферических суставов, тест Шобера, симптом Отта, расстояние «затылок - стена», «подбородок - грудь», дыхательная экскурсия груд-

ной клетки, боковые наклоны в позвоночнике, повороты и наклоны головы [3], индекс активности Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [4], функциональный индекс Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) [5], скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ). Результаты оценивались до лечения, через 4, 8 и 12 месяцев.

Для регистрации выраженности болевых ощущений (а также скованности, утомляемости, припухлости и т.д.) использовалась Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ), 0 - 100 мм.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования статистически значимая положительная динамика была установлена в отношении всех анализируемых показателей.

На фоне лечения показатель активности заболевания – индекс BASDAI достоверно снижался во всех группах (таблица 1). К концу наблюдения индекс активности у больных ранним АС снизился в 4,7 раз и составил $7,73 \pm 1,09$. Во 2-ой группе к концу наблюдения индекс BASDAI улучшился на 58%. В третьей группе больных индекс активности менялся следующим образом: к первой точке контроля (4-ый месяц наблюдения) индекс снизился вдвое (с $42,47 \pm 2,24$ до $21,77 \pm 2,24$), к 8-му месяцу наблюдения – снизился на 63%, к концу наблюдения он составил $13,24 \pm 2,25$, т.е. снизился на 69%.

Таблица 1 - Динамика оценки активности заболевания по индексу BASDAI в зависимости от длительности заболевания, $M \pm m$

Длительность заболевания	исходно	4 мес.	8 мес.	12 мес.
До 2-х лет	$36,80 \pm 3,10$	$21,90 \pm 2,82^{**}$	$13,97 \pm 1,97^{**}$	$7,73 \pm 1,09^{**}$
От 2-х до 5-ти лет	$37,71 \pm 3,53$	$23,14 \pm 3,18^{**}$	$18,32 \pm 2,60^{**}$	$15,96 \pm 2,43^{**}$
Более 5 лет	$42,47 \pm 2,24$	$21,77 \pm 2,24^{**}$	$15,53 \pm 2,28^{**}$	$13,24 \pm 2,25^{**}$

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$ - достоверность различий по отношению к показателям до лечения

Показатель ночной боли в позвоночнике у больных ранним АС к 1-ой точке наблюдения улучшился в 1,7 раза, к последней точке наблюдения достоверно ($p < 0,001$) снизился и составил $7,73 \pm 1,53$. У больных второй группы уровень ночной боли в позвоночнике достоверно ($p < 0,01$) снизился с $58,21 \pm 2,70$ до $33,93 \pm 4,75$. У больных 3-ей группы ночная боль достоверно ($p < 0,01$) снизилась с $64,84 \pm 2,08$ до $23,55 \pm 4,07$.

У больных ранним АС боль в позвоночнике (среднее значение ночной и в течение суток боли в позвоночнике) достоверно снизилась к 12 месяцу наблюдения до $5,53 \pm 1,23$ (в 9,9 раз). Боль в позвоночнике во 2-ой группе достоверно ($p < 0,01$) снизилась в 1,4 раза к 4-му месяцу наблюдения, к концу наблюдения – в 1,7 раз, в 3-ей к 4 месяцу – в 1,9 раз, к концу наблюдения – в 2,7 раз.

При анализе динамики выраженности утренней скованности в позвоночнике под влиянием терапии выявлено следующее: показатели 1-ой группы к 4 месяцу улучшились на 47,5%, к 12 месяцу – на 94%; во 2-ой группе к 4-му месяцу улучшились на 34%, к 12 месяцу – на 42%; показатели 3-й группы к 4 месяцу улучшились на 46,5%, к 12 месяцу – на 63%.

Длительность утренней скованности в позвоночнике на фоне терапии уменьшилась в 1-ой группе к 4 месяцу на 49,7%, к 12 месяцу – на 92%; во 2-ой группе – на 30% к 4 месяцу наблюдения, к 12 месяцу – на 48%; 3-я группа – улучшение на 47% к 4 месяцу, на 64% – к концу исследования.

Следует отметить, что, по данным нашего исследования, такие показатели как выраженность и длительность утренней скованности в позвоночнике реагируют на проводимую терапию достоверно ($p < 0,01$) более выражено у больных ранним АС по сравнению с больными с более продолжительным АС (более 5 лет).

При анализе всех показателей боли и скованности в позвоночнике во 2-ой и 3-ей группах больных, выявлено, что к первой контрольной точке (4-ый месяц) наблюдается улучшение показателей в среднем от 30 до 50 %, в последующем скорость улучшения показателей снижается и к концу исследования итоговое улучшение достигает до 60-64%. Однако, практически все итоговые показатели боли и скованности в позвоночнике в указанных группах, за исключением боли в позвоночнике в течение суток ($16,77 \pm 2,99$) в 3-ей группе, находятся в

пределах от $20,16 \pm 3,51$ до $33,93 \pm 4,75$, что соответствует умеренной степени активности.

Число энтезисов (Таблица 2) под влиянием терапии достоверно уменьшилось: у больных ранним АС к 4-му месяцу лечения до $0,40 \pm 0,16$ ($p < 0,05$), к 12 месяцу – $0,13 \pm 0,09$ ($p < 0,01$), т.е. в 8,7 раз. У больных с длительностью заболевания от 2-х до 5-ти лет число энтезисов к концу исследования достоверно ($p < 0,05$) снизилось с $1,07 \pm 0,30$ до $0,14 \pm 0,10$, т.е. в 8,7 раз. У больных 3-ей группы число пораженных энтезисов снизилось ($p < 0,05$) с $0,77 \pm 0,22$ до $0,13 \pm 0,08$ (в 5,9 раз).

Глобальная оценка самочувствия пациентом у больных ранним АС достоверно ($p < 0,001$) улучшилась к

концу лечения с $61,00 \pm 3,79$ до $8,00 \pm 1,68$. Достоверное улучшение ($p < 0,01$) на фоне терапии получено в отношении глобальной оценки самочувствия пациентом во 2-ой и 3-ей группах к 4 месяцу лечения; в итоге, к концу наблюдения он улучшился в 2,0-2,4 раза и составил $23,93 \pm 3,82$ и $28,39 \pm 2,96$ соответственно группам.

Показатель утомляемости (общей слабости) у больных ранним АС достоверно ($p < 0,001$) улучшился и к концу исследования составил $3,00 \pm 1,07$. Во 2-ой и 3-ей группах этот показатель достоверно ($p < 0,01$) улучшился к 4 месяцу наблюдения в 2 и 1,6 раз соответственно; к 12 месяцу – исходный уровень утомляемости изменился на 73% и 70%.

Таблица 2 – Динамика некоторых показателей активности заболевания в зависимости от длительности заболевания, $M \pm m$

Показатели	Исходно до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	4 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	8 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	12 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет
Число энтезисов	$1,13 \pm 0,27$ $1,07 \pm 0,30$ $0,77 \pm 0,22$	$0,40 \pm 0,16^*$ $0,36 \pm 0,17^*$ $0,26 \pm 0,14$	$0,20 \pm 0,11^{**}$ $0,29 \pm 0,16^*$ $0,19 \pm 0,11^*$	$0,13 \pm 0,09^{**}$ $0,14 \pm 0,10^*$ $0,13 \pm 0,08^*$
Глобальная оценка самочувствия пациентом (ВАШ, 0-100 мм)	$61,00 \pm 3,79$ $56,79 \pm 2,95$ $63,06 \pm 2,98$	$37,00 \pm 3,58^{***}$ $37,50 \pm 3,22^{**}$ $43,39 \pm 2,90^{**}$	$18,67 \pm 2,78^{***}$ $28,57 \pm 3,76^{**}$ $34,35 \pm 2,90^{**}$	$8,00 \pm 1,68^{***}$ $23,93 \pm 3,82^{**}$ $28,39 \pm 2,96^{**}$
Утомляемость (общая слабость) (ВАШ, 0-100 мм)	$41,00 \pm 6,33$ $34,29 \pm 3,74$ $46,61 \pm 4,04$	$20,67 \pm 4,63^{**}$ $16,79 \pm 3,58^{**}$ $28,55 \pm 2,96^{**}$	$9,00 \pm 2,59^{***}$ $11,79 \pm 3,30^{**}$ $17,10 \pm 3,03^{**}$	$3,00 \pm 1,07^{***}$ $9,29 \pm 3,09^{**}$ $14,03 \pm 3,09^{**}$

Примечание: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ - достоверность различий по отношению к показателям до лечения

Показатели боли и утренней скованности в суставах достоверно снизились к концу исследования и составили $1,67 \pm 0,80$ ($p < 0,01$), $7,50 \pm 3,09$ ($p < 0,01$) и $5,81 \pm 2,01$ ($p < 0,001$) соответственно группам больных. Такой важный показатель как утренняя скованность в суставах также достоверно снизилась во всех группах. ЧПС к концу наблюдения составило $0,00 \pm 0,00$ во всех группах.

Изменения лабораторных показателей (СОЭ, СРБ) под влиянием терапии менялись следующим образом. В первой группе больных СОЭ достоверно снизилась ($p < 0,05$) к 8 месяцу лечения, к 12 месяцу – нормализовалась ($9,53 \pm 0,91$). Во второй группе больных СОЭ достоверно ($p < 0,05$) снизилось до нормы к 4 месяцу

наблюдения. В третьей группе больных СОЭ достоверно ($p < 0,01$) снизилось к 4 месяцу лечения, нормализовалось к 8 месяцу.

Уровень СРБ достоверно ($p < 0,05$) снизился до нормы в 1-ой группе к 12 месяцу наблюдения, во 2-ой и 3-ей – к 8 месяцу.

Международный индекс BASFI (Таблица 3), отражающий функциональные возможности больного, под влиянием терапии у больных всех трех групп достоверно ($p < 0,01$) снизился к 4 месяцу наблюдения. К 12 месяцу наблюдения индекс BASFI улучшился на 76,8% у больных 1-ой группы, на 63% - 2-ой группы, на 53% - 3-ей группы.

Таблица 3 - Динамика оценки функциональных изменений по индексу BASFI в зависимости от длительности заболевания, $M \pm m$

Длительность заболевания	исходно	4 мес.	8 мес.	12 мес.
До 2-х лет	$39,80 \pm 2,16$	$26,63 \pm 2,38^{***}$	$17,17 \pm 2,03^{***}$	$9,23 \pm 1,61^{***}$
От 2-х до 5-ти лет	$36,00 \pm 2,63$	$22,89 \pm 2,30^{**}$	$16,32 \pm 2,39^{**}$	$13,25 \pm 2,58^{**}$
Более 5 лет	$48,42 \pm 2,94$	$31,95 \pm 2,96^{**}$	$25,60 \pm 2,90^{**}$	$22,84 \pm 2,82^{**}$

Примечание: ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$ - достоверность различий по отношению к показателям до лечения

В таблице 4 представлена динамика оценочных тестов ограничения подвижности позвоночника. Симптом Шобера имел положительную динамику и к концу исследования достоверно увеличился у больных ранним АС с $3,27 \pm 0,26$ до $4,83 \pm 0,08$ ($p < 0,001$), у больных 2-ой группы – с $3,86 \pm 0,24$ до $4,46 \pm 0,13$ ($p < 0,05$), у больных 3-ей группы – с $2,53 \pm 0,18$ до $3,48 \pm 0,16$ ($p < 0,01$). Как видно, симптом Шобера улучшился во всех группах, но не нормализовался.

Боковое сгибание – один из важных диагностических критериев менялся во всех исследуемых группах больных под влиянием терапии, однако, статистически достоверного подтверждения у больных 3-ей группы не

было выявлено. Исходный уровень бокового сгибания в группе больных ранним АС был ближе к границе нормы ($9,60 \pm 0,80$), к концу исследования он увеличился до $12,73 \pm 0,56$. Во 2-ой группе больных показатель бокового сгибания так же находился ближе к границе нормы ($9,79 \pm 0,32$), к завершению наблюдения он достоверно ($p < 0,01$) улучшился и составил $11,36 \pm 0,40$. У больных 3-ей группы боковое сгибание улучшилось с $7,81 \pm 0,64$ до $9,16 \pm 0,64$.

Симптом Отта в группе больных ранним АС достоверно ($p < 0,001$) улучшился и составил $5,07 \pm 0,07$ к концу исследования. У больных 2-ой группы симптом Отта улучшился, однако, без статистически достоверного

подтверждения. У больных АС с продолжительностью более 5 лет подвижность в грудном отделе позвоночника достоверно ($p<0,05$) увеличилась к 4 месяцу лечения - $3,26\pm0,21$, к 12 месяцу - $3,55\pm0,20$ ($p<0,01$). Следует отметить, что исходные значения симптома Отта у больных 3-ей группы были достоверно ($p<0,01$) ниже показателей 1-ой группы. Несмотря на положительную динамику этого симптома под влиянием терапии, к концу наблюдения сохранилась аналогичная ситуация:

симптом Отта 3-ей группы достоверно ($p<0,01$) ниже 1-ой группы.

Значения дыхательной экскурсии грудной клетки в трех группах улучшились, но статистической достоверности не выявлено. В 1-ой и во 2-ой группах изначально значения дыхательной экскурсии грудной клетки находились в пределах нормы, к 12 месяцу они несколько увеличились. В 3-ей группе этот показатель улучшился с $4,21\pm0,25$ до $4,69\pm0,17$.

Таблица 4 - Динамика показателей ограничения подвижности позвоночника в зависимости от длительности заболевания, $M\pm m$

Показатели	Исходно до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	4 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	8 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет	12 мес. до 2 лет от 2 до 5 лет > 5 лет
Симптом Шобера (см)	$3,27\pm0,26$ $3,86\pm0,24$ $2,53\pm0,18$	$4,00\pm0,22^*$ $4,29\pm0,20$ $3,15\pm0,16^*$	$4,50\pm0,15^{**}$ $4,43\pm0,15^*$ $3,45\pm0,16^{**}$	$4,83\pm0,08^{***}$ $4,46\pm0,13^*$ $3,48\pm0,16^{**}$
Боковое сгибание (см)	$9,60\pm0,80$ $9,79\pm0,32$ $7,81\pm0,64$	$10,63\pm0,72$ $10,64\pm0,37$ $8,71\pm0,62$	$11,70\pm0,62^*$ $11,25\pm0,40^*$ $9,06\pm0,64$	$12,73\pm0,56^{**}$ $11,36\pm0,40^{**}$ $9,16\pm0,64$
Симптом Отта (см)	$4,20\pm0,24$ $3,86\pm0,29$ $2,58\pm0,23$	$4,63\pm0,18$ $4,25\pm0,22$ $3,26\pm0,21^*$	$4,93\pm0,12^{**}$ $4,46\pm0,19$ $3,52\pm0,20^{**}$	$5,07\pm0,07^{***}$ $4,46\pm0,19$ $3,55\pm0,20^{**}$
Дыхательная экскурсия грудной клетки (см)	$5,27\pm0,15$ $5,07\pm0,13$ $4,21\pm0,25$	$5,33\pm0,13$ $5,14\pm0,10$ $4,60\pm0,19$	$5,33\pm0,13$ $5,14\pm0,10$ $4,68\pm0,17$	$5,33\pm0,13$ $5,14\pm0,10$ $4,69\pm0,17$

Примечание: * - $p<0,05$, ** - $p<0,01$ *** - $p<0,001$ - достоверность различий по отношению к показателям до лечения

Под влиянием терапии статистически достоверного улучшения таких показателей, как расстояние затылок-стена, подбородок-грудина, поворотов и наклонов в шейном отделе позвоночника не выявлено, за исключением значений поворотов в шейном отделе позвоночника: при раннем АС повороты увеличились с $61,67\pm3,07$ до $70,67\pm1,37$ ($p<0,05$), позднем АС - с $40,48\pm3,72$ до $50,65\pm3,20$ ($p<0,05$).

Таким образом, под влиянием терапии достоверно снизились значения активности воспаления и улучшились функциональные возможности больных. При этом, следует выделить более значимую положительную динамику показателей у больных ранним АС по сравнению с больными с более длительной продолжительностью заболевания.

Литература:

1. Van der Linden S., Valkenburg H.A., Cats A. Modified New York criteria 1984 (Evaluation of diagnostic criteria

for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria). Arthritis Rheum. 1984; 27: 361-368.

2. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewe R., Listing J. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. Ann. Rheum. Dis. 2009; 68:777-783

3. Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями. Москва, 2007, стр. 32-40

4. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol 1994;21:2286-91.

5. Calin A, Jones SD, Garrett SL, Kennedy LG. Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. Br J Rheumatol 1995;34:793-4.

Анкилоз даушы спондилоартритпен (АС) наукастарда аурудың ұзақтығына байланысты белсенділік пен функциональды статус көрсеткіштер динамикасы

Д.С. Дильманова

Терапия әсерінен наукастарда қабыну белсенділігі мәні төмендеді мен функциональды мүмкіндігі жақсарды. Сонымен қатар, ерте АС наукастарда аурудың ұзақтығы ұзақ болғандармен салыстырғанда көрсеткіштер динамикасы оң болатындығын атап көрсеткен жөн.

Under the therapy values of activity of an inflammation have authentically decreased and functionality of patients has improved. Thus, it is necessary to allocate more significant positive dynamics of indicators at patients early the ankylosing spondylitis in comparison with patients with longer duration of disease.

УДК 616.2-002.5-055.1

ХАРАКТЕРИСТИКА ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ МУЖЧИН

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нурғалиев, З.Д. Маликова, А.С. Шаменко, А. Кажитаев
Государственный медицинский университет г.Семей
Туберкулезный диспансер г.Семей

По данным НЦПТ РК заболеваемость населения туберкулезом снизилась с 126,4 в 2007 г. до 125,5 в 2008 г. на 100 тыс. населения, темп снижения составил 0,7%. На заболеваемость туберкулезом оказывают влияние лица, не занятые трудовой деятельностью, злоупотребляющие алкоголем, прибывшие из ИТУ и другие, которые в основном состоят из мужчин (1-3).

Цель нашего исследования изучение социальной, клинической структуры и результатов лечения мужчин, больных туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 108 мужчин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в возрасте от 18 до 70 лет, находившихся на лечении в Региональном противотуберкулезном диспансере.

Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов. Эффективность лечения оценивали по прекращению бактериовыделения, закрытию деструктивных изменений в легочной ткани и по положительной динамике клинических проявлений. Лечение мужчин туберкулезом органов дыхания осуществлялось этиотропной терапией включающим использование адекватных схем и режимов химиотерапии в сочетании с патогенетическими средствами.

Результаты и обсуждение

Из 108 человек лица от 18 до 30 лет составили 32,4%, 31-40 лет-29,6%, 41-50 лет-20,4%, 51-60 лет-10,2%, старше 60 лет-7,4%. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом лица трудоспособного возраста (18-50 лет), составившие 82,4% от всех больных. Подавляющее большинство пациентов имели среднее образование (69,8%). По социальному составу среди заболевших не работающие составили 58,3%. Каждый третий пациент из числа работающих имел рабочую специальность (25,9%), служащие и учащиеся составили по 6,5%, а пенсионеры-2,7%. Более чем у половины (55,5%) пациентов жилищно-бытовые условия были удовлетворительными, но 44,4% больных, прибывших из ИТУ не имели постоянного местожительства. Туберкулез легких был выявлен при обращении у 61,6% больных.

Среди заболевших мужчин у 30,6% случаев имелись зарегистрированные туберкулезные контакты. Наиболее часто встречающимися симптомами туберкулезной интоксикации у пациентов были слабость и повышение температуры тела, а из локальных - кашель с мокротой и одышка при физических нагрузках. Острое начало заболевания отмечалось у 29,1% случаев.

Среди клинических форм у больных мужчин преобладала инфильтративная-62,0%, а из других - очаговый туберкулез легких составил - 13,8%, диссеминированный - 10,2%, туберкулезный плеврит - 4,6%, а казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный туберкулез легких составил 4,6%, то есть по 5 чел. из 108 больных. По данным рентгенологического обследования число больных с распространенным процессом составило - 40,7% - более опасными в эпидемиологическом плане и сложными для лечения. Более чем у половины (73,1%)

пациентов отмечалось бактериовыделение, из которых 49,4% (у 39 из 79 бациллярных) были обильными бацилловыделителями. Доля больных с наличием деструктивных изменений в легочной ткани составил 64,8% (70 из 108 больных). Из сопутствующих заболеваний у мужчин, чаще всего, встречались злоупотребление алкоголем, в том числе страдающие хроническим алкоголизмом составили 28,7%, а страдающие бытовым пьянством составили 11,1%, из других болезней заболевания желудочно-кишечного тракта (4,6%) и хронические обструктивные заболевания легких (6,5%), у мужчин пожилого возраста - заболевания сердечно-сосудистой системы (5,6%), сахарный диабет (2,7%) и железодефицитная анемия составила 3,7%. Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении.

В период интенсивной фазы лечения в течение 2 мес. получали изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол. Длительность лечения учитывали по количеству дней, в течение которых пациент принимал всю дозу химиотерапии, т.е. все 4 назначенных препарата. Если этого не происходило, то день, когда больной не принимал лекарств или принимал 2-3 препарата, не считался днем принятия дозы химиотерапии.

При отрицательных данных микроскопии мокроты через 2 мес. (60 доз) химиотерапии больные переходили на фазу продолжения лечения изониазидом и рифампицином, которая составляла 4 месяца (120 доз). Если у больного продолжалось бактериовыделение по микроскопии мазка мокроты к концу окончания интенсивной фазы лечения, то она продлевалась еще на 1-2 месяца-до получения отрицательных данных микроскопии мокроты на МБТ. При оценке эффективности химиотерапии больных мы использовали не только критерии ВОЗ как фактор прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка, но и критерии эффективности лечения, определенные концепцией национальной Казахстанской программы борьбы с туберкулезом, как результат прекращения бактериовыделения по посевам мокроты на питательные среды и закрытия деструктивных изменений в легких. У наших больных в результате проведенного комплексного лечения закрытие полости распада наступило у 77,1% случаев, а прекращение бактериовыделения у 79,7% случаев.

Литература

1. Русских О.Е. Особенности туберкулеза органов дыхания у больных, освободившихся из мест лишения свободы в Удмуртской Республике//Пробл. туб.-2008.-№2.-с.9-12
2. Сафарян М.Д., Стамболцан Е.П., Ардтунян Д.А. Динамика основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Армении за 10 лет (1997-2006 г.г.)//Пробл. туб.-2009.-№2.-с.32-38
3. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в РФ, его зависимость от уровня жизни //Туберкулез и болезни легких.-2009.-№7.-с.4-9

Тыныс ағзалары туберкулезімен алғаш рет ауырған ерлердің мінездемесі

К.С.Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Н.Б. Нургалиев, З.Д. Маликова, А.С. Шаменко, А. Кажитаев

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерінен инфильтративті туберкулез жиі (62,0%) кездесті, өкпелерінде каверна бар аурулар 64,8% жиілікпен, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаратындар 73,1% пайызды құрады. Комплексі жүргізілген емдеудің нәтижесінде өкпедегі кавернасы жабылғандар аурулардың 77,1%-ын, ал туберкулез құртын қақырықпен шығаруды тоқтатқандар 79,7%-ды құрады.

The characteristic for the first time the revealed patients with a tuberculosis of bodies of breath of men

K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, N.B. Nurgaliev, Z.D. Malikova, A.S. Shamenko, A. Kazhitaev

Among clinical forms of a tuberculosis easy prevailed (62,0%) infiltrative the form, destructive in easy is revealed at 64,8% of cases, and bacterioexcretion at 73,1% of cases. As a result of the lead (carried out) complex treatment closing of a cavity of disintegration has come (stepped) at 77,1% of patients, and the termination (discontinuance) bacterioexcretions at 79,7% of cases.

УДК 616.329+616.341-073.75

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ПИЩЕВОДНОГО КЛИРЕНСА ДО И ПОСЛЕ ЭЗОФАГОКАРДИОМИОТОМИИ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова

Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана

До настоящего времени при описании рентгенологами эвакуации из пищевода используется способ оценки с фиксацией скорости начала и полного опорожнения бариевой взвеси [1, 2]. Данный метод вызывает увеличение лучевой нагрузки пациента в случае замедленной эвакуации из пищевода. При этом, эвакуация из пищевода при ахалазии наиболее часто расплывчато описывается как «первичная эвакуация из пищевода происходит небольшими и редкими порциями...» [3].

Цель работы: разработка и применение объективного рентгенологического метода оценки пищеводного клиренса в фиксированный период времени оценки до и после операции по поводу ахалазии пищевода.

Материал и методы. Для объективизации оценки времени эвакуации нами предложен метод исследования

пищеводного клиренса заключающийся в том, что натошак утром пациенту дают выпить 200 мл сульфата бария в соотношении с водой 1:1. На прием контраста давали от 30 до 45 секунд. После последнего глотка бариевой взвеси отсчитывали 1 минуту и делали первый рентген-снимок, а затем через 5 минут второй снимок. При этом получали показатели одноминутного и пятиминутного пищеводного клиренса.

Такие снимки проводили до и после эзофагокардиомиотомии с определением высоты и ширины столба бариевой взвеси. На снимках горизонтальными линиями наносили верхний и нижний уровень столба бария, а стрелками по бокам его максимальную ширину как показано на рисунке 1.

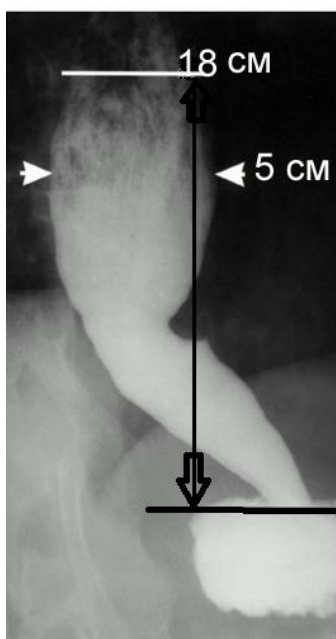


Рисунок 1 - Методика измерения параметров бариевого столба при ахалазии

При оценке пищеводного клиренса исходили из того, что в норме у человека пищевод очищается от 200 мл бариевой взвеси через 10-20 секунд, а через 1 минуту не имеет остаточного количества бариевого контраста.

В отличие от нормы у больных с ахалазией кардии мы отметили существенную задержку бария через 1 и 5 минут исследования по параметрам бариевого столба (БС) в пищеводе.

Результаты исследования. Исходные рентгенологические данные для изучения пищевода клиренса

до и после миотомии представлены на рисунке 2.

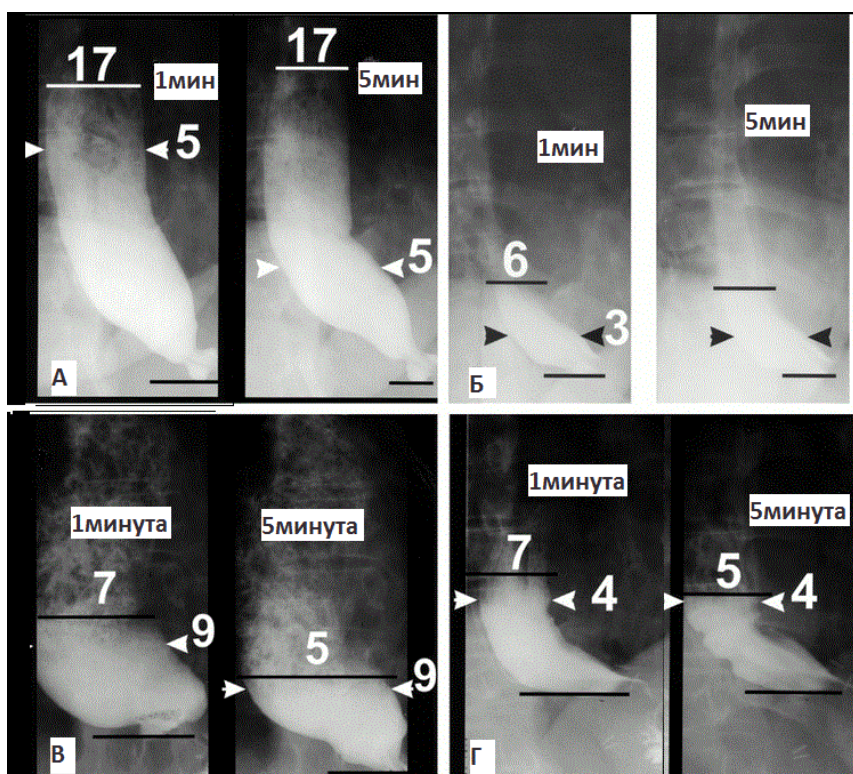


Рисунок 2- Сравнение параметров бариевого столба через 1 и 5 минут после приема контраста до и через 1 месяц после эзофагокардиомиотомии у больных 2 и 3 стадий ахалазии пищевода

А – дооперационный пищеводный клиренс у пациента с II стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **Б**- послеоперационный пищеводный клиренс у пациента с II стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **В**- дооперационный пищеводный клиренс у пациента с III стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут; **Г**- послеоперационный пищеводный клиренс у пациента с III стадией АП слева через 1 минуту, справа через 5 минут.

Как видно по рисунку 2 при III стадий АП высота столба бария была меньше чем при II стадии АП ввиду большого объема пищевода, которое определяется по большей ширине дилатированного пищевода. В связи с этим при анализе мы учитывали еще и разницу в полу-

ченных данных, которая наиболее объективно и точно отражала динамику пищеводной проходимости.

Данные измерения высоты бариевого столба в пищеводе до операции и через 6 месяцев по данным рентген-снимков, сделанных через 1 минуту и через 5 минут после дачи бария представлены в таблице 1.

Таблица 1- Средние значения высоты пищевода бариевого столба до и после операции в сантиметрах (М±σ)

Группа	Момент измерения								Р до и после ЭКМТ
	Высота БС до ЭКМТ (см)			Р	Высота БС через 6 месяцев после ЭКМТ (см)			Р	
	1 минута	5 минута	Разница		1 минута	5 минута	Разница		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 группа (n=18)	15,0±0,04	14,3±0,09	0,7±0,05	>0,05	6,6±0,34	0,7±0,45	5,9±0,11	<0,05	<0,05
2 группа (n=13)	16,2±0,01	15,3±0,1	0,9±0,09		7,8±0,2	3,3±0,1	4,5±0,10		<0,05

Как можно убедиться по вышепредставленной таблице, до кардиомиотомии клиренс пищевода был неудовлетворительным, снижение высоты БС в виде ее разности между 1-минутным и 5 минутным измерением составило минимальное значение: на 0,7±0,05 см в первой группе и на 0,9±0,09 см во второй группе.

Существенное снижение высоты бариевого столба мы наблюдали после выполненной эзофагокардиомиотомии. Разница между 1-минутным и 5 минутным измерением через 6 месяцев после ЭКМТ составило 5,9±0,11 см в первой группе и 4,5±0,10 во второй группе (P<0,05).

Следует особо отметить существенный градиент снижения высоты по данным, выявленным до и после операции - как по значениям срочного одномоментного измерения (с 15,0±0,04см до 6,6±0,34 см для первой группы и с 16,2±0,01см до 7,8±0,2 см во второй группе), так и по данным срочного пятиминутного измерения (с 14,3±0,09 до 0,7±0,45 для первой группы и с 15,3±0,1 до 3,3±0,1см для второй группы).

Ценным для изучения пищевода клиренса было определение и другого показателя проходимости кардии - ширины БС.

Результаты измерения разницы ширины бариевого столба в пищеводе (см) до операции и через 6 месяцев

по данным рентген-снимков, сделанных через 1 минуту и через 5 минут после дачи бария показаны в таблице 2.

Таблица 2 - Средние величины по ширине бариевого столба в пищеводе ($M \pm \sigma$)

Группа	Момент измерения								Р до и после ЭКМТ
	Ширина до ЭКМТ (см)			Р	Ширина после ЭКМТ (см)			Р	
	1 минута	5 минута	Разница		1 минута	5 минута	Разница		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 группа (n=18)	5,5±0,03	5,3±0,01	0,3±0,02	>0,05	2,6±0,34	0,5±0,46	2,1±0,12	<0,05	<0,05
2 группа (n=13)	5,2±0,02	5,0±0,1	0,2±0,01		3,4±0,2	1,9±0,1	1,5±0,10		<0,05

Как видно по таблице 2, аналогично с данными по высоте, до операции ширина БС практически не менялась от 1-й до 5-й минуты с момента дачи бария. Разница в первой группе составила 0,3±0,02 см против 5,2±0,02 см ($P > 0,05$).

После выполненной операции отмечена значительная положительная динамика: улучшение проходимости в виде сужения ширины выявлен в обеих группах, но статистически значимо лучший результат выявлен в первой группе, где разница составила 2,1±0,12 см против 1,5±0,10 см ($P < 0,05$).

Как и при измерении высоты, так и при измерении ширины БС выявлен существенный градиент уменьшения ширины по данными, выявленным до и после операции - как по значениям срочного одномоментного измерения (с 5,5±0,03 см до 2,6±0,34 см для первой группы и с 5,2±0,02 см ширины до 3,4±0,2 см во второй группе), так и по данным срочного пятиминутного измерения (с 5,3±0,01 см ширины до 0,5±0,46 см для первой группы и с 5,0±0,1 см до 1,9±0,1 см для второй группы).

После операции при рентгеноскопии в отдаленном периоде (от 1 года до 5 лет): поступление контрастной массы в желудок через пищеводно-кардиальный переход было порционное. Расширения пищевода не выявляли, за исключением 5-ти пациентов III стадии заболевания с реахалазией кардии во второй группе через 5,

6, 11, 18, и 21 месяцев после операции. Данным пациентам выполнено однократная баллонная кардиодилатация с выраженным положительным эффектом - у всех проходимость полностью восстановлена.

Кардия в отдаленный послеоперационный период раскрывалась до 15—17 мм, полностью смыкаясь у всех обследованных. Газовый пузырь в желудке хорошо был выражен у всех пациентов. При обследовании больных в положении Тренделенбурга заброса контрастной массы в пищевод не отмечено.

Вывод: разработанный рентгенологический метод оценки пищевого клиренса наиболее точно отражает степень нарушения пищевой проходимости и эвакуаторной способности до и после эзофагокардиомиотомии, выполненной по поводу ахалазии пищевода.

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Труханов А.С. Болезни пищевода. — М.: Трида-Х, 2000. — 179 с;
2. Функциональные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта / С. В. Бельмер, Т. В. Гасилина, А. И. Хавкин [и др.] // Леч. Врач. - 2005. - № 8. - 27 с;
3. Саблин О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Ратников В.А. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. - СПб.: 2002. - 88 с.

Development and application of X-ray methods of estimating esophageal clearance before after to ezofagokardiomyotomii Esophageal achalasia

O.B. Ospanov, G.A. Eleuov, K.K. Abdrakhmanova, I.S. Volchkova

For the objective estimation of evacuation time, we proposed a method for studying esophageal clearance consists in the fact that an empty stomach in the morning the patient to drink 200 ml of barium sulfate in a ratio of 1:1 with water. At the reception given the contrast from 30 to 45 seconds. After the last sip of barium cock counted for 1 minute and made the first X-ray image, and then after 5 minutes of the second shot. It received one-minute and five-minute performance esophageal clearance. The developed X-ray method of assessing esophageal clearance most closely reflects the degree of impairment of esophageal patency and evacuation capacity, before and after ezofagokardiomyotomii performed on the achalasia of the esophagus.

Өңеш ахалазиясы кезіндегі эзофагокардиомиотомияға дейінгі және кейінгі өңеш клиренсін бағалауда рентгенологиялық әдісті қолдану және өңдеу

О.Б. Оспанов, Г.А. Елеуов, К.К. Абдрахманова, И.С. Волчкова

Эвакуация уақытын бізге 200 мл Барий сульфатын сумен 1:1 қатынасында науқасқа ашқарынға ішуге негізделген өңеш клиренсін зерттеу әдісі ұсынылды. Контрастты қабылдауға 30 дан 45 сек дейін уақыт берілді, барий қоспасын соңғы рет жұтқаннан кейін 1 мин есептеп алғашқы рентген суретін жасады, ал 5 мин кйін 2 сурет жасалды, осылай 1 мин және 5 минуттағы өңеш клиренстерінің көріністерін алды. Бұл рентгенологиялық әдіс өңеш клиренсін бағалауды өңеш өткізгіштігінің дәрежесін және өңеш ахалазиясы негізінде жасалған эзофагокардиомиотомияға дейінгі және кейінгі өңештің эвакуаторлық қабілетін анықтауда нақты мәлімет береді.

УДК 614.876-055.62

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ЭФФЕКТОВ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ДЕЙСТВИЕ ОБЩЕСРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ПОТОМКОВ ЛИЦ, РОЖДЕННЫХ ОТ ОБЛУЧЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ

Т.И. Белихина, Г.К. Ажмуратова, Р.Т. Булеуханова, Т.Ж. Мулдагалиев, Ж.К. Байбусинова
 НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей

Введение.

Для более полной оценки модифицирующего вклада исследуемых факторов риска в увеличение уровня заболеваний лиц, подвергавшихся радиационным и нерадиационным факторам риска проведено изучение корреляционной зависимости «родители – дети», а так же ранжированного вклада средовых факторов риска по заболеваниям, увеличение частоты которых регистрировалось не только среди лиц I поколения (родители), но и среди их потомков [1-3]. Нужно отметить, что подобные исследования проводились сотрудниками нашего института на материалах, полученных в результате обследования экспонированного радиацией населения Абайского, Бескарагайского и Жанасемейского районов ВКО [4-5]. В этих исследованиях была подтверждена высокая эффективность предлагаемого эпидемиологического метода расчета изучаемых показателей.

Материалы и методы исследования.

Материалами исследования послужили результаты скрининговых, инструментальных и лабораторных исследований населения Шемонаихинского и Бородулинского районов ВКО, подвергавшегося радиационному воздействию и других нерадиационных техногенных и антропогенных факторов риска. Клинико-эпидемиологическому анализу подверглись результаты скрининговых исследований 1 733 лиц, подвергавшихся действию радиационных факторов риска в эффективной эквивалентной дозе 277,3 мЗв и нерадиационных факторов риска; 902 человека, подвергавшихся действию нерадиационных факторов риска; 625 человек контрольной группы.

Применялась таблица сопряженности «2х2» для оценки качественных признаков в связанных выборках, позволяющей установить корреляционную зависимость между родителями и детьми в совокупной по численности группе, определяя, в том числе фенотипическую корреляцию родитель-ребенок, а так же вклад средовой компоненты, где g – коэффициент сопряженности. Для разложения общей фенотипической дисперсии на средовую (E) и генетическую (G) компоненты, использовали показатель исследуемости, где g_{op} – коэффициент корреляции по изучаемому признаку родители-дети.

Результаты исследования и их обсуждение.

Предварительная обработка результатов эпидемиолого-статистического анализа позволила констатировать наличие существенного превышения уровней 6 рубрик заболеваний. Отношение шансов среди лиц основных групп по этим заболеваниям колебалось в широких пределах от 1,89 до 2,17 по онкологическим заболеваниям, 1,67 -1,82, по болезням системы кровообращения, 1,72-2,08 болезням системы дыхания. С помощью дисперсионного метода статистического анализа, нами установлен и ранжирован вклад модифицирующего влияния радиогенных, нерадиационных факторов риска, а так же их взаимного потенцирования в увеличение уровней вышеуказанных заболеваний в группах исследования. При этом действие нерадиационных факторов риска составило в среднем от 14 до 35%. Для подтверждения объективности полученных результатов нами применен дополнительный метод статистического анализа, позволяющий определить фенотипическую составляющую наследования детерминированных эффектов ионизирующего излучения по цепочке «родители-дети».

Таблица 1 – Корреляция «родители-дети» по отдельным заболеваниям и уровни модификации средовых факторов риска среди основных групп

Классы болезней по МКБ-10	2001-2008 гг.	
	Статистические параметры	Показатели
Инфекционные и паразитарные болезни	g	0,276
	h^2	0,210
	E	0,410
Болезни системы кровообращения	g	0,307
	h^2	0,172
	E	0,240
Болезни системы дыхания	g	0,238
	h^2	0,276
	E	0,350
Болезни эндокринной системы	g	0,280
	h^2	0,376
	E	0,220
Все патологические состояния	g	0,270
	h^2	0,312

Как следует из таблицы 1 высокая корреляционная зависимость «родитель-ребенок» зарегистрирована при инфекционных и паразитарных болезнях, болезнях системы кровообращения, дыхания и эндокринной системы: $g = 0,276$; $g = 0,307$; $g = 0,276$; $g = 0,280$ соответственно. В этих случаях показатель наследуемости был так же положительным (h^2). Эти результаты подтверждают наличие факторов наследственной отягощенности, влияющих

на возможную детерминацию эффектов прямого влияния техногенных факторов риска (в частности ионизирующего излучения) среди лиц I поколения. Полученная в расчетах средовая компонента (E) для лиц II основной группы показывает высокий вклад увеличения уровня конкретного заболевания, эффектов нерадиационных факторов риска, составляющих для инфекционных и паразитарных заболеваний – 41%; заболеваний системы кровообращения

ния – 24%; болезней системы дыхания – 35% и эндокринной системы 22%. Эти результаты демонстрируют высокую сходимость с таковыми, полученными при дисперсионном анализе.

Таким образом, предложенный метод статистического анализа имел высокую сходимость с дисперсионным методом и одновременно позволил с высокой степенью вероятности оценить уровень корреляции некоторых заболеваний с эффектами их наследования потомками [6-7].

Литература:

- 1 Кулкыбаев Г.А., Смагулов Н.К. Актуальные проблемы медицинской экологии Центрально-Казахстанского региона // Проблемы медицинской экологии: сб. статей.- Караганда, 1995.-Т.2.-С.3-7.
- 2 Экология и здоровье детей: сб. трудов. - Алматы, 1996.-215 с.
- 3 Раисова Г.К. Популяционные эффекты острого и хронического воздействия ионизирующих излучений среди населения, проживающего в ареале распространения локальных радиоактивных осадков: дисс. ... докт. мед. наук: Алматы: НИИОР, 1997. – 395 с.

Сәулеге ұшыраған ата-анадан туылған тұлғалар арасында, қоршаған ортаның жалпы қауіпті факторлерінің және иондалған сәуленің детерминделген нәтижелерін объективтілеу Т.И. Белихина, Г.К. Ажмуратова, Р.Т. Булеуханова, Т.Ж. Мулдағалиев, Ж.К. Байбусинова

Ядролық полигон аймағымен шекаралас тұрып жатқан тұрғындар арасында статистикалық қорытындылаудың қазіргі заманға сай әдістері көмегімен «ата-ана – бала» фенотипикалық факторлердің модификациялық үлесін корреляциялау және кейбір аурулардың таралуына радиациямен байланысты емес қауіпті факторлерінің әсер етуін бағалау жүргізілді.

Establishment the determined effects of an ionizing radiation and action Environment risk factors among descendants of the persons born from irradiated parents

By means of modern methods of the statistical analysis among the population, living in territories adjoining to nuclear range the estimation of correlation of the modifying contribution fenotypical factors "parent-child", and action of not radiating risk factors with prevalence of separate diseases is spent.

УДК 616.342-616-072.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ МЦ ГМУ Г.СЕМЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

Е.К. Ибраимов, Н.Р. Рахметов

Государственный медицинский университет г.Семей

Особенностью лечения язвенной болезни на фоне хеликобактерной инфекции является большая частота и продолжительность рецидивов, более быстрое прогрессирование морфологических изменений стенки желудка и двенадцатиперстной кишки и, соответственно, худшие исходы [1,2]. Лечение данной патологии предусматривает включение методов эрадикации хеликобактерной инфекции [3]. Однако их эффективность о многих случаях оказывается недостаточной для достижения стойкой и длительной ремиссии. Сохранение части бактериальных клеток на слизистой, в особенности – в области язвенного дефекта, не позволяет добиться и его заживления. Результатом становится быстрый рецидив заболевания после проведенной консервативной терапии. Возможным выходом является применение местного лечения, позволяющего создавать высокие концентрации антибактериального препарата на длительное время в участках наибольшей обсемененности (антральный отдел желудка) и язвенного дефекта, а также обеспечивающего механическую защиту язвы от повреждающих факторов гастродуоденального содержимого [4].

Другой причиной ухудшения эффективности эрадикационных мероприятий и быстрых рецидивов инфек-

4 Balmukhanov S., Raissova G., Balmukhanov T. Three generations of the Semipalatinsk affected to the radiation. – Almaty, 2002. – P. 3-36.

5 Чайжунусова Н.Ж. Иммунные, генетические эффекты и онкозаболеваемость населения в условиях комбинированного действия вредных факторов окружающей среды (в регионе распространения локальных радиоактивных осадков): дисс. ... д-ра мед. наук, Алматы, 1993.- 387 с.

6 Гусев Б.И., Апсаликов К.Н., Раисов Т.К., Белихина Т.И., Шакенов Е.Р., Рыженкова О.Н., Изатова А.Е., Смыкова Т.М. Отдаленные онкологические эффекты реализации гомеостатического дисбаланса среди населения некоторых районов ВКО, сформированного в остром и раннем периоде после облучения ионизирующей радиацией // Наука и здравоохранение.- №3.- 2006.- С. 80-83.

7 Н.Ж.Чайжунусова, Г.Дюсекенова и соавт. Анализ хромосомных aberrаций у населения, проживающего вблизи СЯП// Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии: материалы международной конференции.- Томск, 2004. – С.23-24.

ции может быть снижение общей и местной иммунной защиты [5].

Адекватным методом в ситуации может служить, таким образом, использованием комплексной терапии, включающей способы общей и местной иммунокоррекции, а также местной антибактериальной терапии. Данный подход позволяет одновременно улучшить результаты заживления язвы и снизить вероятность рецидивов хеликобактерной инфекции. Существенным моментом при этом является аспект уменьшения частоты эндоскопических манипуляций, которое может быть достигнуто посредством применения препаратов депонирующихся на слизистой и обеспечивающих её эффективную защиту после отторжения защитной пленки. Такими средствами могут быть препараты висмута, например де-нол [6].

Целью работы является улучшение клинического течения дуоденальных язв посредством использования сочетания местного лечения и системной иммуномодулирующей терапии.

Материалы и методы исследования:

В условиях гастроэнтерологического отделения Медицинского центра Государственного медицинского

института г. Семей обследованы 144 больных язвенной болезнью с локализацией дефекта в двенадцатиперстной кишке, в том числе 96 мужчин и 48 женщин, в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст $39,2 \pm 1,2$ года).

Из них в группу сравнения (традиционной консервативной терапии) вошли 25 пациентов, консервативной терапии в сочетании с системной иммунокорректирующей терапией (СИТ) – 27 больных, группу местного лечения, включающей применение на фоне консервативной терапии аппликаций с депонированием антибактериальных препаратов – 48 пациентов и сочетания традиционной терапии, СИТ и местного лечения – 44 больных.

Выделенные группы были репрезентативными по возрастному-половому составу, характеристикам язвенного анамнеза, клиническим данным и показателям эндоскопической картины.

В качестве местного лечения применялись аппликации «Латексного тканевого клея» (ЛТК), в том числе у ряда больных – с депонированием под пленкой различных лекарственных препаратов, выбор которых зависел от основного этиологического фактора язвенной болезни (наличие *Helicobacter pylori*) (А.с. на изобретение СССР №1777875 «Способ лечения гастродуоденальных язв», 1992).

После введения эндоскопа в желудок или двенадцатиперстную кишку через инструментальный канал вводили спирт-эфирную смесь в количестве 5-10 мл для

вымывания некротических масс и осушения места аппликации. Тefлоновый катетер, к проксимальному концу которого фиксирована часть трубки от внутривенной одноразовой системы длиной 10 см, проводили через инструментальный канал эндоскопа. Расстояние от дистального конца катетера до места аппликации (язвенного дефекта) 1,0-1,5 см. В трубку шприцем вводили смесь лекарственных веществ. ЛТК вводили вторым шприцем, распределение его по поверхности слизистой осуществляли концом тefлонового катетера, срезанного в виде «лопатки» и несколько сплюсненного.

В качестве депонируемых лекарственных препаратов при наличии хеликобактерной контаминации слизистой оболочки выступали: средства, обладающие антибактериальным действием – метронидазол и де-нол, разведенные в спленине, которые депонировались под клеевой пленкой статизоля на язвенном дефекте и в антральном отделе желудка – в местах колонизации *Helicobacter pylori*.

Для проведения одной лечебной эндоскопической процедуры использовали 1 таблетку метронидазола и 1 – де-нола, предварительно растертых и разведенных в 2 мл физиологического раствора.

Результаты исследования и их обсуждение:

В качестве параметров для оценки эффективности лечения использованы эндоскопические и клинические показатели.

Таблица 1 – Показатели состояния слизистой в области язвы при проведении местного лечения (НР+) (n=92)

Параметры	Номер эндоскопической процедуры					
	2	3	4	5	6	7
Уменьшение диаметра язвы, %	$30,2 \pm 2,2$	$56,7 \pm 4,0$	$77,4 \pm 3,8$	$87,9 \pm 3,3$	$91,4 \pm 2,4$	$93,8 \pm 2,0$
Уменьшение диаметра перифокального воспаления, %	$37,8 \pm 2,5$	$73,5 \pm 5,1$	$92,1 \pm 4,7$	$95,5 \pm 4,1$	$97,0 \pm 2,5$	$98,0 \pm 1,9$
Заживление язвы, %	$6,5 \pm 2,6$	$23,9 \pm 4,4$	$56,5 \pm 5,2$	$69,6 \pm 4,8$	$75,0 \pm 4,5$	$81,5 \pm 4,0$

При анализе размеров язвенного дефекта учитывались все случаи. При этом полное заживление язвы расценивалось как диаметр, равный 0.

Уже при втором обследовании после начала лечения было отмечено уменьшение диаметра язвенных дефектов в среднем на 30,2%. После третьей процедуры динамика показателя составила 56,7%, после четвертой – 77,4%. Одновременно увеличивалось количество случаев заживления язвы. После второй процедуры имели место лишь единичные случаи заживления язв небольшого диаметра. После третьей заживление наступило почти у 1/4 больных, после четвертой – более чем у половины пациентов.

Улучшение параметров заживления после шестой и седьмой процедур относительно достигнутого было

менее выраженным. Однако наблюдались дополнительные случаи рубцевания язвенных дефектов большого диаметра.

Кроме того, в процессе лечения было выявлено выраженное и быстрое сокращение области перифокального воспаления. Уже после второй процедуры динамика данного параметра составила 37,8%, а после третьей – 73,5%. После четвертой процедуры, даже при отсутствии заживления язвенного дефекта, в подавляющем большинстве случаев перифокальное воспаление отсутствовало или имело место в виде тонкого краевого ободка, а после 6-7 процедур – практически отсутствовало.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика клинических показателей в группах больных с различными способами эрадикации НР

Показатель	Клиническая группа			
	сравнения (консервативная терапия), n=25	консервативная терапия + СИТ, n=27	консервативная терапия + АБТ местно, n=48	консервативная терапия + СИТ + АБТ местно, n=44
Сроки купирования болевого синдрома, суток	$14,3 \pm 1,0$	$12,5 \pm 0,9$	$6,2 \pm 0,5^{**}$	$5,7 \pm 0,3^{**}$
Сроки купирования локальной болезненности, суток	$19,7 \pm 1,4$	$18,8 \pm 1,1$	$8,1 \pm 0,6^{**}$	$7,8 \pm 0,5^{**}$
Сроки купирования диспептических явлений, суток	$11,5 \pm 0,8$	$11,3 \pm 0,7$	$5,5 \pm 0,4^{**}$	$5,3 \pm 0,3^{**}$
Примечание - ** - различия с группой сравнения достоверны, $p < 0,01$				

Для анализа клинической эффективности применения разработанных способов лечения проанализирован

ряд показателей. Со стороны индивидуального статуса обследованных больных учитывались сроки купирова-

ния болевого синдрома, локальной болезненности и диспепсических явлений.

При дополнительном применении СИТ на фоне консервативной терапии достоверных различий с группой сравнения ни по одному из указанных клинических показателей зарегистрировано не было, хотя отмечалась тенденция к их улучшению. При применении местной терапии с включением в её состав локального использования антибактериальных препаратов отмечалось высокостойкое сокращение продолжительности персистенции проанализированных синдромов. В

частности, сроки купирования болевого синдрома уменьшались на 56,6%, локальной болезненности в эпигастриальной области на 58,9%, а диспепсии – на 52,2% ($p < 0,01$ во всех случаях). В группе комплексной терапии, включающей СИТ и АБТ, степень снижения соответствующих показателей достигла 60,1%; 60,5% и 53,7% соответственно ($p < 0,01$ во всех случаях).

В таблице 3 представлена частота и средние сроки заживления язвенного дефекта у больных различных групп, у которых были использованы разные способы консервативной и местной терапии дуоденальных язв.

Таблица 3 – Частота и сроки заживления язвенного дефекта в группах применения различных способов терапии дуоденальных язв

Группа	Число случаев заживления		Средние сроки заживления (суток)
	абс.	%	
Сравнения (консервативная терапия НР+), n=25	13	52,0±10,0	31,7±2,0
Консервативная терапия + СИТ, НР+, n=27	17	63,0±9,3	20,5±1,5*
Консервативная терапия + АБТ местно (НР+), n=48	38	79,2±5,9*	15,2±1,1**
Консервативная терапия + СИТ + АБТ местно (НР+), n=44	37	84,1±5,5*	13,4±1,0**

Примечание - * - различия с соответствующими группами сравнения достоверны, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$

По отношению к консервативной медикаментозной терапии у больных с положительным высоким титром НР на слизистой верхних отделов ЖКТ было выявлено достоверное увеличение числа случаев заживления язвенного дефекта при местном лечении с использованием АБТ на 52,2% ($p < 0,05$) и при сочетании системной иммунотерапии с местным применением антибиотиков (на 61,7%, $p < 0,05$). Средние сроки заживления язвенного дефекта в тех случаях, когда оно происходило, уменьшались во всех трех группах разработанного лечения ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$).

У пациентов, подвергавшихся традиционной консервативной антихеликобактерной и противоязвенной терапии дуоденальных язв, в числе случаев заживления преобладало формирование рубца, при том грубого – (24,0±8,5)% более, чем нежного (20,0±8,0)%. Заживление без рубца имело место только в (8,0±5,4)%.

В случаях проведения консервативной терапии с дополнительным использованием разработанных общих и местных способов лечения структура исходов существенно улучшалась, при применении СИТ, местной АБТ и их сочетания в случаях заживления язвенного дефекта преобладало формирование нежного рубца. В двух последних группах отмечалось абсолютное преобладание этого варианта заживления над всеми остальными эндоскопическими вариантами исхода. При сочетанном применении СИТ и АБТ до (20,5±6,1)% увеличивалась частота эпителизации без рубца.

Таким образом, клинические результаты разработанного лечения являются достоверными как в плане нормализации субъективных показателей, так и при анализе объективных результатов динамического эндоскопического обследования.

Литература:

1. Аруин Л.И. Роль *Helicobacter pylori* в формировании морфологического субстрата язвенной болезни // Материалы VIII тематической сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*. – Уфа, 1999. – С.7-11.
2. Боровков Н.Н., Дугина В.В., Хрулева Н.С. Оптимизация эрадикационной терапии *Helicobacter pylori*-ассоциированной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – №1(25). – С.485-486.
3. Широкова К.И. и соавт. Применение метронидазола в лечении больных язвенной болезнью // Клин. мед. – 1981. – N.2. – С.48-50.
4. Kobayashi K., Kashima K., Higuchi K., Arakawa T. The mechanisms of gastrointestinal mucosal injury and repair // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol.56. – P.2215-2222.
5. Микрюкова В.Я. Состояние местного иммунитета при язвенной болезни желудка: автореф. дис. канд. мед. наук. – Томск, 1994. – 25 с.
6. Аруин Л.И., Ильченко А.А., Городинская В.С. и др. Влияние длительного воздействия антибиотиков на слизистую оболочку желудка и *Helicobacter pylori* // Клин. мед. – 1995. – N5. – С.78.

Зерттеу максаты – ұлтабар жарасында жергілікті және жүйелі иммунитет қалыптастырушы емді пайдаланған кездегі клиникалық көріністің жақсаруы.

Кемістігі ұлтабарда орналасқан 144 науқас тексерілді.

Жергілікті ем ретінде қабықтұзуші аэрозольді желім және қабық астына метронидазол мен де-нол дәрілері енгізілген жапсырма пайдаланылды.

Ем нәтижелері кешенді консервативті ем көрсеткіштерінен асып түсті және ол субъективті көрсеткіштер мен эндоскопия әдісімен дәлелденген объективті көрсеткіштердің сәйкестігімен анықталды.

Research objective is the improvement of a clinical course of ulcer at patients with duodenal localization in by means of a combination of local treatment and system immune modulation use.

144 patients with ulcer disease with duodenal defect localization are surveyed.

As local treatment applications of film-forming glue, including with deposition under a film of medical products Metronidazole and De-nol were applied.

Clinical results of the developed treatment exceeded those for complex conservative therapy and were authentic both in respect of normalization of subjective indicators, and at the analysis of objective results dynamic endoscopic inspections.

УДК 614.876+613.9

ЗНАЧЕНИЕ ЭФФЕКТОВ ПОТЕНЦИРОВАНИЯ РАДИАЦИОННЫХ И НЕРАДИАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА**Г.К. Ажмуратова****НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей**

Введение. За последние 10 лет проблеме влияния экологических факторов риска во всех странах мира уделяется повышенное внимание [1]. Это в первую очередь связано с ростом промышленного производства и увеличением объема антропогенных факторов риска, являющихся причиной загрязнения среды обитания человека. Эти процессы в полной мере проявились и в Казахстане, поэтому обеспечение экологической безопасности становится важным компонентом национальной безопасности, оказывающим большое влияние на благополучие и здоровье населения, а также экономическое развитие всех отраслей народного хозяйства [2].

Нужно отметить, что значительно усложняет проблему экологической безопасности имевшее место в прошлом испытание ядерного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне. На территориях, где в настоящее время быстрыми темпами увеличивается промышленное производство, проживает более 700 тысяч лиц, подвергавшихся прямому облучению и их потомки во втором и третьем поколении [3]. Такие демографические нюансы порождают проблему, заключающуюся в том, что значительные контингенты лиц, имеющие радиогенные заболевания, подвергаются дополнительному влиянию нерадиационных техногенных и антропогенных факторов, что в свою очередь усложняет социальные и медицинские мероприятия, направленные на их лечение и реабилитацию [4]. В результате риски нарушения здоровья для этих лиц значительно увеличиваются, в том числе и за счет эффектов их потенцирования [5].

Материалы и методы исследования

Материалами исследования послужили результаты скрининговых, инструментальных и лабораторных исследований населения Шемонахинского и Бородулихинского районов ВКО, подвергавшегося радиационному воздействию и других нерадиационных техногенных и антропогенных факторов риска. Клинико-эпидемиологическому анализу подверглись результаты скрининговых исследований 1 733 лиц, подвергавшихся действию радиационных

факторов риска в эффективной эквивалентной дозе 277,3 мЗв и нерадиационных факторов риска; 902 человека, подвергавшихся действию нерадиационных факторов риска; 625 человек контрольной группы.

Рассчитывались коэффициенты распространенности заболеваний (PR); отношение шансов (ОШ); ERR – радиогенный риск; NR – нерадиационные риски; PR – эффекты потенцирования рисков. С помощью дисперсионного метода статистического анализа и расчета двух- и трех- неравномерных комплексов устанавливался ранжированный вклад изучаемых факторов риска в модификацию уровней заболеваний.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведен эпидемиолого-статистический анализ динамики распространенности уровней заболеваний в основных и контрольной группах за период с 2001 по 2008 год. При этом регистрировались избытки заболеваний различных рубрик в основных группах на 1000 населения в год. Оценивались значения отношения шансов (ОШ), характеризующиеся кратностью превышения регистрируемых уровней конкретных заболеваний в основных группах к ожидаемым в контрольной группе. По 6 рубрикам исследуемых заболеваний получены достоверные превышения уровней над показателями контроля: инфекционным и паразитарным заболеваниями, онкологическим заболеваниями, болезням эндокринной системы, системы кровообращения, дыхания и болезням желудочно-кишечного тракта. С помощью дисперсионного метода статистического анализа рассчитан ранжированный вклад изучаемых факторов риска в модификацию уровней вышеприведенных заболеваний.

Установлено, что наибольший модифицирующий вклад радиогенных факторов риска был зарегистрирован по онкологическим заболеваниям (85,2%), наименьший по инфекционным и паразитарным заболеваниям (26,3%), по остальным 5 рубрикам заболеваний вклад радиогенных факторов риска в увеличение их уровней в среднем составлял 36,9% (таблица 1).

Таблица 18 – Распределение величин рисков, как модифицирующего влияния на увеличение уровней исследуемых заболеваний среди лиц основной группы

Классы, заболеваний	Исследуемые риски								
	Радиогенные риски (ERR)			Нерадиационные риски (NR)			Взаимное потенцирование рисков		
	Уровень риска	% модификации	Дополнительные случаи заболеваний	Уровень риска	% модификации	Дополнительные случаи заболеваний	Уровень риска	% модификации	Дополнительные случаи заболеваний
Инфекционные и паразитарные болезни	0,45	26,3	28,0	0,79	46,1	49,0	0,47	27,6	29,6
Онкологические заболевания	1,45	85,2	105,8	0,17	10,1	12,5	0,14	4,7	5,3
Болезни эндокринной системы	0,87	41,8	59,2	0,46	22,4	31,7	0,74	35,8	50,8
Болезни системы кровообращения, в том числе:	0,71	39,9	108,5	0,43	24,5	66,6	0,65	35,6	96,8
Артериальная гипертония	0,72	39,9	32,0	0,44	24,5	19,6	0,64	35,6	28,5
Ишемическая болезнь сердца	0,63	39,9	18,8	0,40	24,5	11,5	0,56	35,6	16,8
Болезни системы дыхания	0,84	46,8	136,5	0,63	35,1	102,4	0,33	18,1	52,7
Болезни желудочно-кишечного тракта, в том числе:	0,6	34,7	43,5	0,97	51,2	64,2	0,26	14,1	17,8
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	0,67	34,7	12,6	0,98	51,2	18,5	0,27	14,1	5,1
Желчекаменная болезнь и болезни желчевыводящих путей	0,65	34,7	15,4	0,96	51,2	22,7	0,27	14,4	6,3
В среднем по всем классам за год	0,83	45,7	80,3	0,71	31,5	54,4	0,43	22,8	31,6

Величины ранжированного вклада нерадиационных факторов риска по онкологическим заболеваниям (12,5%), заболеваниям эндокринной системы оказались наименьшими и составили 10,1-22,4%, наибольшими по заболеваниям желудочно-кишечного тракта (51,2%) и болезням системы дыхания (35,1%). Модификация изучаемых показателей эффектами взаимного потенцирования оказалась наибольшей для онкологических заболеваний, болезням системы кровообращения – 35,6%. Расчеты дополнительных случаев заболеваний, регистрируемых при действии исследуемых факторов риска показали, что по всем рубрикам заболеваний за год на 1000 населения зарегистрировано 1061,0 случаев. 481,5 дополнительных случаев сформировано при действии радиогенных факторов риска, 326,4 – нерадиационных факторов риска и 253,1 – эффектов взаимного потенцирования рисков.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило установить объемы и характер ранжированного вклада, изучаемых факторов риска в модификацию (увеличение) дополнительных случаев заболеваний среди декретированного населения ВКО.

Эти результаты позволяют предметно разрабатывать и внедрять методы ранней диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди населения, проживающего на территориях, прилегающих к Семипалатинскому испытательному ядерному полигону. Предлагается при разработ-

ке современных методов первичной профилактики экоза-висимых заболеваний среди населения контролируемых районов Казахстана проведение одномоментных сопутствующих мероприятий по охране природной среды от загрязнений и деградации.

Литература:

1. Повышение благосостояния граждан Казахстана - главная цель государственной политики: Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана, г. Астана.- 6 февраля 2008 г.
2. Слаженва Т.И., Айтекенов К.М., Корчевский А.А. Экологические аспекты Президентской стратегии «Казахстан-2030» и их демографическое значение. //Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2000.- № 17. - С. 60-65.
3. Кульжанов М.К., Кадырова Р.Х., Петров П.П., и др. Состояние здоровья и уровень заболеваемости населения республики Казахстан по территориям с учетом влияния комплексных факторов // Здравоохранение Казахстана. – 1994.- № 4.- С.23-25.
4. Mudie N., Gusev B., Pivina L., Shoemaker M., Rijinkova O., Apsalikov K., Swerdlow A.. Sex ratio in the offspring of parents with chronic radiation exposure from nuclear testing in Kazakhstan // Radiation Research.- 2007.- V.168.- P. 600-607.

Қазақстан тұрғындары денсаулықтарын қалыптастыру кезінде радиациялық және радиациялық емес қауіп факторлердің жинақталу эффектілерінің маңызы

Әртүрлі аурулардың таралу деңгейінің ұлғаюына, әртүрлі қауіп факторлердің модификациялық әсерлері мен өзара бірігуін бағалау бойынша зерттеулер жүргізілді. Аурулар көрсеткіштерін модификациялау мен әлеуметтік-маңызды сырқаттардың еселеніп дамуының этиопатогенетикалық механизмі зерттелетін қауіп факторлерінің ранжирленген үлесі бағаланды.

Value of effects of potentiation radiating and not radiating risk factors at formation of health of the population the Kazakhstan

It is carried out research according to modifying influence of times-personal of risk factors and their mutual potentiation on an increase of levels of prevalence of various diseases. The distributed contribution of studied risk factors to modification of parameters for diseases and etopathogenetic mechanisms of formation surplus socially-meaningful diseases is estimated.

УДК 613.9+612.461.232

УСЛОВИЯ ТРУДА И СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФЕССИЙ ПРИ ПОДЗЕМНОЙ ДОБЫЧЕ РУДЫ

А.А. Мусина, А.А. Мамытов, Г.К. Алшынбекова, А.В. Дорошилова, Б. Тоткушев, К. Машин
НЦ ГТ и ПЗ МЗ РК, г.Караганда

Проблема сохранения здоровья трудоспособного населения нашей республики возведена в рамки важнейших государственных задач, крайне важных для обеспечения успешного социально-экономического развития и отражена в программе обеспечения безопасности и охраны труда РК [1]. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения различают профессиональные и производственно-обусловленные заболевания, причинами которых могут быть моно- или полифакторные производственные воздействия. Все чаще появляются больные, у которых нарушение здоровья, связанные с условиями труда, проявляются в виде заболеваний в неспецифических соматических формах. Такие болезни, по докладам экспертов ВОЗ, рассматриваются как производственно-обусловленные, в патогенезе которых «работа» является способствующей причиной [2,3].

Целью работы был расчет профессионального риска с оценкой степени формирования нарушений здоровья у рабочих хромового производства.

Материалы и методы. Объектом исследования были работники мужского пола хромового предприятия РК, которые занимаются добычей руды. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) был проведен по материалам Донского горно-обогатительного комбината за 2005-2007 гг. Для основных профессиональных групп формировалась база данных на круглогодичных рабочих - (всего 1750 чел.). Изучаемые профессии были представлены: проходчиками (класс 3.2), машинистами скреперных лебедок (класс 3.1), машинистами электроваз (класс 3.3) и взрывниками (класс 3.1). Все профессии являются основными в технологии добычи хромовой руды, участвуют в процессе подготовки, бурения и доставки горной массы.

Контрольной группой явились рабочие этого же предприятия, которые по профессиональным маршрутам, никогда не работали в подземных условиях, во вредных цехах и профессиях. Это были лица, в основном слесари, обслу-

живающие административно-бытовые комплексы, класс условий труда которых соответствовал уровню 2 (как допустимый). Условия труда этой группы не превышали установленные гигиенические нормативы и по санитарным требованиям считаются безопасными.

Анализировались материалы фактического состояния условий труда по вредным веществам в воздухе рабочих мест (рабочих зон), микроклимату, шуму, вибрации, освещенности, тяжести и напряженности труда, обеспеченность средствами индивидуальной защиты, эргономики рабочих поз.

Определение уровней здоровья проводилось согласно методике углубленного изучения заболеваемости [4] для круглогодичных рабочих с составлением списков для каждого анализируемого периода (за последние 3-5 лет) с усреднением получаемых показателей.

Отдельно для каждого анализируемого года определяли среднее число заболевших лиц, а именно показатель «индекс здоровья» (ИЗ). Величина ИЗ представляла собой число заболевших лиц к числу всех круглогодичных рабочих (%). Кроме этого, рассчитывали таким же образом число заболевших 1-3 раза (%), число заболевших более 3 раз в году (%).

Интенсивный показатель случаев (ИУ_{сл}) и дней (ИУ_{дн}) нетрудоспособности на 100 рабочих определяли как отношение абсолютного числа случаев заболеваний к числу круглогодичных рабочих и умножают на 100.

Экстенсивные уровни (ЭУ) заболеваемости с ВУТ определяли как отношение числа случаев (ЭУ_{сл}) или дней (ЭУ_{дн}) нетрудоспособности для какой-то выделенной группы заболевших ко всему числу случаев или дней нетрудоспособности, зарегистрированных за полный год.

Расчет относительных рисков (RR) для заболеваний различных классов проводят по формуле:

$$RR = ИУ_{1сл} / ИУ_{ксл},$$

где ИУ_{1сл} интенсивный показатель случаев (дней) нетрудоспособности на 100 рабочих в анализируемой группе;

ИУ_{ксл} интенсивный показатель случаев (дней) в контрольной группе.

Этиологическая доля влияния (EF) определялась в процентах по формуле:

$$EF = [(RR-1) / RR] \times 100$$

Добавочный атрибутивный риск (AR) определяют по формуле:

$$AR = ИУ_{1дн} - ИУ_{кдн},$$

где ИУ_{1дн} - интенсивный показатель случаев (дней) нетрудоспособности на 100 рабочих в анализируемой группе;

ИУ_{кдн} - интенсивный показатель случаев (дней) нетрудоспособности на 100 рабочих в контрольной группе.

Для определения качества полученных данных проводили оценку относительного риска и этиологической доли [5]:

Степень этиологической доли считалась нулевой при RR<1,0;

- малой при 1<RR<1,5 и EF<33%;
- средней при 1,5<RR<2 и EF=33-50%;
- высокой при 2<RR<3,2 и EF=51-66%;
- очень высокой при 3,2<RR<5,0 и EF=67-80%;
- почти полный - при RR>5 и EF=81-100%.

Полученные результаты интенсивных показателей стандартизовали косвенным методом. Для проведения стандартизации с целью исключения влияния возрастных особенности коллективов и профессиональной групп для каждого подразделения разрабатывался стандарт. Стандартизированные показатели анализируемых групп сопоставлялись со стандартизованными показателями контрольной группы с последующим расчетом стандартизованного относительного риска, как отношение стандартизованного показателя группы к стандартизованному показателю группы контроля.

Результаты и их обсуждение.

Как показал анализ, условия труда рабочих группы риска, при подземной добыче хромовой руды, характеризуются присутствием целого комплекса неблагоприятных факторов, превышение которых с учетом профессий представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Условия труда рабочих группы риска

№	профессия	фактор	трудовой процесс	фактические значения	превышение норматива	класс условий труда
1	проходчик	шум	при бурении скважин перфоратором ПП-63	104,6 дБ(А)	14,6 дБ(А)	3.2
		локальная вибрация	в вертикальном направлении на ручке перфоратора при бурении	137,4 дБ	2,8 дБ	3.1
		пыль	при бурении	6,8 мг/м ³	2,8 мг/м ³	3.1
2		тяжесть	перемещение груза вручную	120 кг.	до 30кг.	3.2
			вынужденные наклоны корпуса (более 30°) в смену (к-во)	101-300	51-100	3.1
3	машинист скреперных лебедок	шум	при доставке горной массы	84,7 дБ(А)	4,7 дБ(А)	3.1
4	машинист электровоза К-14	шум	при доставке горной массы	83,3 дБ(А)	3,3 дБ(А)	3.1
		микроклимат	постоянно	11,5 °С	4,5 °С	3.2
5	взрывник	микроклимат	постоянно	11,5 °С	4,5 °С	3.1

Априорная оценка производственных факторов риска у рабочих подземной добычи свидетельствует, что на

ведущих профессиях регистрируются повышенные уровни неблагоприятных факторов, а именно:

- шум (у проходчика, машиниста скреперных лебедок, машиниста электровоза);
- локальная вибрация и пыль (у проходчика);
- неблагоприятный микроклимат (у машиниста электровоза);
- тяжесть труда (у проходчика).

Результаты анализа показали, что среди всех профессиональных групп подземной добычи самый низкий уровень здоровья у машинистов скреперной лебедки ($23,13 \pm 3,48$). При этом, среди машинистов скреперных лебедок был зарегистрирован и наиболее высокий процент часто болеющих лиц ($9,52 \pm 2,42$), превышающих контроль в 5,11 раза, с высоким риском возникновения болезней органов дыхания. Расчет показал, что основные интенсивные показатели состояния здоровья (на 100 работающих) в данной профессии соответствуют уровню «высокий», и наиболее высокий уровень ЗВУТ был зарегистрирован в возрастной группе 50-59 лет (со стажем работы 10-14 лет), а также в возрастной группе 30-39 лет (со стажем работы 10-14 лет). В этой же профессиональной группе была установлена почти полная зависимость заболеваний от условий труда для ряда болезней: для машинистов скреперных лебедок «очень высокий профриск» по болезням органов пищеварения ($RR=3,37$); для машинистов электровозов «очень высокий профриск» по болезням органов пищеварения ($RR=3,37$); для слесарей «очень высокий профриск» по инфекционным и паразитарным заболеваниям ($RR=3,20$); для взрывников «очень высокий профриск» по заболеваниям органов дыхания ($RR=3,40$) (таблица 2).

Для ряда болезней установлена почти полная зависимость заболеваний от условий труда, у которых поте-

ря в днях составляет от 80 до 99 дней на 100 работающих. Так, из таблицы 3 видно, что как до, так и после стандартизации уровень заболеваемости в шахте вдвое превышает аналогичные уровни по профессиям, что оценивается нами оценками «высокий» (2) и «очень высокий» (1).

На основе расчета риска, нами разработана была методика расчета показателя производственно-обусловленных заболеваний для предприятий добычи, обработки и плавки хромовой руды [6].

Для ряда болезней установлена почти полная профессиональная обусловленность, а именно в таких профессиях как: машинист скреперных лебедок – это болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные, заболевания травмы; для машинистов электровозов – это болезни кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы, инфекционные и паразитарные заболевания, травмы, болезни глаз и его придаточного аппарата; для проходчиков – это травмы, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни глаз и его придаточного аппарата, инфекционные и паразитарные заболевания; для взрывников – это травмы, отравления, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, кожи и подкожной клетчатки, уха и сосцевидного отростка, глаз и его придаточного аппарата. Почти по всем профессиям, ежегодно на больничные листы у рабочих подземной добычи хромовой руды, дополнительно приходится от 70 до 99 дней на 100 работающих.

Таблица 3. - Относительный стандартизированный риск развития заболеваний у рабочих занятых подземной добычей руды

Риски	профессии				
	машинист скреперной лебедки	машинист электровозов	проходчики	взрывники	контроль
Стандартизированный уровень	74,86	68,3	60,7	65,81	14,16
Относительный стандартизированный риск	5,28	4,82	4,28	4,647	1
Оценка риска	1	2,93	2	2	6
Уровень нестандартных заболеваний	163	133	108	135	60,48
Оценка случаев	1	2	3	2	5
Показатель ПОЗ	100	17,03	16,67	25	3,333
Уровни риска	очень высокий	Высокий	Высокий	Высокий	Средний

Таким образом, анализ ЗВУТ рабочих группы риска подземной добычи хромовой руды свидетельствует о ее профессиональной обусловленности, что требует проведения целенаправленной профилактики по этиологическим факторам и нозологическим формам.

Кроме этого, эти данные, в дополнение к материалам аттестации рабочих мест обеспечивают доказательность риска и могут служить обоснованием для организационных, медицинских и других мер профилактики, направленных на действенную охрану здоровья этой категории рабочих.

Таблица 2. - Уровни профессионального риска у рабочих подземной добычи хромовой руды

Профессии подземной добычи полиметаллической руды	Общий класс условий труда	Основные показатели состояния здоровья		Индекс здоровья		Уровни профессионального риска по категориям (RR)		
		Возраст	стаж	ИЗ по возрасту	ИЗ по стажу	Очень высокий риск	Заболеваемость по коду МКБ (в случаях и днях)	Структура заболеваемости по коду МКБ (%)
Маш. скреп. леб.	3,2	50-59	10-14	20-29	20 и выше	Органов пищеварения (RR=3,37)	1.Орг. дых (55,1сл. и 373дн.) 2. Травмы (35,4сл. и 366дн.)	1.Орг. дых 43,09% 2.Костно-мышечной 19,15%
Маш. электровоза	3,2	30-39	10-14	60 и выше	15-19	Органов пищеварения (RR=3,37)	1.травмы (29,4сл. и 252дн.) 2.Орг. дых (27сл.и163дн.)	1.Орг. дых 26,67% 2.Костно-мышечной 26,06%
Слесари	3,1	50-59	10-14	20-29	15-19	Инфекционных болезни (RR=3,2)	1.Орг. дых (34,6сл и 232дн.) 2.Травмы (20,4сл и 162дн.)	1.Орг. дых 35,3% 2.Костно-мышечной 19,6%
Проходчики	3,3	30-39	10-14	50-59	20 и выше	Кожи и подкожной клетчатки (RR=3,29)	1.Орг. дых (30,5сл. и 200дн.) 2.Травмы (28,2сл. и 269дн.)	1.Орг.дых 38,71% 2.Костно-мышечной 26,88%
Взрывники	3,2	30-39	15-19	60 и выше	20 и выше	Органов дыхания (RR=3,40)	1.Костно-мышечной (21,2сл. и 133дн.) 2.Орг. дых (31,9сл. и 210дн.)	1.Костно-мышечной 46,7% 2.Орг.дых 29,3%
Общая по шахте		30-39	10-14	-	-	Мочеполовой системы (RR=4,36)	1.Орг. пищеварения (31,5сл. и 221дн.) 2.Травмы (23,2сл. и 214дн.)	1.Орг.дых 27,8% 2.Травмы 20,4%

Литература:

1. Постановление Правительства РК за №67 от 27 января 2005г., Национальная программа достойного труда в РК, 2007
2. Алексеев С.В. Янушанец О.И. Экология человека - системный взгляд на процесс формирования здоровья // Вестник РАМН.- 2002.- №9.- С. 3-6.
3. Афанасьева Р.Ф. Медико-биологические аспекты нормирования и оценки микроклимата: итоги и перспективы дальнейших исследований// Медицина труда и промэкология.- 2008.- №76- С. 48-51.

4. Догле Н.В., Юркевич А.Я. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности.- М.: Медицина, 1984.-167 с.

5. Вуколов Э.А. Основы статистического анализа.- Изд-во «Форум».- Москва.-2008.-464с.

6. Свидетельство о государственной регистрации объекта интеллектуальной собственности на тему «Методологический подход к оценке профессионально-обусловленного риска у работников хромового производства по данным углубленного анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности ИС 03834 за №799 от 18.11.09г.

Уақытша жұмысқа жарамсыздығы анализі бойынша хром кен өндіру барысындағы кәсіпкерлердің кәсіби қауіпі саналды. Алынған мәліметтер олардың кәсіби екендігін көрсетеді, және оларға бағытталған этиологиялық немесе нозологиялық жағынан болсын алдыналу шараларын дәлелдейді.

According to analysis time disability, the relative risk for trades occupied on stages of extraction of chromic ore is calculated. Results testify to its professional conditionality, and allow to prove purposeful measures of preventive maintenance both on etiology to factors, and on nosology to forms.

УДК 613.9+614.3

**РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СПЕЦИАЛИСТОВ
САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ****М.А. Камалиев, Ж.А. Кожекенова*****Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы***

Проведено анкетирование 1152 специалистов санитарно-эпидемиологической службы, из них 244 – г. Алматы, 391 – Алматинской области, 116 – г. Актобе, 171 – г. Тараз, 100 – г. Усть-Каменогорск и 130 сотрудников санэпидслужбы железнодорожного (103) и воздушного (27) транспорта. Выборочные статистические совокупности представлены различными группами, в т.ч. главные врачи и заведующие отделами, отделениями ГСЭН, директоры ЦСЭЭ и их заместители, главные, ведущие специалисты и специалисты ГСЭН, врачи-лаборанты и лаборанты ЦСЭЭ. В ходе исследования изучены: самооценка специалистами состояния своего здоровья, отношение к своему здоровью, а также оценка ими организации лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на укрепление своего здоровья. Так как исследованной профессиональной группой являлись медицинские работники, способные профессионально оценить состояние собственного здоровья, полученные данные могут с достаточной степенью достоверности отражать реальность.

По результатам проведенного исследования, подавляющее большинство респондентов считает свое здоровье удовлетворительным (68,4%). Как «хорошее» его оценили 23,4%, «очень хорошее» – 3,2%, «плохое» – 4,6%; «очень плохое» – 0,4%. В географическом разрезе, более позитивно оценивают состояние собственного здоровья в г. Актобе, а хуже всего – в г. Усть-Каменогорск, где выставлено больше всего отрицательных оценок и вообще отсутствуют оценки «очень хорошо».

Более половины опрошенных (53,3%) указывает на наличие хронических заболеваний, причем особо выделяются такие ответы респондентов в г. Усть-Каменогорск (59,0%) и г. Алматы (58,2%). Структура названной респондентами хронической патологии представлена следующим образом: болезни органов пищеварения (27,8%), органов дыхания (22,8%), мочеполовой системы (20,8%), системы кровообращения (16,7%), болезни эндокринной системы (6,4%), костно-суставной системы (4,4%), уха и сосцевидного отростка (1,1%). Если анализировать заболеваемость по регионам, то болезни дыхания занимают первое место в г. Усть-Каменогорск (47,2%) и г. Тараз (37,2%), что респонденты связывают с нарушением экологической обстановки, вызванной функционированием заводов, которые своими частыми выбросами в атмосферный воздух негативно влияют на их здоровье, вызывая тем самым такие заболевания как тонзиллит, фарингит, ларингит, трахеит, бронхит, аллергические заболевания. В остальных регионах структура заболеваемости сходна с общей структурой.

Оценивая необходимость диспансерного наблюдения, респонденты отметили, что 32,3% нуждаются в диспансерном наблюдении, однако они не наблюдаются. 42,4% считают, что они не нуждаются в диспансеризации, 6,6% наблюдаются в медицинских учреждениях по месту работы, 18,7% – наблюдаются у специалистов специализированных учреждений. При этом, 53,4% регулярно проходят профилактические осмотры, нерегулярно – 38,8%, остальные и вовсе не проходят (7,8%).

Уклонение от медицинских осмотров объясняется невнимательным отношением к своему здоровью и отсутствием контроля за их обязательностью.

Оценивая качество и объем медицинской помощи, почти половина респондентов (45,8%) выразили свою неудовлетворенность. Свою удовлетворенность качеством медицинского обслуживания в определенной мере выразили 51,8% и очень удовлетворены – 2,4%. На первом месте с наибольшим удельным весом неудовлетворенности медицинским обслуживанием г. Усть-Каменогорск (60%), на других местах – г. Алматы (50,4%), г. Актобе (44,9%), специалисты СЭС на транспорте (43,9%), г. Тараз (42,1%), Алматинская область (41,6%). В качестве основной причины недовольства, 26,0% опрошенных, назвали высокие цены на лекарства. Далее следуют: низкий уровень объема и качества оказания медицинской помощи (20,7%), низкая квалификация врачей (19,6%), невозможность получить квалифицированную и специализированную помощь (18,2%) и дороговизна лечения в стационаре (15,6%).

В случае собственного заболевания 17,1% всегда пользуются услугами врачей, почти половина (44,2%) обращаются к врачу лишь тогда, когда считают это целесообразным, чаще всего занимаются самолечением (38,7%). Самолечение наиболее распространено среди специалистов г. Актобе (50,0%), г. Усть-Каменогорск (48,0%), г. Алматы (43,0%), указывая основной причиной и так низкую зарплату в случае взятия листа нетрудоспособности. Листком нетрудоспособности в случае болезни пользуются всего 21,7% опрошенных, а 78,3% его не используют, называя основными причинами: повышенное чувство ответственности и долга (42,8%); неполная оплата больничного листа в связи с небольшим стажем работы (19,4%); несерьезное отношение к своему здоровью (17,6%); отрицательное отношение руководства (13,1%); нечем заменить (7,1%).

Основными факторами, оказывающими отрицательное воздействие на состояние их здоровья, по мнению специалистов санэпидслужбы, являются физическое, психоэмоциональное напряжение, которые испытывает на работе в той или иной степени каждый пятый специалист (23,1%) и недоступность профилактория, спортивно-оздоровительных комплексов (20,0%) и нерегулярное и не качественное питание (13,5%). В числе других причин названы: невозможность получения квалифицированной и специализированной помощи (11,9%), плохие условия труда (10,7%), частые выходы на работу в выходные и праздничные дни (6,8%), конфликтная обстановка в коллективе, частые стрессы (5,3%), плохие жилищные условия (4,2%), вредные привычки (2,5%), неблагоприятный психологический климат в семье (2,0%).

Анализ неблагоприятных факторов, по сведениям специалистов службы разных городов, показал, что наличие физических и психоэмоциональных перегрузок отмечают чаще специалисты СЭС на транспорте (29,2%) и Алматинской области (23,9%), недоступность профилактория, спортивно-оздоровительных комплексов – в г. Усть-Каменогорск (24,1%) и г. Алматы (22,1%) (табл. 1).

Таблица 1 – Факторы, оказывающие отрицательное воздействие на состояние здоровья специалистов санитарно-эпидемиологической службы, %

Перечень факт оров	г. Алматы	Алматинская область	СЭС на транспорте	г. Актобе	г. Тараз	г. Усть-Каменогорск	Всего
Плохие условия труда	7,3	13,8	11,0	8,6	11,7	7,6	10,7
Плохие жилищные условия	5,0	4,8	2,6	4,9	3,2	2,4	4,2
Некачественное и нерегулярное питание	14,8	12,6	14,6	10,9	13,5	15,1	13,5
Невозможность получить квалифицированную специализированную помощь	9,0	13,8	13,3	13,2	9,7	12,7	11,9
Физическое, психоэмоциональное напряжение на работе	22,1	23,9	29,2	23,3	19,0	21,6	23,1
Частые выходы на работу в выходные и праздничные дни	8,2	3,7	3,6	9,8	12,7	5,7	6,8
Конфликтная обстановка в коллективе, частые стрессы	6,9	4,3	1,9	6,8	6,0	6,5	5,3
Вредные привычки	2,3	2,6	4,8	1,5	2,5	0,8	2,5
Недоступность профилактория и спорт. - оздоровит. мероприятий	22,1	18,3	16,0	20,0	21,1	24,1	20,0
Неблагоприятный психологический климат в семье	2,3	2,1	2,6	1,1	0,7	3,3	2,0

Отрицательное влияние на состояние здоровья частых выходов на работу в выходные и праздничные дни особенно выделяют специалисты г.Тараз (12,7%) и г. Актобе (9,8%). На роль плохих условий труда в большей степени указали респонденты Алматинской области (13,8%) и санэпидслужбы на транспорте (11,0%). Плохие жилищные условия отмечают специалисты г. Алматы (5,0%) и г. Актобе (4,9%) и некачественное и нерегулярное питание выделяют в ответах опрошенных г. Усть-Каменогорск (15,1%) и г. Алматы (14,8%). Помимо не правильного питания, на людей действует комплекс неблагоприятных внутренних и внешних факторов, таких как ускоренный ритм работы, неблагоприятная экологическая ситуация, быстрое питание, сухоедение, наследственность, половые различия, стрессы и т.д. В г. Алматы (6,9%) и г. Актобе (6,8%) лидируют показатели конфликтных обстановок в коллективе, что приводят к стрессам. Считают, что отрицательное воздействие на здоровье оказывают вредные привычки сотрудники службы на транспорте (4,8%) и Алматинской области (2,6%). Самый низкий показатель среди факторов, это неблагоприятный психологический климат в семье (2,0%).

Учитывая, что здоровье медицинских работников в определенной мере зависит от организации их отдыха, выяснено проведение последних отпусков сотрудниками. Как правило, проводили свой отпуск по месту жительства

(дома) 71,0 % сотрудников СЭС. Доступность проведения отпуска в домах отдыха и санаторно-курортных учреждениях невысока. За последний год путевки на санаторно-курортное лечение приобретали только 8,2% респондентов. В туристических поездках смогли побывать 3,6% респондентов. Каждый седьмой (14,6%) проводил отпуск в деревне, на даче. Другие (2,6%) использовали отпуск для ремонта квартиры, временной подработки и т.д.

Как известно, рациональная организация питания имеет большое значение в сохранении и поддержании здоровья человека. Условия и режим работы специалистов службы не всегда позволяют им правильно организовать процесс питания. 72,3% респондентов отметили, что для них практически не существует режима отдыха, труда и питания. Большинство сотрудников преимущественно питаются дома и в столовой (54,9%), только дома - 41,8% и 3,3% только в местах общественного питания.

Учитывая отмеченное респондентами негативное влияние нерегулярного и некачественного питания на здоровье, было предложено оценить организацию своего питания: регулярность, разнообразие блюд, наличие в рационе овощей и фруктов, мясных, рыбных и молочных продуктов. Полученные результаты показывают, что в целом по всем перечисленным позициям респонденты оценили свое питание как удовлетворительное.

Таблица 2 – Оценочная характеристика организации питания специалистов санитарно-эпидемиологической службы, %

Показатели питания	Оценка питания					Итого
	очень хорошо	хорошо	удовлет-но	плохо	очень плохо	
Достаточность питания	11,2	40,8	44,3	3,0	0,7	100
Регулярность питания	9,8	39,0	45,1	5,5	0,6	100
Разнообразие блюд	9,0	36,5	46,9	6,6	1,0	100
Наличие овощей, фруктов	11,7	36,2	42,2	8,9	1,0	100
Наличие мясных продуктов	12,9	39,2	40,5	6,5	0,9	100
Наличие рыбных продуктов	4,0	21,1	37,6	27,8	9,5	100
Наличие молочных продуктов	10,3	32,4	37,4	16,7	3,2	100

Как видно из табл. 2, оценки «очень хорошо» и «хорошо» в сумме превышают оценки «плохо» и «очень плохо», за исключением рыбных продуктов, на недостаток в рационе которых указали 37,3% респондентов. Несмотря на отмеченную большинством (96,3%) достаточность питания, отмечают оценками ниже удовлетворительной разнообразие в рационе – 7,6%, наличие овощей, фруктов – 9,9%, мясных продуктов – 7,4%, рыбных продуктов – 37,3%, молочных продуктов – 19,9%.

Как показало изучение образа жизни, пристрастие к курению отметили 17,5% респондентов. 3/4 специалистов (69,3%) употребляют спиртные напитки, остальные не употребляют совсем (26,8%) и раньше употребляли, сейчас бросили (3,9%). Употребляют очень редко, по праздникам 68,1%. Умеренно (один раз в неделю) употребляет алкоголь 6,9% опрошенных. Часто употребляющих алкоголь (2-3 раза в неделю) оказалось 0,6%.

В ходе исследования было изучено отношение специалистов службы к занятиям спортом: 71,1% опрошенных не имеют никакого активного отношения к спорту. Оздоровительной физкультурой (бег, зарядка) занимаются 27,3%, профессиональным спортом – 1,6% соответственно. В прошлом занимались спортом 20,7%. Спортсменами не являются, но хотели бы заниматься 39,5%, причинами большинства респондентов назвали отсутствие свободного времени и средств, для посещения спортивно-оздоровительных комплексов. Желание женщин (91,5%) заниматься спортом более выражено, чем у мужчин (8,5%).

Для продуктивной работы и долгой активной жизнедеятельности большое значение имеет то, как человек восстанавливает свои силы. Нами проведено изучение использования врачами вне рабочего времени. Анализ показал, что уделяют семье, домашним делам, досугу 1-2 часа 10,2% респондентов, 3-4 часа – 54,6%, 5 часов и более –

28,5% специалистов. У 6,7% респондентов на это отсутствует время.

При анализе организации досуга врачей выяснено, что в своем большинстве респонденты предпочитают в свободное время смотреть телепередачи (25,5%), общаться с детьми (18,5%), с друзьями (15,7%) и чтение литературы (15,4%) (табл. 3).

Врачи, имеющие подсобное хозяйство (15,7%), расходуют свободное время, как правило, на садово-огородных участках. 4,6 % респондентов для проведения свободного времени предпочитают активный отдых за городом.

Занятия физической культурой и спортом не являлись приоритетным видом проведения досуга (1,8%), также как и посещение театров, кинотеатров (1,2%). Занятия творчеством является предметом увлечений еще меньшего числа специалистов (1,0%). Общественно-политической деятельностью во вне рабочее время занимаются 0,6 % опрошенных.

Таблица 3 – Проведение досуга специалистами санитарно-эпидемиологической службы, %

Виды досуга	г. Алматы	Алматинская область	СЭС на транспорте	г. Актобе	г. Тараз	г. Усть-Каменогорск	Всего
Чтение литературы	16,8	14,5	13,8	13,6	16,6	16,9	15,4
Просмотр телепередач, кинофильмов	23,5	26,5	21,3	27,3	26,1	28,7	25,5
Общение с друзьями	15,2	16,1	13,8	17,1	16,8	14,2	15,7
Общение с детьми	16,8	19,0	17,6	19,0	20,1	18,9	18,5
Физкультура и спорт	1,9	2,2	2,2	1,3	1,7	0,7	1,8
Творческие занятия	1,0	0,7	3,0	0,9	0,4	0,7	1,0
Отдых за городом	7,9	2,6	5,9	4,4	3,9	3,4	4,6
Ведение домашнего, подсобного хозяйства	13,9	17,0	21,6	14,0	3,6	7,8	15,7
Посещение театра (кинотеатра)	2,3	0,7	0,3	1,6	1,0	0,7	1,2
Общественная деятельность	0,7	0,6	0,5	0,6	0,8	0,3	0,6

Среди основных негативных причин, мешающих организации и проведению досуга, сотрудники службы ссылались на ограниченность финансовых средств (27,4%), усталость после работы (24,8%) и на недостаток свободного времени (22,1%). Необходимость заниматься воспитанием детей (5,9%) и собственная пассивность (5,7%) чаще наблюдается у женщин, так как чаще посвящают себя семье и детям, чем мужчины, не обремененных этой заботой.

В качестве причин, мешающих отдыхать так, как бы хотелось, перечислены: отдаленность места жительства от учреждений культуры и их отсутствие, необходимость заниматься домашними, подсобными делами, неумение организовать свое свободное время, неблагоприятный психологический климат в семье. Анализ причин, мешающих проведению свободного времени в разрезе пола, показал, что женщины испытывают нехватку свободного времени в большей степени (68,7%), чем мужчины (31,3%), также женщины чаще ссылаются на недостаток денежных средств (71,1%), чем мужчины (28,9%).

Неправильно организованное или неэффективно проведенное свободное время приводит к накоплению отрицательных эмоций, проявлениям необоснованной раздра-

жительности и повышенной утомляемости, что в конечном итоге может привести к снижению работоспособности и негативно сказаться на здоровье. Результаты опроса о наличии у респондентов стресса на работе и его проявлениях показали, что стресс испытывают 86,0%. Стресс проявляется в виде плохого настроения у 45,4% специалистов, головной боли – у 25%, повышенного артериального давления (12,0%), сонливости, апатии (3,6%).

Таким образом, проведенный опрос специалистов санитарно-эпидемиологической службы показал в целом, что физическое и психоэмоциональное напряжение на работе, недоступность профилакториев и спортивно-оздоровительных комплексов, нерегулярное питание и отсутствие условий и средств для организованного отдыха являются основными причинами распространения среди них хронических заболеваний. Представленные данные диктуют необходимость проведения целенаправленных, научно-обоснованных мероприятий по охране здоровья и оптимизации условий профессиональной деятельности, рациональному режиму труда и отдыха работников службы, снижению уровня заболеваемости, и, следовательно, повышению производительности труда лиц, занятых в этой отрасли.

Санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау қызметінің мамандарының өзін-өзі бағалау әдісі бойынша денсаулығы бағаланды. Қызметкерлердің арасында жұмыста физикалық және психоэмоционалды тозығуы, ретсіз тамақтануы, профилакторилерге және спорттық-сауықтыру комплекстеріне қаржының жетіспеушілігі және т.б. мәселелер созылмалы аурулардың таралуына әкеліп соғады.

Sanitary-epidemiology of the service has shown in safe that physical and nut emotional voltage on work, inaccessibility профилакториев and athletic-sanitary complex, irregular feeding and absence of the conditions and facilities for organized rest are a main reason of the spreading amongst them chronic diseases.

УДК 574.38:678

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПОЛИМЕРНОЙ ИНДУСТРИИ В ИНТЕРЕСАХ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯО.Д. Доронина¹, А.Г. Иванова², Т.И. Белихина³, Г.А. Берекенова⁴¹*Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина, РФ;*²*Кафедра устойчивого инновационного развития, Международный университет природы, общества и человека «Дубна», РФ;*³*НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей, Казахстан*⁴*Государственный медицинский университет г.Семей, Казахстан*

В сложных и резко меняющихся условиях современного мира требуется разработка новых стратегических подходов, позволяющих комплексно решать проблемы с учетом факторов, влияющих на изменения социально-экономических и экологических процессов развития общества.

При развитии экологически безопасного промышленного производства чрезвычайно важен поиск необходимого баланса между потребностями промышленности в потреблении сырья, энергии, размещении отходов производства, включая выбросы и сбросы в процессе изготовления продукции, и потребностями населения стран СНГ.

Переориентировать экономику стран СНГ на инновационный путь развития возможно только при наличии долгосрочной стратегии, сочетающей направления политики с экономически, социально и экологически устойчивым развитием, главная цель которого заключается в постоянном улучшении уровня жизни и повышении благосостояния настоящего и будущего поколений страны.

Принимая во внимание, что в условиях единого глобального пространства деятельность, осуществляемая бизнесом, особенно транснациональными компаниями, оказывает значительное антропогенное давление на окружающую среду, необходимо разделять экономическое развитие бизнеса и ущерб от его деятельности для здоровья человека и состояния экосистем.

Как показывает европейский и мировой опыт, наиболее совершенными инструментами поддержки развитию экологически безопасной промышленной деятельности является управление окружающей средой на основе анализа «жизненного цикла» продукции, а также технического регулирования на основе наилучших доступных технологий (НДТ), учитывающих отраслевые особенности.

На современном этапе развития одной из перспективных отраслей народного хозяйства является полимерная индустрия. В настоящее время основная масса полимерной продукции производится из синтетических пластмасс.

В течение последних десятилетий темпы роста мирового потребления полимерных материалов опережают темпы роста их мирового производства. Имея очень ценное свойство принимать практически любую форму, полимеры стали высоко потребляемым продуктом. Сегодня они являются основным конструкционным материалом, наравне с металлами, сплавами, деревом, а также являются незаменимым материалом для производства изделий, широко используемых в быту.

Главным преимуществом полимерных материалов является их широкое применение в качестве сырья для различных областей промышленного производства, что способствует сохранению и рациональному использованию природно-ресурсной базы социально-экономического развития, тогда как к их недостаткам можно отнести: огромное накопление полимерных от-

ходов, не перерабатываемых экосистемой; стойкость к разложению во внешней среде; сложность утилизации; экологически вредные технологии производства.

В странах СНГ, как и в мире в целом, отмечается стремительный рост потребления полимерных материалов, вызванный, в основном, развитием строительной, транспортной, пищевой и упаковочной индустрии, сферы услуг, сельскохозяйственного производства и медицины.

Выгоды от использования полимерного сырья для изготовления тары и упаковки заключаются в следующем: ресурсо- и энергосбережение; простота обработки; возможность приспосабливаться к серийному и мелкосерийному производству; устойчивость к разбиванию, эластичность и амортизирующие свойства, что снижает количество повреждений в ходе хранения и транспортировки; эстетические свойства; устойчивость к воздействию химических веществ. Например, пластмассовая упаковка позволяет вдвое уменьшить производственные затраты и потребление энергии и на 150% снизить объем отходов.

В последние годы в большинстве экономически развитых стран характерна четкая тенденция увеличения отходов полимерной продукции.

Так, в ближайшие 10 лет в России прогнозируются опережающие темпы роста производства и потребления полимерной продукции, по сравнению с темпами роста промышленного производства. Это приведет к обострению экологических и экономических проблем, обусловленных накоплением дополнительных объемов полимерных отходов.

Очевидно, что решение данной проблемы только директивными методами не может быть эффективным, так как для этого требуется комплексный подход и действенные системы управления, позволяющие достичь высокого уровня защиты населения России и Казахстана от загрязнения окружающей среды обитания.

Система управления окружающей средой – это новая концепция управления производством и обществом по целям, критериям, приоритетам и мотивам развития социоприродных процессов. Такой метод управления позволяет компаниям или организациям эффективно приводить управленческие процедуры в соответствие целям устойчивого развития, при этом, не подвергая риску конкурентоспособность бизнеса. Для работы в едином глобальном пространстве необходимо применять унифицированные механизмы управления деятельностью.

Одним из таких механизмов является серия ИСО 14000 – это ряд стандартов, разработанный Международной Организацией Стандартизации (ISO) для того, чтобы представить рамки, признанные на международном уровне, для управления окружающей средой, проведения мониторинга, оценки и аудита. Стандарты ИСО 14000, так называемые «Стандарты экологического менеджмента», не устанавливают конкретных нормативных показателей, но вместо этого обеспечивают

компании и организации инструментами оценки и контроля воздействия на окружающую среду, обусловленного их деятельностью, производством продукции или услуг, в том числе позволяют оценивать существующие и возможные риски, разрабатывать схемы по совершенствованию деятельности предприятия.

Стандарты серии ИСО 14000 касаются следующих вопросов: системы управления окружающей средой; экологического аудита, маркировки товаров и услуг; оценки экологических показателей; оценки жизненного цикла продукции.

Оценка «жизненного цикла» продукции – это процесс оценки воздействий, оказываемый продукцией на окружающую среду в течение всего периода своей «жизни». Такая оценка проводится для изучения совокупных факторов риска воздействия на окружающую среду человека при производстве продукции, использовании самой продукции, и при её утилизации, когда продукция становится отходом. По результатам оценки риска отдельных этапов «жизненного цикла» осуществляется анализ жизненного цикла продукции, т.е. комплексный анализ факторов риска «от колыбели до могилы» продукции. Ключевыми элементами оценки «жизненного цикла» продукции являются: выявление и измерение антропогенной нагрузки, в том числе, потребление энергии и сырья, выбросы, сбросы и образующие отходы; оценка потенциальных воздействий этих нагрузок на здоровье человека и состояние окружающей природной среды; оценка эффективности имеющихся вариантов действий для уменьшения негативных воздействий.

Управление окружающей средой, в соответствии со стандартами ИСО 14000, позволяет компаниям наладить более экономичное производство (благодаря уменьшению расходов энергии, сырья, материалов), повысить качество выпускаемой продукции, внедрить наиболее доступные технологии переработки и утилизации отходов и, в конечном счете, деятельность компании становится более экономичной. Такая практика управления широко используется в странах ЕС, США, Японии, Китае. Однако российские и казахстанские компании постепенно приходят к осознанию целесообразности управления своей деятельностью, в соответствии с требованиями ISO 14000.

Учитывая, что управление окружающей средой является действенным механизмом не только достижения целей устойчивого развития, но и снижения экологических нагрузок на среду обитания человека, для повышения эффективности такой системы управления целесообразно использовать следующие меры:

1. инвестиции в научно-технические инновации должны больше фокусироваться на решении проблем устойчивого развития;

2. правовое регулирование в долгосрочной перспективе должно включать оценку потенциальных экономических, экологических и социальных факторов риска здоровью и благосостоянию населения;

3. цены на продукцию должны отражать, наряду с экономическими затратами, и природоохранные расходы, что приведет к формированию рынка товаров и услуг, наименее безопасного для окружающей человека среды, а также будет способствовать изменению поведения потребителя;

4. управление отходами должно основываться на анализе «жизненного цикла» продукции;

5. осуществлять систематический диалог с потребителями, активное общение с которыми поможет вовлечь деловые и промышленные круги в решение про-

блем по минимизации совокупных факторов риска вследствие возрастающей антропогенной нагрузки.

Динамично возрастающая потребность рынка в полимерной продукции обуславливает необходимость разработки мер по снижению негативного воздействия полимерных отходов. Например, основной задачей Европейского Союза в области управления отходами является охрана здоровья человека и окружающей среды от вредного воздействия, вызванного сбором, транспортировкой, переработкой, хранением и уничтожением отходов. Согласно Рамочной Директиве по управлению отходами (2006/12/ЕС от 05.04. 2006 г.), политика ЕС ставит целью стимулировать экологически приемлемые методы обращения с отходами.

Европейское законодательство устанавливает подробные правила для управления отходами, производимыми предприятиями, как для традиционных отходов (рециклинг, размещение на полигонах, сжигание и т.д.), так и для определенных специфических типов отходов (радиоактивные вещества и отходы полимерной продукции, отходы, образующиеся в результате особой промышленной деятельности). Все больше управление отходами рассматривается как одна из стадий «жизненного цикла» продукции.

Во многих странах ЕС созданы системы возврата, сбора и восстановления упаковочных отходов и приняты меры, направленные на стимулирование использования вторичного сырья в качестве новой ресурсной базы. Например, Германия, в целях стимулирования переработки упаковочных отходов и предотвращения засорения территорий различными видами упаковок от напитков, ввела депозит на все экологически вредные виды таких упаковок, в частности на пластиковые бутылки. Депозиты подлежат возврату после того, как упаковочная тара поступает в точки переработки, например в супермаркеты. С момента введения депозита, данная проблема в Германии просто перестала существовать.

В настоящее время рециклинг является одним из наиболее динамично развивающихся направлений переработки отходов полимерных материалов в мире. Однако для России и стран СНГ это направление является достаточно новым, хотя интерес к получению дешевых ресурсов, которыми являются вторичные полимеры, весьма ощутим.

Более того, для решения проблемы утилизации упаковки из полимеров, в течение последних 30 лет активно ведутся исследования по созданию саморазлагающихся полимерных материалов, за счет введения в полимерную матрицу различных модификаторов, как правило, растительного происхождения, чаще всего крахмала. Упаковка из таких полимерных материалов по своим свойствам должна соответствовать следующим требованиям: минерализация (свойства материала поглощаться почвенными микроорганизмами и полностью перерабатываться ими в воду, углекислый газ и биомассу); разрушение (свойства материала распадаться в почве на почти невидимые невооруженным взглядом фрагменты); безопасность (отсутствию экологически вредных продуктов распада и остаточной субстанции).

Принимая во внимание, что сырьем для производства полимерной продукции в основном являются синтетические материалы, полимерную индустрию следует рассматривать как одну из ресурсосберегающих отраслей хозяйственно-экономической деятельности в интересах устойчивого развития. В то же время острейшая проблема современности, какой являются отходы полимерной продукции, требует безотлагательного реше-

ния, и разработки эффективных мер по снижению негативного воздействия полимерных отходов на окружающую человека среду.

Для этих целей необходимо создать эффективную систему передачи и внедрения наилучших доступных технологий для переработки и утилизации отходов полимерной продукции, в первую очередь это касается тары и упаковки. Кроме того, активнее использовать инновационные технологии, в частности, нано и биотехнологии, для решения проблемы полимерных отходов, что будет способствовать изменению качественных показателей в процессе «жизненного цикла» полимерной продукции и, в свою очередь, снизит антропогенную нагрузку на объекты окружающей среды и организм человека.

Макалада ТМД елдерінің тұрақты жетілу мүдделері үшін, полимерлік индустрияның қазіргі заманға сай экологиялық қауіпсіздік мәселелері талқыланады. Қоршаған ортаның ластануымен, оның кәсіби топтар мен деакретирленген тұрғындардың денсаулықтарына әсер етуіне байланысты проблемалар және оларды жоюға көп назар аударылады.

The paper discusses the current problems of environmental safety of the polymer industry for sustainable development of the CIS countries. Emphasis is placed on the problems and overcome them related to environmental pollution, its effects on the body of professional groups and decreed the population.

Учитывая, что одним из действенных механизмов управления является правовое регулирование, целесообразно адаптировать международный опыт по рациональному управлению отходами и привести в соответствие отечественные и европейские законодательные инициативы в данной области.

Литература:

1. Хотунцев Ю.Л. Экология и экологическая безопасность: Учеб. пособие. М.: АCADEMA, 2002
2. Константинов В. М. Охрана природы. М.: Издательский центр «Академия», 2000.
3. Киселёв В.Н. Основы экологии: Учеб. пособие/ В.Н. Киселёв. - М.: Высшая школа, 2002. - 383с.

УДК 616-056.3-576.895.42-617.711

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К КЛЕЩАМ РОДА DEMODEX

И.А. Тригуб, Ф.Ф. Ягофаров, Н.С. Шакенова

Государственный медицинский университет г.Семей

Микроскопические клещи рода Demodex широко распространены во всем мире и являются этиологическим фактором возникновения заболевания – демодекоза, который проявляется в виде блефароконъюнктивитов, кератитов и розовых угрей [1,2]. У человека паразитируют два вида клещей-железниц: D. folliculorum (Simon, 1842) длинная форма, обитающая в волосяных фолликулах, и D.brevis (Akbulatova, 1963) короткая форма обитающая в сальных железах. Клещи питаются содержимым клеток эпителия придатков кожи, сальных желез, лимфой и проходят 15 дневный цикл развития, включающий яйцо, прото- и дейтонимфу и половозрелых особей - самца и самку. Эти клещи строго специфичны и живут только на своем хозяине и не передаются от животных человеку[3]. Несмотря на широкое распространение демодекоза (клещи обнаруживаются примерно у 30% взрослого населения) многие вопросы патогенеза остаются неясными. Демодекоз это паразитарное заболевание, в развитии которого большую роль играет иммунная система. Многие авторы отмечают, что снижение активности иммунной систему способствует инфицированию и клиническим проявлениям демодекоза [2,4]. Эти изменения необходимо подтвердить лабораторными данными, поэтому разработка иммунологических методов для подтверждения роли иммунной системы в патогенезе является актуальной задачей. Так, высказанная теория участия аллергических реакций по типу ГЗТ в развитии демодекоза требует дальнейшего исследования [4]. В современной аллергологии для выявления этиологии заболевания широко используются аллергические кожные пробы и провокационные тесты in vivo. Данные методы диагностики наиболее информативны, но имеют ряд противопоказаний и не безопасны для пациентов. Доступные методы

лабораторной диагностики аллергии in vitro такие как, реакция лейкоцитоза, непрямой тест дегрануляций тучных клеток, тест дегрануляции базофилов и другие реакции, несмотря на свою простоту имеют низкую диагностическую ценность. Реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) требует специальных реактивов, капилляров, микроскопов и она достаточно трудоемкая. Прямых аналогов способа диагностики сенсibilизации при демодекозе с использованием лабораторных методов исследования в доступной литературе нами не было найдено.

Цель работы: разработка экономичного, высокоинформативного и достоверного способа диагностики сенсibilизации к клещам рода Demodex in vitro.

Материалы и методы.

Всего было обследовано 125 больных, из них 62 с неосложненным и 63 больных с осложненным демодекозом блефароконъюнктивитом (у этой группы больных отмечалось гнойное инфицирование и аллергические реакции). Среди обследованных мужчин было 29, женщин - 96 человек в возрасте от 25 до 54 лет, с длительностью заболевания от 2-х месяцев до 10 лет. Для выявления клещей эпилировали по четыре ресницы с каждого века. Нативный препарат с ресницами микроскопировали в капле глицерина (увел. х 80). У всех обследованных больных содержание клещей на 16 ресницах составляло от 15 особей и более.

Антиген из клещей получали путем сбора клещей под микроскопом при помощи тонких препаратальных игл в физиологический раствор. Проводили трехкратное замораживание и размораживание аллергена с последующей экспозицией в течение 7 дней в холодильнике при 4С. Стандартная доза содержания белка в демодекозном антигене составила 0.00006г белка в 1 мл.

Нами была разработана модернизированная методика определения скорости оседания эритроцитов (М-СОЭ) в присутствии демодикозного антигена.

Для сравнительного контроля диагностической ценности предложенного способа ставили РТМЛ по стандартной методике с демодикозным антигеном и определяли индекс РТМЛ. Контролем служили пробы крови, полученные у 20 здоровых лиц.

Исследования проведены в иммунологической лаборатории МЦ ГМУ г.Семей.

Результаты и обсуждение.

Таблица 1. - Результаты М-СОЭ и РТМЛ у больных демодикозом

Группы обследуемых	n	Данные реакций*			
		Полож.	%	Отриц.	%
1 группа	62	44/29	70,9/46,8	18/33	29,1/53,2
2 группа	63	50/37	79,4/58,7	13/16	17,5/41,3
здоровые	20	-	-	-	-

*первые цифры данные М-СОЭ, вторые - РТМЛ

Как видно из таблицы 1 результаты обследования больных демодикозом 1 группы разработанным нами методом положительная реакция отмечалась в 44 (70,9%) случаях. Положительные данные РТМЛ отмечался у 29 (59,7%) обследованных больных. Во второй группе обследуемых у 50 (79,4%) больных отмечалась положительная реакция М-СОЭ с демодикозным антигеном, а РТМЛ у 37 (58,7%). В то же время у здоровых лиц реакции М-СОЭ и РТМЛ с демодикозным антигеном были отрицательными со всеми образцами крови.

Таблица 2. - Результаты М-СОЭ и РТМЛ у больных осложненным демодикозным блефароконъюнктивитом в зависимости от длительности заболевания

Длительность заболевания	Число больных	Данные реакции*			
		Полож.	%	Отриц.	%
До года	16	9/4	56,2/25,0	7/12	43,8/75,0
1-5 лет	35	30/24	85,7/68,6	5/11	14,3/31,4
Свыше 5 лет	12	11/9	91,7/75,0	1/3	8,3/25,0

*первая цифра- данные М-СОЭ, вторая -РТМЛ

Положительные результаты М-СОЭ и РТМЛ увеличивались в зависимости от длительности заболевания, и достигала максимума у больных более 5 лет. Сравнительный анализ показал, что количество положительных реакций в М-СОЭ превышало таковые в РТМЛ у больных со сроком заболевания до года в 2,25 раз, до 5 лет в 1,25 раз и свыше 5 лет в 1.22 раза.

Таким образом, предложенный способ лабораторной диагностики может быть использован для выявления сенсibilизации клещами больных демодикозом. Частота сенсibilизации у клещам у больных демодикозом увеличивается в зависимости от длительности заболевания.

Все больные при осмотре предъявляли жалобы на резь в глазах, чувство инородного тела за веками, зуда, выпадение ресниц, отделяемого в уголках глаз. Кроме этого, больные второй группы жаловались на наличие гнойного отделяемого. У 44 пациентов (69,8%) этой группы отмечались аллергические проявления на коже век и конъюнктивы; 38 (60,3%) больных длительное время применяли местно глюкокортикоиды и антибиотики.

Данные М-СОЭ и РТМЛ с демодикозным антигеном представлены в таблице №1.

Возможно, длительная персистенция клещей в волосяном фолликуле и сальной железе длится до определенного периода, когда критическая масса клещей из этих элементов кожи прорывается в организм и начинает интенсивно контактировать с иммунокомпетентными клетками, что приводит к изменению в иммунном статусе.

Нами проведен анализ данных М-СОЭ и РТМЛ в зависимости от длительности заболевания у больных с осложненным демодикозным блефароконъюнктивитом (табл.2)

Литература:

- 1.О.Е Акилов, И.А Власова, С.В Казанцев. Особенности иммунного ответа у больных дерматозами, осложненными тяжелой инвазией антропофильных клещей рода *Demodex*. Иммунология №1. 2002г. 43-47стр.
2. Коган Б.Г. Клинико-иммунологические особенности, диагностика и лечение демодикоза. Автореф.канд. дисс. Киев, 1995 г., с.23
3. Полунин Г.С., Полунина Е.Г., Забегайло А.О., Гутова В.П. Особенности клинического течения блефароконъюнктивальной формы сухого глаза при демодеккозе. Вестник офтальмологии - 2008.- № 2 с.35-39
4. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. М., Медицина, 1988.-287стр.

Laboratory diagnostic of the sensitisation to the demodex mites

И.А. Тригуб, Ф.Ф. Ягофаров, Н.С. Шаменова

Method of the sensitization diagnostic to *Demodex* mites with using of created modified ESR (more effective than leucocytes migration breaking reaction) was offered. Increasing of sensitization to the mites due to the disease's period increasing was revealed.

Demodex тобындағы кенелерге лабораторлы диагностика сенсibilизациясы

I.A.Trigub, F.F. Jagofarov, M.S. Shakenova

Demodex тобының кенелерінің сенсibilизациясын анықтауға арналған модифицирленген ЭТЖ реакциясы ұсынылды, бұл реакцияның диагностикалық маңыздылығы ЛМТР-ден жоғары болды. Демодикоз ауруының созылмалы жүруі кенелерге сенсibilизацияны жоғарлатады.

УДК 616-002.5:312.6

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, З.Д. Маликова, Г.М. Бельдеубаева,****А.С. Шаменко, Д. Джумагулова****Государственный медицинский университет города Семей**

Период длительного снижения и стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом в последнее десятилетие сменился повсеместным увеличением заболеваемости (1-3). При сложившейся обстановке закономерен рост заболеваемости детей и подростков.

Целью настоящего исследования явилось изучение социальной и клинической структуры впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания детей и подростков.

Материалы и методы.

Материалом служили 60 больных, (детей и подростков) страдающих различными формами туберкулеза органов дыхания.

Программа исследования включала: анкетирование, клиническое обследование, общий анализ крови, мочи, бактериоскопию и посев мокроты с определением лекарственной чувствительности и рентгенологическое исследование.

Результаты и обсуждение.

Среди больных преобладали девушки, составлявшие 65,0% (39 чел.) от всех больных. Из 60 человек лица от 1 до 15 лет составили 20,0%, 15-17 лет – 66,0%, лица старше 18 лет составили-13,3% случаев. Как видно из вышеизложенных данных, заболевают туберкулезом чаще подростки в возрасте 15-17 лет составившие 66,0% от всех больных. По социальному составу среди заболевших учащиеся составили 53,3%, а на втором месте школьники – 33,3%, а на 3-м месте студенты, составившие 13,3%. Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная – 81,6%, а из других – очаговый туберкулез составил - 10,0%, диссеминированный – 0%, первичный туберкулезный комплекс - 5,0%, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов - 3, 3 %. Частота клинических форм в нашем регионе соответствует литературным данным последних лет. Из 60 больных выявлены при профилактических осмотрах 91,6%, а по обращаемости – 8,3%. При анализе клинических данных установлено, что острое начало отмечалось у 35,0%, а подострое - у 65,0%. Следовательно, по нашим данным каждый третий больной туберкулезом имеет острую прогрессирующую форму течения заболевания, что, безусловно, сказывалось на результатах лечения. По субъединичным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 81,6%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 53,3%, на потливость – 86,6%, на боль в грудной клетке, жаловались 38,3% больных. Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 70,0% 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. Одной из основных причин последнего является наличие вторичного иммунодефицита, обусловленного туберкулезом. Как известно из литературных данных до 80-90% - больные туберкулезом страдают вторичной иммунологической недостаточностью, которая вначале болезни является одним из факторов его развития, а затем следствием на повышении. Результаты анализов крови больных

приведены ниже. Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдалось у 48,3%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 58,3% больных. Нарастание содержания палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 35,0% случаев, а лимфоцитоз на фоне повышения моноцитов имела место у 8,5% обследованных. Рентгенологическая характеристика 60 больных туберкулезом органов дыхания обнаружилась, что у больных 41,6% случаев процесс был распространенным. Среди наших 60 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 50,0%. Среди наших больных состояли в контакте с больной туберкулезом (бацилловыделителем) матерью 12 чел., с больным туберкулезом отцом – 11 чел., с братом и сестрой – 4 человека и с больными туберкулезом родственниками 3 человека. Из сопутствующей патологии 20,0% составили отоларингологические заболевания как тонзиллит, ларингит и др. Таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении. В дополнение к стандартным рекомендациям ВОЗ всем больным до начала химиотерапии проводилась не только микроскопия мазков мокроты, но и параллельно 3-кратно из одной порции мокроты производился ее посев на питательные среды с обязательным определением чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. В период интенсивной фазы лечения в течение 2 мес. получали изониазид, рифампицин, пирразинамид и стрептомицин и 38 больных с положительными данными микроскопии и посевами мокроты изониазид, рифампицин, пирразинамид и этамбутол. Длительность лечения учитывали по количеству дней, в течение которых пациент принимал всю дозу химиотерапии, т.е. все 4 назначенных препарата. Если этого не происходило, то день, когда больной не принимал лекарств или принимал 2-3 препарата, не считался днем принятия дозы химиотерапии. При отрицательных данных микроскопии мокроты через 2 мес. (60 доз) химиотерапии больные переходили на фазу продолжения лечения изониазидом и рифампицином, которая составляла 4 месяца (120 доз). Если у больного продолжалось бактериовыделение по микроскопии мазка мокроты к концу окончания интенсивной фазы лечения, то она продолжалась еще на 1 - 2 месяца - до получения отрицательных данных микроскопии мокроты на МБТ. При оценке эффективности химиотерапии впервые выявленных больных мы использовали не только критерии ВОЗ как фактор прекращения бактериовыделения по микроскопии мазка, но и критерии эффективности лечения, определенные концепцией национальной Казахстанской программы борьбы с туберкулезом, как результат прекращения бактериовыделения по посевам мокроты на питательные среды и закрытия деструктивных изменений в легких.

Литература:

1. Перельман М.И. Туберкулез в России // Фтизиопульмонология. – Алматы. - 2002. - № 1. – с. 10 – 14.
2. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания. – Москва. - 2003. – 87 стр.
3. Овсянкина Е.С. Актуальные проблемы противотуберкулезной помощи детям и подросткам // Пробл.туб. – 2009. - № 1. – с.3 – 5.

Балалар мен жасөспірімдердің туберкулезге шалдығуына әсер ететін себептер
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, З.Д. Маликова,
Г.М. Бельдеубаева, А.С. Шаменко, Д. Джумагулова

Өкпе туберкулезінің клиникалық түрлерін инфильтративті туберкулез жиі (81,6%) кездесті. Жасөспірімдер мен балалар арасында туберкулезбен ауыратын адамдармен бірге тұратындары 50% пайызды құрады. 60 адамның 5-нен яғни 8,3% пайызының ауру олар өздері дәрігерге келгенде анықталған.

Factors promoting disease by a tuberculosis of children and teenagers
K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, N.K. Selihanova, Z.D. Malikova,
G.M. Beldeubaeva, A.S. Shamenko, D. Dzhumagulova

Among clinical forms of a tuberculosis easy prevailed infiltrative a tuberculosis easy having made 81,6 %. Children and teenagers have made 50,0 % of contact to patients with a tuberculosis. It is more than half sick (8,3%) on medical aid appealability.

УДК 616.24-08

ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИЛДЕНАФИЛА (СИНЕГРА) ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Л.К. Каражанова, А.Н. Жумагалиева, Н.Ж. Елемесова
Государственный медицинский университет г. Семей

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире [1]. Ее частота продолжает увеличиваться, поэтому в связи с ухудшающейся эпидемиологической ситуацией и возрастанием экономических затрат на лечение больных, решение вопросов разработки новых методов лечения данного заболевания является крайне актуальной проблемой [2-3]. В настоящее время ХОБЛ занимает 4-е место в мире как причина смерти в возрастной группе старше 45 лет и является одной из болезней, при которой смертность продолжает увеличиваться. Эксперты Всемирного банка и ВОЗ прогнозируют увеличение экономического ущерба от этого заболевания и выход ХОБЛ на 1-е место среди болезней органов дыхания и 5-е место среди всех заболеваний к 2020 г [4]. Одним из серьезных осложнений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является развитие легочной гипертензии (ЛГ). Появление признаков легочной гипертензии у больного ХОБЛ свидетельствует в пользу выраженного прогрессирования ХОБЛ. Выживаемость таких пациентов значительно снижается [5,6]. В мультицентровом проспективном исследовании, проведенном в странах Европы, было показано, что легочное сердце занимает 2-е место в структуре общей смертности больных ХОБЛ, уступая лишь дыхательной недостаточности [7]. Согласно новой классификации, принятой на 3-м Всемирном симпозиуме по легочной артериальной гипертензии, ЛГ у больных ХОБЛ относится к группе легочных гипертензий, ассоциированных с заболеваниями легких и / или гипоксемией [8]. Критерием наличия ЛГ при хронических респираторных заболеваниях является повышение среднего давления в ЛА (Рра) в условиях покоя > 20 мм.рт.ст.

В целом частота клинически значимой ЛГ при ХОБЛ (по данным западных пульмонологов T.DeMarco, E. Rapoport, 2005; R. Naeije, 2004) составляет около 10-30 % [9]. Согласно данным аутопсийных исследований, признаки гипертрофии правого желудочка встречаются у 40% всех больных умерших от ХОБЛ [10].

По совокупным данным, полученным на основании нескольких долгосрочных исследований, летальность при ХОБЛ тесно связана со степенью ЛГ: при уровне Рра 20-30 мм.рт.ст. 4-5 летняя выживаемость пациен-

тов составляет 70-90%, при значении Рра 30-50 мм.рт.ст. – 30%, а при тяжелой ЛГ (Рра > 50 мм.рт.ст.) 5-летняя выживаемость равна 0 [11].

Причиной развития и становления ЛГ у больных ХОБЛ, как правило, является не один фактор, а комбинация нескольких факторов, оказывающих активное и пассивное влияние на легочную гемодинамику [12]. Основная причина ЛГ – артериальная гипоксемия. Впервые роль альвеолярной гипоксии в развитии легочной вазоконстрикции было показано в 1946 г. [13]. Другие нарушения газообмена, такие как гиперкапния и ацидоз также приводят к развитию ЛГ. Предполагается, что в основе повышения давления в ЛА в данном случае лежит не прямая вазоконстрикция, повышение сердечного выброса [14,15]. В последние годы активно обсуждается дисфункция легочных сосудов при ЛГ различного генеза [16].

Медикаментозная терапия при вторичных ЛГ должна быть направлена прежде всего на основное заболевание: например, при ХОБЛ необходимо использовать полном объеме все средства для максимального улучшения бронхиальной проходимости, оптимизации показателей газообмена и контроля за воспалением дыхательных путей у больных [17]. В течение последних лет появилось несколько перспективных препаратов, эффективность которых у больных с первичной легочной гипертензией уже доказана. К ним относятся простациклин и его аналоги (илопрост, беропрост), антагонисты рецепторов эндотелина (босентан) и ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (силденафил) [18]. В настоящее время силденафил является единственным одобренным в США и Европе для лечения ЛАГ ингибитором фосфодиэстеразы 5-го типа, которая имеется преимущественно в гладкомышечных клетках сосудов пульмональной циркуляции. ФДЭ-5 является ферментом, разрушающим циклический гуанозинмонофосфат (цГМФ) в гладких мышцах сосудов малого круга кровообращения и некоторых других бассейнов. Силденафил увеличивает внутриклеточные уровни цГМФ, являющегося компонентом системы оксида азота, это влияние обеспечивает развитие пульмональной вазодилатации и ингибирование пролиферации клеток сосудистой стенки малого круга кровообращения. В исследовании H.A. Chofani et al. (2004) показано, что у больных с легочным фибро-

зом силденафил в отличие от аналога простациклина обеспечивал селективную вазодилатацию, снабжающих хорошо вентилируемые отделы легких, без значимого дилатирующего эффекта на артерии, снабжающие те отделы легких, вентиляция которых была нарушена. При этом наблюдалось улучшение оксигенации крови, что сопровождалось положительным клиническим эффектом. Такой селективный эффект силденафила является перспективным при ЛГ на фоне ХОБЛ(9).

Материалы и методы

В стационарных условиях у больных ХОБЛ определяли показатели функции внешнего дыхания (ФВД), эхокардиографии (ЭхоКГ), теста 6-минутной ходьбы (6MWD), одышку по шкале Борга. Больным на фоне базисной терапии, которая включает пролонгированный метилксантин, комбинированный ингаляционный глюкокортикостероид, М холинолитик пролонгированного действия, назначают силденафил в дозе 50 мг 2 раза в сутки – в течение 12 недель.

Обследовано 60 больных ХОБЛ III стадии с показателями ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%, $30 \leq \text{ОФВ1} < 50\%$ от должного значения (по классификации GOLD, 2006), с легочной гипертензией ФК III (классы NYHA, модифицированные ВОЗ, 2003-2004), в возрасте $58,6 \pm 0,7$ лет. Контрольную группу составили 10 здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Критериями исключения из исследования являлись: тяжелые формы артериальной гипертензии (АД выше 170/110 мм рт.ст.) и гипотензии (АД ниже 90/50 мм рт.ст.), анамнестические указания на перенесенный в предшествующие 6 мес инфаркт миокарда или инсульт, угрожающие жизни аритмии, сердечная недостаточность, нестабильная стенокардия. Все пациенты, включенные в исследование, прошли собеседование и подписали лист информированного согласия.

Больные рандомизированы на 2 группы, группы больных сопоставимы по возрасту, длительности заболевания, основным клиническим проявлениям (табл №1)

Таблица 1. - Распределение больных по группам, возрасту, длительности заболевания, стажу курения

Характеристика	Контрольная группа (здоров)	I группа (основная)	II группа (контрольная)
Количество больных	10	37	23
Из них: мужчин	10	30	20
женщин	0	7	3
Средний возраст	$45,0 \pm 2,3$	$58,6 \pm 0,7$	$58,6 \pm 0,7$
Длительность заболевания ХОБЛ, лет.		$18,9 \pm 3,5$	$19,4 \pm 1,5$
Стаж курения		$28,3 \pm 3,15$	$25,2 \pm 2,45$

I группа включала 37 больных, которые в комплексную терапию включался ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа силденафил (синегра, Nobel) в дозе 50 мг 2 раза в сутки, II группа включала 23 больных, которые на фоне базисной терапии получали антагонист кальция нифедипин в дозе 20 мг 3 раза в сутки. Больным проводились исследования функции внешнего дыхания (ФВД), эхокардиография (ЭхоКГ), определяли выраженность одышки по шкале Борга [20], толерантность к физической нагрузке по результатам 6 минутной шаговой пробы. Тест с 6-минутной ходьбой проводился в соответствии со стандартным протоколом (Enright & Sherill, 1998) [19]. Тест проводили в соответствии со стандартным протоколом (P. Enright, D. Sherill, 1998) с оценкой одышки в начале и конце теста по шкале Борга. В работе использовали стандартную методику ЭхоКГ-исследования на аппарате Mindray DC-6 с определением

общепринятых показателей, характеризующих систолическую и диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ), а также среднего давления в легочной артерии (СрДЛА) по методике A. Kitabatake [21]. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД) проводили на компьютерном спирографе H101 (Япония). Эффективность терапии, оценивали через 3 месяца по динамике клинических симптомов, изменению величины показателей функции внешнего дыхания (ФВД) и ЭхоКГ, теста по 6- минутной ходьбе, одышку по шкале Борга. Оценка результатов лечения проводилась после 12 недель.

Результаты и обсуждение

Результаты 12-недельной комплексной терапии, динамика показателей Ppa (легочного артериального давления), PVR (легочное сосудистое сопротивление), одышки по шкале Борга, теста 6-минутной шаговой пробы у больных представлены в таблице 2.

Показатели	I группа (n=37)		II группа (n=23)	
	Базисная терапия+силденафил		Базисная терапия+нифедипин	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ОФВ1, % от должного значения	$45,0 \pm 1,2^*$	$58,2 \pm 1,2^*$	$44,8 \pm 0,66^*$	$50,6 \pm 0,6^*$
Ppa, мм рт.ст	$41,5 \pm 1,3^*$	$34,1 \pm 1,1^*$	$41,9 \pm 1,4^*$	$40,6 \pm 1,4^*$
PVR, дин/с/см ⁵	$353,0 \pm 4,1^*$	$218,2 \pm 3,7^*$	$361,6 \pm 356,0^*$	$356,0 \pm 3,6^*$
Одышка по шкале Борга, баллы	$6,4 \pm 0,1^*$	$4,3 \pm 0,8^*$	$6,4 \pm 0,5^*$	$6,0 \pm 0,2^*$
6-MWD, м	$257,2 \pm 4,06^*$	$360,4 \pm 3,9^*$	$257,0 \pm 3,4^*$	$286,9 \pm 4,3^*$

*p<0,05

Из представленных данных видно, что при добавлении в состав комплексной терапии ХОБЛ силденафила (I группа), отмечено улучшение показателей ОФВ1 в I группе на 29,3%, во II группе на 12,9%, уменьшения одышки по шкале Борга на 38,2%, а во II группе на 6,2% и снижения среднего давления в легочной артерии (Ppa) на 17,8% в I группе, а во II группе на 3,1%, легочное сосудистое сопротивление (PVR) в I группе на 38,2%, во II группе на 1,55%, значительно увеличилась

пройденная дистанция в 6-минутном шаговом тесте (6-MWD) в I группе на 40,1%, во II группе на 11,6%.

Переносимость силденафила была хорошей, не отмечено ни одного случая необходимости отмены препарата по причине его побочных эффектов.

Выводы:

1. Таким образом, ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа силденафил в комплексной терапии обострения ХОБЛ оказывает положительное действие на гемоди-

намику малого круга кровообращения, не оказывая при этом негативного влияния на ФВД. Позитивное влияние на гемодинамические показатели заключается в снижении легочной артериальной гипертензии, гемодинамику малого круга кровообращения, и на показатели ФВД. Позитивное влияние на гемодинамические показатели заключается в снижении легочной артериальной гипертензии на 17,8%, легочного сосудистого сопротивления на 38,2%, повышение толерантности к физической нагрузке на 40,1%, улучшение показателей ОФВ1 на 29,3%.

2. Полученные результаты исследования подтверждают безопасность и эффективность препарата силденафил у больных ХОБЛ с легочной гипертензией.

Литература:

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report Publication Number 2701, Updated 2006. GOLD website (www.goldcopd.com).
2. Куницына Ю.Л., Шмелев Е.И. Противовоспалительная терапия больных хронической обструктивной болезнью легких. Пульмонология 2003;2:111-116.
3. Павличук С.А., Лукошников Т.В., Туник Е.Н. и др. Медико-социальное значение хронической обструктивной болезни легких на Кубани. Пульмонология 2003;1:71-75.
4. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких. М.;2003.
5. Замотаев И.П. Легочно-сердечная недостаточность. М.: Медицина, 1978.-200С
6. Ландышев И.В. Хроническое легочное сердце. Благовещенск, 1980.-173С.
7. Zielinski J., MacNee W., Wedzicha J. et al. Causes of death in patients with COPD and chronic respiratory failure. Monaldi Arch. Chest Dis. 1997;52:43-47.
8. Simonneau G., Galie N., Rubin L.J. et al. Clinical classification of pulmonary hypertension. J.Am.Coll.Cardiol.2004;43(12,suppl.S):5S-12S.

ӨСОА шалдыққан науқастар үшін силенафилдің (синегра) терапевтік тиімділігінің бағасы

Л.Қ. Қаражанова, А.Н. Жұмағалиева, Н.Ж. Елемесова

Мақалада өкпенің созылмалы обструктивті ауруына (ӨСОА) шалдыққан науқастар үшін құрамында 5-ші типтегі фосфодиэстераза ингибиторы силденафил бар кешенді терапиямен емдеу қорытындылары көрсетілген. Кардиореспираторлық жүйенің функциональдық жағдайын көрсететін клиникалық және инструментальдық көрсеткіштерге препараттың оң әсері байқалады. Созылмалы өкпе текті жүрек белгілері бар ӨСОА шалдыққан науқастар еміне силденафилды қосудың тиімділігі сипатталады.

Estimation of therapeutic efficiency of sildenafil (sinegra) at COPD

L.K. Karazhanova, A.N. Zhumagaliyeva, N.ZH. Yelemesova

In article results of complex therapy of patients with COPD with including to scheme of therapy an inhibitor of phosphodiesterase 5th type sildenafil are presented. Positive influence of drug on clinical and instrumental indicators indicating about functional condition of cardiorespiratory system is shown. The expediency of inclusion of sildenafil in treatment of COPD with signs of chronic cor-pulmonale is shown.

УДК 616.5-002.954-08

ДЕМОДИКОЗДЫ БЛЕФАРОКОНЬЮНКТИВИТІ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ ЖАУАП ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Н.С. Шакенова

Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті

Демодикоз – бүкіл дүниежүзіне кең таралған Demodex микрোকенелері тудыратын теріге қабаттаса біткен қосалқыларының созылмалы паразитарлық сырқаты болып табылады [1]. Терінің фолликулярлы

9. Багрий А.Э., Дядык Н.Е., Моногарова Н.Е., Вишневский И.И. Легочная гипертензия и хроническое легочное сердце (cor pulmonale). (www.kardiosite.ru)

10. Fishman A.P. State of the art chronic cor pulmonale. Am. Rev. Respir. Dis. 1976; 114:775-794.

11. Weitzenblum E., Demedis M. Treatment of pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. Eur. Respir. Mon. 1998, 7: 180-188.

12. Hida W., Tun Y., Kikuchi Y. et al. Pulmonary hypertension in patients with chronic obstructive pulmonary disease: recent advances in pathophysiology and management Respiration 2002; 7:3-13.

13. Von Euler U., Lijstrand G. Observations on the pulmonary arterial blood pressure in cat. Acta Physiol.Scand.1946;12:301-320.

14. MacNee W. Pathophysiology of cor pulmonale in chronic obstructive pulmonary disease. Am. J.Respir.Crit.Care Med. 1994; 150:833-852,1158-1168.

15. Naeije R. Pulmonary hypertension and right heart failure in COPD. Monaldi Arch. Chest Dis.2003;59:250-253.

16. Dinh-Xuan A.T., Higenbottam T., Clelland C. et al. Impairment of endothelium-dependent pulmonary artery relaxation in chronic obstructive pulmonary disease. N. Engl.J.Med.1991;324:1539-1547.

17. Авдеев С.Н. Современные подходы к диагностике и терапии легочной гипертензии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких. Пульмонология.2009;1:91-101.

18. Galie N., Manes A., Branzi A. The new clinical trials on pharmacological treatment in pulmonary arterial hypertension. Eur. Respir. J. 2002; 20:1037-1049.

19. Enright PL, Sherill DL. Reference equations for the sixminute walk in healthy adults. Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1384-1387

20. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. Med Sci Sport Exerc 1982;14: 436-447

21. Шиллер Н., Осипов М.А. Клиническая эхокардиография. М.: Бином; 2000.

шаштары мен майлы бездерінде кенелердің паразиттенуі нәтижесінде тіршілік ету өнімдерінің организмге, атап айтсақ, адамның иммундық жүйесіне қолайсыз әсерін еш күмәнсіз тигізеді [2]. Демодикоздың

жиі тараған көздік формасы – көп жағдайда созылмалы түрде өтіп емдеуге ұзақ уақыт қажет ететін блефароконъюнктивит [3]. Екіншіке орай, қолға түскен әдебиеттер арасынан демодикозды блефароконъюнктивиті бар науқастар организмнің иммундық статусын зерттеулер жайлы жұмыстар кездестірмедік.

Зерттеу жұмысының мақсаты: демодикозды блефароконъюнктивиті бар науқастар организмнің сырқат ұзақтығына сай иммунологиялық өзгерістерін зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: асқынбаған демодикозды блефароконъюнктивитпен 62 науқас тексерілді. Тексерілген науқастардың ішінде 16 ер адам, 46 әйел адам, жас мөлшері 25 пен 54 арасында, сырқат ұзақтығы 1 айдан 10 жыл болған. Барлық науқастар екі топқа бөлінді: бірінші топ науқастарының сырқат ұзақтығы 1 жылға дейін, 29 науқастан тұрды, ал екінші топ науқастарының сырқат ұзақтығы 1 жылдан 10 жылға дейін, сырқаттың орташа ұзақтығы 7 жылдан ұзақ, 33 науқастан тұрды. 30 сау адамдар бақылау түрінде иммунологиялық зерттелді. Кенелерді анықтау үшін әрбір қабақтан төрт кірпіктен эпипляцияланды. Кірпіктері бар нативті препаратты глицерин тамшысында (80 х ұлғайтылған) микроскоппен тексерілді. Бірінші топтың зерттелген науқастарының 16 кірпіктерінде кенелер саны 7 - ге дейін, ал екінші топта кенелер саны 15 және одан да көп болды.

Иммундық статус моноклиналды антиденелердің көмегімен CD3, CD4, CD5, CD8, CD16, CD19 («МедБиоСпектр» Россия) анықтайтын стандартты жиынды қолдану арқылы тура емес иммунофлюоресценция әдісімен зерттелді.

Қан сарысуындағы иммуноглобулиндер саны ағарды гельде Mancini (1965) әдісі бойынша G, A, M иммуноглобулиндеріне қарсы моноспецификалық антикансарысуын пайдалану арқылы радиалды иммунодиффузия көмегімен анықталды. Қан сарысуындағы айналымалы иммундық комплекстерді анықтау M. Digeon (1977) әдісімен жүзеге асырылды [4].

Зерттеу нәтижелері жалпы түрде қабылданған Стьюдент критерийін шығару арқылы вариациялық

статистика әдісімен есептелді. Көрсеткіш айырмасы $P < 0,05$ белгісінде анық деп бағаланды.

Зерттеу нәтижелері және оны талдау: демодикоз сырқатымен науқастардың иммундық жүйесін сырқаттың ұзақтығына сай зерттеу нәтижелері кесте 1-де көрсетілген. Демодикоз сырқатымен 1-ші топ науқастары лейкоциттерінің жалпы саны бақылау тобының сау адамдарының ($P < 0,05$) және зерттелген 2-ші топ науқастары лейкоциттерінің жалпы санынан жоғары болды.

Кесте 1. Демодикоз сырқатымен науқастардың иммундық жүйесінің орташа көрсеткіштері ($M \pm m$).

Зерттелуші бірінші топ науқастарының жасушалық иммунитетінің барлық көрсеткіштерінің салыстырмалы және абсолютті деңгейлерінің бақылау тобының көрсеткіштерімен салыстырғанда жоғары екендігі анықталды. Алайда, CD4 пен CD19-дың салыстырмалы көрсеткіштері, ал CD3, CD4, CD8, CD16 және CD19-дың абсолютті көрсеткіштерінің анық жоғарылауы байқалды. Зерттелуші екінші топ науқастарының сырқаттарының ұзақ болып созылмалы түрге өтуіне сай лимфоциттері мен жасушалық иммунитетінің барлық көрсеткіштерінің салыстырмалы (CD3 CD19) және абсолютті (CD3 CD4 CD8) деңгейлерінің бақылау тобының көрсеткіштерімен салыстырғанда төмен екендігі, сонымен қатар CD16 мен CD19 көрсеткіштерінің бақылау тобының көрсеткіштерімен салыстырғанда өзгермегені анықталды. Демодикозбен ауыратын екі топ науқастарының иммунограммаларының көрсеткіштерін салыстырғанда лейкоциттер, лимфоциттер, Т- лимфоциттер және олардың субпопуляциялары және екінші топ науқастарының CD16 мен CD19-дың төмен екендігі айқын көрінді. Сонымен, демодикоз сырқатының ерте мерзімінде қабақтың шашты фолликулаларында және майлы бездерінде кенелердің аз болуына байланысты жасушалық иммунитеттің факторларының күшеюі ықтимал. Сырқат мерзімі ұзарып, зақымданған ошақтарда кенелер саны көбейген сайын организм қорғаныс қасиетінің жасушалық факторларының көрсеткіштерінің төмендеуі байқалды.

Кесте 1. Демодикозды блефароконъюнктивиті бар науқастардың сырқат ұзақтығына сай лимфоциттерінің кейбір субпопуляциялары

Көрсеткіштер	Сау адамдар саны (n=30)	Сырқат мерзімі	
		1 жылға дейін (n=29)	1 жылдан 10 жылға дейін (n=33)
1 мкл-де Лейкоциттер	4958±216	6195 ±223*	5198±198**
Лимфоциттер %	42,1±2,11	41,0±1,9	31,3±1,7*,**
Абс. с.	2,120±0,164	2,54±0,173	1,63±0,115*,**
CD3 %	49,26±2,01	51,37±1,69	34,20±1,95*,**
Абс. с.	1,02±0,03	1,304±0,08*	0,56±0,08*,**
CD4 %	36,38±1,44	49,1±1,22*	40,16±1,24
Абс. с.	0,75±0,05	1,25 ±0,07*	0,65±0,05**
CD8 %	23,42±1,36	28,35±1,21	20,98±1,22**
Абс. с.	0,480±0,06	0,72±0,06*	0,34±0,05*,**
CD16 %	13,25 ±0,55	17,35±0,55*	15,05±0,59
Абс. с.	0,27±0,03	0,44 *.** 0,03	0,24±0,07**
CD19 %	19,42±1,31	27,25±1,53*	27,75±1,68*
Абс. с.	0,41±0,05	0,69±0,04*,**	0,42±0,06**

Ескерту: * - айырмашылығы сау адамдарға сай анық, ** - айырмашылығы науқас топтары арасында анық.

Кесте 2. - Демодикозбен ауыратын науқастарының қан сарысуының иммуноглобулиндері мен айналымы иммундық комплекстерінің мөлшері

Көрсеткіштер	Сау адамдар саны (n=30)	Сыртат мерзімі	
		1 жылға дейін (n=29)	1 жылдан 10 жылға дейін (n=33)
IgA г/л Р1	1,91±0,05	1,87±0,11	1,89±0,12
IgG г/л	12,25±0,22	11,70±0,19	14,74±0,23.**
IgM г/л Р1	1,19±0,1	1,57±0,09 *,**	1,21±0,89
КАИК(қанайналы-мындағы иммундық комплекс) %	61,97±2,4	44,8±2,6*	82,46±2,5*.**

Е с к е р т у: *- айырмашылығы сау адамдарға сай анық, ** - айырмашылығы науқас топтары арасында анық.

Демодикозбен ауыратын науқастарының қан сарысуының гуморалды буыны мен айналымы иммундық комплекстерінің мөлшері кесте 2-де көрсетілген.

Демодикозбен ауыратын бірінші топ науқастарының қан сарысуында

Ig G мөлшері төмендегенде IgM мөлшері анық жоғарылаған, ал IgA мөлшері маңызды өзгермеген. Сыртат мерзімі ұзақ емес науқастардың IgM және IgA деңгейлерінің анық емес жоғарылауымен салыстарғанда сыртат мерзімі ұзарған сайын IgG деңгейі анық жоғарылаған. Тексерілген науқастардың 1 тобында айналымы иммундық комплекстерінің мөлшерінің төмендеуі анықталды. Демодикозбен ауыратын науқастардың қан сарысуының айналымы иммундық комплекстерінің мөлшерінің орташа көрсеткіші сау адамдардың осы көрсеткіштерімен салыстырғанда 1,28 есе төмендеді. Науқастардың 2 тобының қан сарысуының айналымы иммундық комплекстерінің мөлшерінің орташа көрсеткіші сау адамдардың осы көрсеткіштерімен салыстырғанда 1,33 есе жоғары болып науқастардың 1 тобында 1,84 есе жоғарылады. Демодикозбен ауыратын науқастардың қан сарысуының айналымы иммундық комплекстерінің мөлшерінің сыртат ұзақтығына тәуелді болуына сай өзгеруі, демодикоз дамуының механизмдерінде көздің қабағы мен терісінің иммунокомплексі типті зақымдануы маңызды орын алуы мүмкін. Сонымен, демодикоз сырқатының ерте мерзімінде жасушалық иммунитеттің күшеюі, ал кеш мерзімінде қорғаныстың жасушалық факторларының

тежелуі байқалады. Демодикозбен ауыратын науқастардың 1 тобында иммуноглобулин М деңгейінің анық жоғарылағаны анықталды, яғни бұл көрсеткіш иммуноглобулин М-нің антигенмен алғашқы кездесуіне сай нәтиже болып табылады. Сыртаттың мерзімінің ұзарып созылмалы күйге өтуі сау адамдар тобы және науқастардың 1-ші тобымен салыстырғанда қанайналымындағы иммуноглобулиндердің негізгі тобын құрайтын G классының өнімінің күшеюімен сипатталды. Демодикозбен ауыратын науқастар организмде айналымы иммундық комплекстерінің мөлшерінің жоғарылауы көз бен терінің зақымдалуында маңызды болуы ықтимал, сондықтан емдеу барысында жоғарыда аталған өзгеріс белгілерін ескеру жөн.

Әдебиеттер:

1. Акипов О.Е., Власова И.А., Казанцев С.В. Особенности иммунного ответа у больных дерматозами, осложненными тяжелой инвазией антропофильных клещей рода Demodex. Иммунология №1. 2002г. 43-47стр.
2. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. М., Медицина, 1988.-287стр.
3. Полунин Г.С., Полунина Е.Г., Забегалло А.О., Гутова В.П. Особенности клинического течения блефароконъюнктивальной формы сухого глаза при демодикозе. Вестник офтальмологии-2008.-№2 с.35-39.
4. Караулов А.М. Клиническая иммунология. М.2002 с. 658

Демодикоз - широко распространенное во всем мире хроническое паразитарное заболевание придатков кожи, вызванное микроклещами рода Demodex. Изучали иммунологические изменения у больных демодикозным блефароконъюнктивитом в зависимости от длительности заболевания. Всего было обследовано 62 больных с неосложненным демодикозным блефароконъюнктивитом.

Иммунный статус обследовали при помощи моноклональных антител методом непрямой иммунофлюоресценции с использованием стандартного набора для определения CD3, CD4, CD 5, CD8, CD 16, CD 19. Таким образом, на ранних сроках заболевания демодикозом отмечается стимуляция клеточного звена иммунитета, а в более поздние сроки происходит угнетение клеточных факторов защиты.

Demodikoz - broadly wide-spread all over the world chronic parasite disease apurtenance skins, caused of the mikromite of the sort Demodex Studied the immunized of the change beside sick demodikozy blepharoconjunctivitis depending on duration of the disease. The Whole was examined 62 sick with uncomplication demodikozy blepharoconjunctivitis.

Immunny status examined at monoklinations antibody by method indirect immunnyfluerezencyy with use the standard set for determination CD3, CD4, CD 5, CD8, CD 16, CD 19. Thereby, for early period of the disease demodikoz is noted facilitation cellular of immunny, but at more late periods occurs the oppression cellular factor protection.

УДК 616.711-002.1-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Д.С. Дильманова

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

В настоящее время для лечения АС используются рекомендации, предложенные международной группой по изучению анкилозирующего спондилоартрита (Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS)) [1]. Эти рекомендации включают медикаментозные и немедикаментозные методы лечения. Первые включают в себя нестеро-

идные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, сульфасалазин, локальные глюкокортикоиды (ГК), блокаторы цитокина – фактора некроза опухоли – альфа (ФНО-альфа). Рекомендации ASAS/EULAR по тактике лечения анкилозирующего спондилоартрита представлены на рисунке 1.

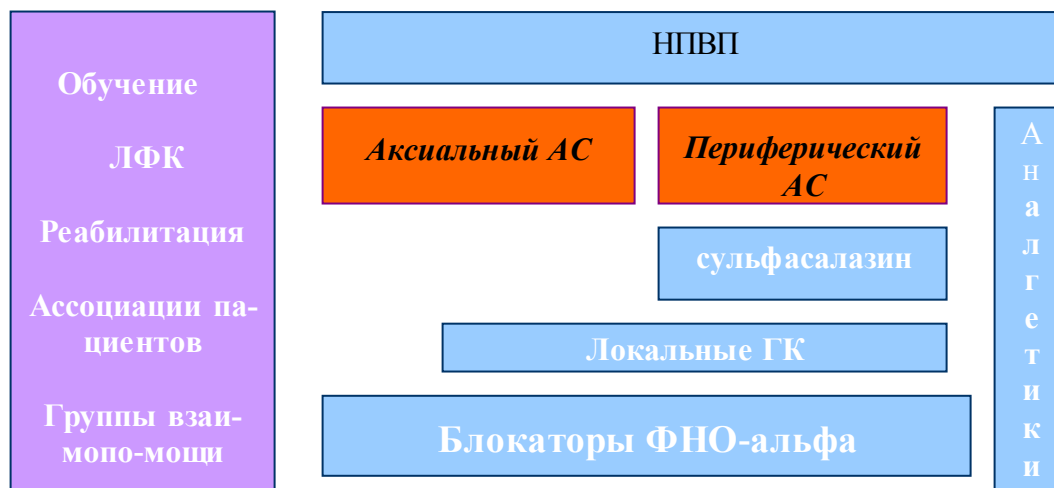


Рис. 1. - Рекомендации ASAS/EULAR по тактике лечения анкилозирующего спондилоартрита

Целью данного исследования являлась сравнительная оценка эффективности комбинированной терапии больных АС в зависимости от длительности заболевания.

Материал и методы. В исследование были включены 60 пациентов АС 17 – 45 лет с преобладанием ($p < 0,001$) мужчин – 51 (85%) среднего возраста $28,58 \pm 1,01$. 75% ($n=45$) составили больные с диагнозом определенного АС в соответствии с модифицированными Нью-Йоркскими критериями (1984 г) [2]. 15 (25%) больным был выставлен диагноз АС в соответствии с критериями ASAS (2009г) [3]. Средний возраст больных к началу исследования составил $28,46 \pm 0,88$ лет, средняя длительность АС – $6,86 \pm 0,64$ лет.

Все больные были поделены на 3 группы в зависимости от длительности течения АС: 1-я группа ($n=15$) - дл-

тельность заболевания до 2-х лет (ранний АС), 2-я группа ($n=14$) - длительность заболевания от 2 до 5 лет и 3-я группа ($n=31$) - с длительностью АС свыше 5 лет.

В зависимости от варианта комбинированной терапии все больные были разделены на 2 группы:

I группа – 14 больных, принимавших комбинацию из НПВП, миорелаксанта и блокатора ФНО-альфа – инфликсимаба (Ремикейд).

II группа – 46 пациентов, терапия которых состояла из применения НПВП, миорелаксанта и сульфасалазина.

В таблице 1 представлено деление больных в группах инфликсимаба (Ремикейд) и сульфасалазина по длительности заболевания

Таблица 1 – Градация больных по длительности заболевания в группах Ремикейда и сульфасалазина

длительность заболевания	Ремикейд ($n=14$) абс. (%)	Сульфасалазин ($n=46$) абс. (%)
до 2-х лет	3 (21,5)	14 (30)
от 2-х до 5-ти лет	3 (21,5)	12 (26)
свыше 5 лет	8 (57)	20 (43)

Разовая доза Ремикейда составляла 3 мг/кг массы тела. Препарат вводился по схеме на 0 – 2 – 6-ой неделе и затем с интервалом 8 недель. Препарат вводился внутривенно капельно в течение не менее 2-х часов, со скоростью не более 2мл/мин. Доза сульфасалазина по схеме наращивалась до 2г в сутки. Из НПВП применялся мелоксикам 15 мг/сутки, при необходимости доза повышалась до 22,5 мг/сутки. Из миорелаксантов использовался мидокалм.

Отбор пациентов для применения инфликсимаба проводился в соответствии с рекомендациями ASAS, 2003г.: стойкая высокая активность болезни, сохраняющаяся не-

смотря на адекватное применение НПВП или сульфасалазина (у больных с периферическим артритом/энтезитом), а также положительное мнение эксперта. Больным перед назначением инфликсимаба обязательно проводились рентгенологическое исследование легких и консультация фтизиатра. Пациенты, перенесшие туберкулез, в исследование не включались. Кроме того, критериями исключения из группы применения инфликсимаба были любые активные или часто рецидивирующие инфекции, серьезные сопутствующие заболевания.

Для оценки результатов исследования использовались следующие показатели: глобальная оценка самочувствия

пациентом, боль в целом, утомляемость, боль в позвоночнике ночью и в течение суток, утренняя скованность в позвоночнике и суставах, число болезненных и припухших периферических суставов, тест Шобера, симптом Отта, расхождение «затылок - стена», «подбородок - грудина», дыхательная экскурсия грудной клетки, боковые наклоны в позвоночнике, повороты и наклоны головы [4], индекс активности Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [5], функциональный индекс Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) [6], скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ). Результаты оценивались до лечения, через 4, 8 и 12 месяцев.

Для регистрации выраженности болевых ощущений (а также скованности, утомляемости, припухлости и т.д.) использовалась Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ), 0 - 100 мм.

Результаты исследования. По результатам нашего исследования динамика показателей боли и скованности в позвоночнике на фоне терапии Ремикейдом и Сульфасалазином выглядела следующим образом:

1. Показатель ночной боли в позвоночнике у пациентов с ранним АС при применении Ремикейда к первой контрольной точке исследования улучшился на 99,9%, в последующих второй и третьей точках исследования показатель был равным $0,00 \pm 0,00$ ($p < 0,001$). При этом, при применении сульфасалазина было отмечено улучшение на 24%; 33% и 37% соответственно.

У больных с продолжительностью заболевания от 2-х до 5-ти лет исходный уровень ночной боли в позвоночнике снизился с $70,00 \pm 0,00$ до $0,00 \pm 0,00$ ($p < 0,001$) при использовании Ремикейда, с $58,75 \pm 3,08$ до $39,58 \pm 3,28$ – при применении сульфасалазина $39,58 \pm 3,28$ ($p < 0,001$).

В 3-ей группе больных достоверное улучшение ночной боли снизилось к концу исследования до $0,00 \pm 0,00$ ($p < 0,001$) под влиянием ремикейда, под влиянием сульфасалазина $36,50 \pm 3,96$ ($p < 0,001$).

2. Динамика показателей среднего значения боли в позвоночнике (среднее из ночной и в течение суток боли) демонстрирует значительное снижение боли к 4 месяцу лечения ($p < 0,001$) и полное купирование к концу наблюдения под влиянием Ремикейда у больных всех трех групп. У больных, применявших сульфасалазин, к концу лечения достигнуто достоверное улучшение ($p < 0,001$), однако уровень боли по ВАШ соответствовал умеренной степени: $34,82 \pm 2,17$, $32,71 \pm 2,99$ и $31,25 \pm 3,45$ соответственно.

3. Динамика показателей утренней скованности в позвоночнике схожа с динамикой боли в позвоночнике: к 4-му месяцу лечения значительное снижение и полное купирование скованности у больных, применявших Ремикейд. Менее выраженное снижение выраженности утренней скованности у больных на лечении сульфасалазином.

4. Длительность утренней скованности аналогична динамике выраженности скованности в позвоночнике; к концу лечения ремикейдом полное купирование этого показателя. Итоговый показатель длительности утренней скованности в группе сульфасалазина в 1,7 раз ниже исходного.

Поражение энтезисов в группе Ремикейда отмечалось у всех больных. Число энтезисов сократилось уже после первой инфузии Ремикейда. Достоверно снижение числа энтезисов в группе сульфасалазина достигнуто у больных ранним АС ($p < 0,01$) и с длительностью от 2-х до 5-ти лет ($p < 0,05$).

Глобальная оценка самочувствия пациентом (по ВАШ) к началу исследования у больных АС группы Ремикейда была высокой – выше 60, к 4 месяцу в группе раннего АС она составила 0,00, в группе от 2-х до 5-ти лет – $10,00 \pm 5,77$ ($p < 0,001$), с поздним АС – $12,00 \pm 4,52$ ($p < 0,001$), к завершению наблюдения у больных этот показатель составил 0,00.

В группе сульфасалазина глобальная оценка самочувствия пациентом снижалась постепенно и к концу 12 месяца сократилась в 1,9 – 2,0 раза по сравнению с исходным показателем.

Снижение уровня утомляемости у больных группы Ремикейда привело к $0,00 \pm 0,00$ ($p < 0,001$). В группе сульфасалазина итоговые показатели оказались в 2-3 раза ниже исходных: $17,86 \pm 4,44$ ($p < 0,05$), $10,83 \pm 3,42$ ($p < 0,001$), $19,75 \pm 4,16$ ($p < 0,05$) соответственно.

Лабораторные показатели СРБ и СОЭ нормализовались после первой инфузии Ремикейда. В группе сульфасалазина СОЭ снижалось постепенно; у больных ранним АС нормализовалось к 8 месяцу лечения, поздним АС – у 12 месяца.

Индекс активности BASDAI снизился до $0,00 \pm 0,00$ после первых инфузий инфликсимаба у больных с продолжительностью АС до 2-х и от 2-х до 5-ти лет; у больных поздним АС – к 4 месяцу наблюдения индекс снизился на 87%. В группе сульфасалазина при умеренной степени исходно, к концу исследования показатели оказались близко к верхней границы минимальной степени активности.

При изучении динамики функционального индекса BASFI выявлено восстановление функции у больных ранним АС и от 2-х до 5-ти лет после первых 2-х инфузий Ремикейда. Больные поздним АС к концу исследования сократили показатели индекса в 2,9 раз. В группе сульфасалазина функциональный индекс снизился в 2, 2,5 и 1,7 раз соответственно группам деления по продолжительности АС.

Статистически достоверного улучшения показателей оценочных тестов, характеризующих подвижность позвоночника, не выявлено. За исключением, отдельных показателей у больных ранним АС и с длительностью от 2-х до 5-ти лет. Достоверно улучшились показатели, характеризующие периферический артрит: боль, скованность, ЧБС, ЧПС, в т.ч. пораженных тазобедренных суставов. Все перечисленные характеристики артрита на фоне комбинированной терапии, включающей Ремикейд, к 4-му месяцу лечения улучшились на 100%. В ходе исследования развитие артралгий и/или артрита в исходно интактных суставах не отмечалось. Следует отметить, что 100-процентный результат не зависел от длительности заболевания.

Таким образом, сравнительный анализ показал, что терапия, на основе антицитокинового препарата инфликсимаб, дает более чем положительный результат по сравнению с сульфасалазином. При этом, применение инфликсимаба на ранней стадии приводит к быстрой регрессии признаков активности заболевания и восстановлению функционального статуса больных.

Литература:

1. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, Colantes E, Davis JC Jr, Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006;65:442–52.
2. Van der Linden S., Valkenburg H.A., Cats A. Modified New York criteria 1984 (Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria). *Arthritis Rheum.* 1984; 27: 361-368.
3. Rudwaleit M., van der Heijde D., Landewe R., Listing J. et al. The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann. Rheum. Dis.* 2009; 68:777-783
4. Международные индексы оценки активности, функционального статуса и качества жизни больных ревматическими заболеваниями. Москва, 2007, С. 32-40

5. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21:2286–91.

6. Calin A, Jones SD, Garrett SL, Kennedy LG. Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *Br J Rheumatol* 1995;34:793–4.

**Аурудың ұзақтығына байланысты анкилоздаушы спондилоарттің (ас)
қосарланған терапия тиімділігінің салыстырмалы бағасы**

Д.С. Дильманова

Антицитокинді препарат инфликсимаб негізінде жүргізілген терапия сульфасалазинмен салыстырғанда оң нәтиже беретіндігін көрсетті.

Аурудың ерте сатысында инфликсимабты қолдану наукастарда аурудың белсенділік белгілерінің тез регрессиясына және функциональды статусын қалпына келтіруге әкеледі.

**Comparative estimation of efficiency of the combined therapy
of ankylosing spondylitis depending on duration of disease**

D.S. Dilmanova

The comparative analysis has shown that the treatment of ankylosing spondylitis, on a basis a preparation infliximab, gives more than positive result in comparison with sulfasalazin. Thus, application infliximab at an early stage leads to fast regress of signs of activity of disease and restoration of the functional status of patients.

УДК 616.71-001.5-08

**ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ
ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

Б.А. Рахымғалиев

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к началу нового тысячелетия ежегодно в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) во всем мире погибало более 1 млн. 200 тыс. человек. В 2000 году ДТП были девятой по счету причиной смертности жителей планеты, при этом на их долю приходилось около 3% общего числа инвалидности в мире, в связи с этим проблемы лечения больных с диафизарными переломами длинных трубчатых костей не только сохраняют свою актуальность и приобретают особую значимость в современной травматологии [6].

В литературе данные о внутрикостной фиксации переломов начинаются с работ В.И. Кузмина (1893 г). R. Maatz в 1942 году предложил методику расширения костно-мозгового канала, увеличивая площадь контакта стержня и кости, что значительно повышало стабильность перелома. Начиная с 1968 года, для устранения ротационных смещений и повышения жесткости фиксации отломков диафизарных переломов длинных трубчатых костей, стали применять блокирующий остеосинтез, используя дополнительно винты, спицы, сложно-устроенные соединения [2,6]. D. Hontzsch et al. (1999), Tschernert et al. (1998), на основании лечения 4003 больных с диафизарными переломами длинных трубчатых костей за последние 23 года, рекомендуют интрамедуллярный остеосинтез без рассверливания костного канала при условии «отсутствия риска ухудшения состояния» [3,5]. Интрамедуллярный остеосинтез известными внутрикостными фиксаторами из-за их конструктивных особенностей не всегда приводит к достижению жесткого синтеза при диафизарных переломах длинных трубчатых костей, а применение массивных металлических фиксаторов является травматичным и не физиологичным и об этом свидетельствуют данные литературы за последние 10-15 лет. Особенно его применение при закрытом интрамедуллярном остеосинтезе приводит чаще к заклиниванию фиксатора в суженной части костномозгового канала, расколу кости, может вызвать диастаз костных отломков, а также жировую эмболию (0,9-8,75% случаев) [4,5].

Чаще всего при неэффективности закрытого интрамедуллярного остеосинтеза прибегают к открытому

способу остеосинтеза. Открытый интрамедуллярный остеосинтез, при правильном выполнении и соблюдении правил асептики, приводит к хорошим результатам и в связи с этим многие клиницисты отдают предпочтение последнему [3,4].

Цель и методы. Улучшение результатов лечения закрытых диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

С целью обеспечения стабильного внутрикостного остеосинтеза нами предложен и применяется в клинике способ открытого интрамедуллярного остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей (Приоритетная справка НИИС РК №2010/0117 от 28.01.2010), обеспечивающий жесткое соединение отломков, за счет плотного охвата стержня стенками костных отломков и винтами, а также исключая рассверливание костно-мозгового канала, не снижающий жесткости соединения отломков диафиза длинных трубчатых костей в местах их излома.

Способ осуществляется следующим образом. Под перидуральной анестезией производят открытый интрамедуллярный остеосинтез перелома длинных трубчатых костей. Линейным разрезом послойно, путем рассечения кожного покрова, подкожной клетчатки и надкостницы осуществляют доступ к месту перелома длинных трубчатых костей. Мобилизуют концы костных отломков от окружающих мышц. При этом выявляется, что диаметры костно-мозговых каналов центрального и периферического отломков на протяжении от места излома не соответствуют друг другу, согласно ее нормальной анатомии. Под диаметр костно-мозгового канала узкой части диафиза кости центрального отломка подбирают интрамедуллярный стержень и забивают его до выхода центрального конца через толщу покровных тканей, определяемой на ощупь пальпаторно. Осуществляют разрез покровных тканей до конца стержня длиной 3-5 см. Интрамедуллярный стержень забивают в костно-мозговой канал центрального отломка, оставляя всего 0,7-1,0 см снаружки от его торца. На этот конец нанизывают костно-мозговой канал периферического отломка и осуществляют репозицию отломков, сохраняя ось конечности. Дистальный конец стержня забивают в

костно-мозговой канал периферического отломка до тех пор, пока он не войдет полностью в толщу губчатого вещества. Концы костных отломков удерживают костодержателем в репозированном состоянии и прижимают их сверху вниз, достигая плотного прилегания передних их стенок к стержню. Тонким сверлом, подобранным для образования канала для винта под стержнем, просверливают сквозные каналы через оба кортикальных слоя диафиза отломков и ввинчивают плотно к кортикальным слоям отломков несколько винтов (обычно 2-3 и более) на расстоянии друг от друга от 1 до 3 см на протяжении каждого из этих отломков, не снимая репозирующий костодержатель. Далее снимают костодержатель и парафрактурно проводят еще по одному винту через каждый из этих отломков. Рентгенологически определяют состояние отломков, стержня и винтов. Дренируют рану. Послойно соединяют ткани узловыми швами по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. При проведении открытого интрамедуллярного остеосинтеза длинных трубчатых костей предложенным нами способом достигается жесткое соединение отломков за счет плотного охвата стержня стенками костных отломков и винтами. Последние как бы выполняют роль дополнительных стенок костных отломков и способствуют плотному охвату ими стержня. Тем самым исключается избыточная подвижность концов костных отломков после такого остеосинтеза и создается условие для благоприятного заживления костной раны с образованием костной мозоли. Исключается повреждение тканей эндоста костно-мозгового канала отломков, как одного из трех источников образования костной мозоли в области излома кости.

Прочная фиксация отломков, предложенным нами способом, позволила в послеоперационном периоде отказать от гипсовой иммобилизации конечности.

Выводы. Таким образом, применение предлагаемого способа открытого интрамедуллярного

остеосинтеза длинных трубчатых костей позволило уменьшить травматичность операции на ткани костномозгового канала, добиться прочной фиксации отломков, предупредить возможности миграции фиксатора, тем самым дало возможность разработать близлежащие крупные суставы в ранние сроки в послеоперационном периоде, что привело к сокращению сроков их медицинской и социальной реабилитации.

Литература:

1. Шумада И.В., Рыбачук О.И., Катонин К.И. и др. Дифференцированный подход к оперативному лечению стойких посттравматических разгибательных контрактур коленного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1986. - №1. – С.43-44
2. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руковод. для врачей. В 3 томах. – М.: Медицина, 1997. – Т.2. – С. 152-154.
3. Баскевич М.Я. Вопросы регенерации, остеоперации и лечения переломов (теоретические аспекты фрактуриологии) // Тюмень: Изд-во «Вектор-бук», 1999. – 175 с.
4. Баскевич М.Я., В.И. Кучерюк, А.С. Сурков. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез переломов бедренной кости гвоздем с дистальным трубчатым запором // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2001. - № 5. – С. 32-33.
5. Kanellopoulos A.D., Yiannakopoulos C.K., Vossinakis I., Badras L.S. Distal Locking of Femoral Nails Under Direct Vision Through a Cortical Window // J. of Orthopaedic Trauma. 2003. Vol. 17 (8). P. 574-577
6. Жанаспаев М.А., Рахымғалиев Б.А., Мысаев А.О. Определение жесткости фиксации системы для внутрикостного блокирующего остеосинтеза длинных трубчатых костей «Наука и здравоохранение» Медицинский научно-практический ежеквартальный журнал, 71№ 3, 2006. – С. 69-71

Ұзын түтікше сүйектерінің диафиздік сынығының интрамедуллярлы остеосинтезі

Б.А. Рахымғалиев

Берілген ғылыми жұмыс, ұзын түтікше сүйектерінің жабық диафиздік сынығын емдеу нәтижелерін жақсартуға арналған. Ұсынылып отырған ұзын түтікше сүйектерінің ашық диафиздік сынығының интрамедуллярлы остеосинтезі әдісін қолдану арқылы, сүйек сынықтары және бұранданың қабырғаларын өзекшенің тығыз қамтуының нәтижесінде, сүйек кемігі каналының тініне жасалған операцияның жарақаттығын азайтуға, сынықтардың тығыз бекітілуіне мүмкіндік береді, фиксатордың миграцияға мүмкіндігінің алдын алады, операциядан кейінгі кезеңде жақын жатқан буынның ерте мерзімде жетілуіне мүмкіндік туғызады.

The results of treatment of patients with closed shaft fracture

B.A. Rakhymgaliev

Present scientific research purposed to improve the results of closed shaft (diaphyseal) fracture of long bones. Suggested method of opened intramedullary osteosynthesis of long bones fracture ensures the rigid connection of fragments, because of dense scope of rod by the walls of bone fractures and screws, which are allowed us to reduce of trauma of operation on (intra) medullar canal tissues, prevent the possibility of fixator migration. Thereby it gives the opportunity to work out the neighbor major joints in early terms in postoperative period

УДК 616.718.72-001.5-089.84

ПЕРЕЛОМЫ ПЯТОЧНЫХ КОСТЕЙ: ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

К.Р. Акильжанов

*Городская клиническая больница №1, г. Павлодар
Государственный медицинский университет г. Семей*

Переломы пяточной кости относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательной системы, влекут за собой длительные анатомо-функциональные нарушения, а в осложненных случаях приводят к инвалидности. Закрытые переломы пяточной кости составляют до 3% всех повреждений костей скелета [1]. Основным механизмом травмы

с повреждением заднего отдела стопы является падение с высоты [2]. У такой категории пострадавших преобладают сложные переломы пяточных костей, из которых 20% - открытые [3]. Падение с высоты, кроме изолированных переломов пяточных костей, бывает причиной повреждения других костей, а также внутренних органов. Исходы

лечения переломов пяточных костей при политравме менее благоприятны, чем при изолированных повреждениях [3-5]. В свою очередь, лечение внутрисуставных переломов пяточной кости со смещением ведет к неудовлетворительным результатам в 60-90% случаев, а в 40% наблюдений возникает необходимость в повторных вмешательствах спустя 2-3 года после травмы [5]. При сочетанных политравмах с переломом пяточных костей приоритетным является лечение повреждений внутренних органов, длинных трубчатых костей, а затем уже пяточной кости [4,5].

При нормальном распределении нагрузки на область стопы и голеностопного сустава у больных, перенесших переломы пяточных костей, особенно в категории сочетанных травм, наблюдается развитие дегенеративных изменений суставных поверхностей. В дальнейшем до 25% таких пострадавших становятся нетрудоспособными и инвалидами [5].

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения по истории болезни и динамическому наблюдению больных с переломами пяточных костей, которым была оказана медицинская помощь в травматологическом пункте Городской клинической больницы № 1 г. Павлодара с 2006 по 2008 г.

Всего было пролечено 51 больных с тяжелыми компрессионными и импрессионными переломами пяточной кости, из них с оскольчатыми переломами пяточной кости со смещением костных отломков - 16 (31,4%), с оскольчатыми внутрисуставными переломами - 27 (53,0%), переломами обеих пяточных костей со смещением - 5 (9,8%), открытыми внутрисуставными - 3 (5,9%). Мужчин было 43 (84,3%), женщин - 8 (15,7%). По возрастным группам пострадавшие распределились следующим образом: от 18 до 27 лет - 14 (27,4%); от 28 до 37 лет - 15 (29,4%); от 38 до 47 лет - 11 (21,6%); 48 до 57 лет - 7 (13,7%); от 58 до 67 лет - 4 (7,8%).

Основным механизмом повреждения у наблюдаемых нами больных было падение с высоты (более 70%). Причиной сочетанных повреждений в наших наблюдениях, кроме кататравмы, были дорожно-транспортные происшествия (около 30,0%).

Первоначально все больные прошли стационарное лечение, а дальнейшее наблюдение и лечение проводилось в травмункте г. Павлодара. Изолированные переломы пяточной кости диагностированы у 35 больных: одной пяточной кости - у 28, обеих - у 7. Другую группу составили больные с переломами пяточных костей в сочетании с повреждениями других костей скелета и травмами внутренних органов, в том числе в сочетании с переломами плюсневых костей, таранной кости и лодыжек - 9 больных; переломами бедра и голени - 7; переломами костей таза - 2; переломами вертлужной впадины - 1, компрессионными переломами тел позвонков - 2; повреждением грудной клетки - 2, повреждением органов брюшной полости - 1; с черепно-мозговой травмой - 8 человек.

В стационаре 15 больным с изолированными переломами пяточной кости при поступлении выполнялось скелетное вытяжение по А.В. Каплану. Этим же методом продолжалось лечение у 20 (41,4%) больных с последующей фиксацией стандартной гипсовой повязкой. Закрытый внешний остеосинтез (ЗВО) спицевыми или спице-стержневыми аппаратами внешней фиксации (АВФ) был выполнен в 30 (58,8%) случаях. Фиксация поврежденной конечности АВФ проводилась 3,0-3,5 месяца с этапным назначением курса лечебной физкультуры, массажа, физиопроцедур. Мы наблюдали в 70% случаев развитие осложнений в виде остеопороза костей стопы, болезни Зудека, остеоартроза таранно-пяточного сочленения и суставов среднего отдела стопы с выраженным болевым синдромом, ухудшающих качество жизни больного. Как

показывают данные литературы [1-4] и наши собственные исследования, проведение спицы через плюсневые кости приводит к длительной фиксации и неподвижности голеностопного сустава в таранно-пяточном сочленении, способствующим развитию трофических нарушений в стопе и голеностопном суставе в целом, что противоречит современной концепции ЛФК (ранняя активация движений в суставах). С другой стороны, при внутрисуставных оскольчатых переломах пяточной кости не удается добиться адекватной анатомической репозиции отломков и конгруэнтности суставных поверхностей, хотя таранно-пяточный угол Белера приближается к нормальным значениям. В дальнейшем после лечения аппаратами внешней фиксации у прослеженных нами больных формировалось посттравматическое плоскостопие. Больные проходили длительный период медицинской, социальной и трудовой реабилитации.

При использовании гипсовой повязки через 4,0-4,5 недель в условиях травмункта следует освободить коленный сустав. Общая продолжительность гипсовой иммобилизации - 2 месяца, затем больные проходят курс ЛФК, физиопроцедур, массажа. Продолжительность консервативного лечения - до 3,5-4,0 месяца.

Длительные некупирующиеся боли, особенно усиливающиеся при осевых физических нагрузках, контрактуры суставов стопы, остеоартрозы, посттравматическое плоскостопие, болезнь Турнера - Зудека - Маркелова стали причиной инвалидности у 2 больных с переломами пяточной кости и у 2 пострадавших с переломами обеих пяточных костей, одному из которых в дальнейшем был произведен подтаранный артродез. В настоящее время все перечисленные больные имеют III группу инвалидности и продолжают лечение в травмункте. Один из пострадавших с открытым оскольчатым внутрисуставным переломом длительно лечился от остеомиелита пяточной кости. Ему была выполнена секвестрэктомия, резекция пяточной кости и костно-пластические способы закрытия дефектов. Больной продолжает наблюдаться в травмункте, получил II группу инвалидности.

Переломы пяточной кости в составе сочетанной травмы стали причиной инвалидности у 5 больных: перелом пяточной кости в сочетании с переломами костей таза и вертлужной впадины - у 1 человека; с переломом бедренной кости - у 1; костей голени - у 1; ушибами грудной клетки, повреждением органов брюшной полости - у 2; с закрытой черепно-мозговой травмой - у 1 больного. У всех перечисленных больных были переломы нескольких костей, но основной причиной инвалидности стало повреждение пяточной кости. Необходимо отметить, что на стационарном этапе лечения на первый план выходили повреждения внутренних органов, трубчатых костей, выведение из шокового состояния и т.д. Пяти больным с сочетанными и множественными повреждениями определена инвалидность: одному пострадавшему - I группы (перелом трех сегментов конечности), четверым - II группы.

Таким образом, из 51 больного с переломами пяточных костей определена группа инвалидности 5 (9,8%) пострадавших. Причины выхода больных на инвалидность распределились следующим образом: тяжелые изолированные оскольчатые внутрисуставные переломы пяточной кости с неудовлетворительным снятием отломков и развитием остеоартроза, посттравматического плоскостопия, болезни Зудека, болевого синдрома - 57%, сочетанная травма - 42,8%.

Таким образом, лечение переломов пяточной кости как изолированных внутрисуставных, так и в составе сочетанной и множественной травмы, является сложной задачей, далекой от своего логического решения. Предложенные методы закрытой репозиции не оправ-

дывают себя и имеют ограниченные показания, а оперативное лечение не всегда способно восстановить анатомию пяточной кости. Длительная внешняя фиксация (гипсовая иммобилизация, АВФ) ухудшает трофические функции конечности и способствует развитию посттравматических контрактур, анкилозов, деформирующих остеоартрозов. Одной из попыток решения этой сложной задачи может быть уменьшение срока неподвижной фиксации голеностопного сустава и суставов стопы при чрескостном компрессионно-дистракционном остеосинтезе. Фиксирующий компонент АВФ, проведенный через плюсневые кости, следует удалять, как только это позволит процесс репаративной регенерации (приблизительно через 1,5 месяца). Дальнейшее лечение предусматривает функциональную внешнюю фиксацию с этапным назначением ЛФК, адекватную нагрузку

на пораженную конечность с использованием всего потенциального спектра реабилитационных мероприятий.

Литература:

1. Черкес-Заде Д.И., Каменев Ю.Ф. Хирургия стопы - М.: Медицина, 2002. - 328 с.
2. Каплан, М.Б. Характеристика повреждений при падении с высоты // Ортопедия, травматология. - 1986. - №2. - С. 21-24.
3. Коришков, НА. Лечение повреждений пяточной кости // Вестн. травматологии и ортопедии. - 2005. - № 1. - С. 90-92.
4. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы. - М., 2006. - 356 с.
5. Соколов В.А., Федосов А.П., Шарифуллин Ф.А. Особенности лечения повреждений заднего отдела стопы у пострадавших с политравмой // Вестн. травматологии и ортопедии. — 2008. — №1.-С. 6-11.

Өкше сүйегінің сынығы: емдеу негіздері және мүгедектіктің себептері

К.Р. Ақылжанов

51 өкше сүйегінің сынығы болған адамдардың емдеу нәтижелерінің ретроспективті анализі өткізілді. Жарақат жоғарыдан құлағанда пайда болды, яғни бұл қаңқаның басқа да сүйектері мен ішкі органдарының зақымдалуына әкелді. Емдеу негізгі әдісі – қаңқаны созу, 30 (58,8%) науқастарға сыртқы фиксация аппараттарымен сүйектің ішкі жағы арқылы остеосинтез жасалды. Мүгедектікке шығу себептерінің анализі жасалынды, науқастардың 9,8% мүгедек болды.

Түйін сөздер: өкше сүйегінің сынығы, посттравматикалық жалпақтабандылық, мүгедектік.

Calcaneal fractures: the results of the treatment and the reasons of disability

K.R. Akilzhanov

Retrospective analysis of treatment results in 51 patients with calcaneal fractures was performed. The main reason of injuries was the fall from a height that entailed serious consequences: fractures of other bone and visceral organs. The principal method of treatment at fractures was skeletal traction, external osteosynthesis was applied in 30 (58,8%) patients. The reasons of disability (9,8%) were analyzed.

Key words: calcaneal fractures, disability, compound and multiple injury, posttraumatic flatfoot

УДК 616.717.4-616.71-001

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Б.А. Рахымғалиев

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

Введение. Диафизарные переломы плечевой кости занимают значительное место среди других травм конечностей и остаются актуальной проблемой современной травматологии. Сопровождаются резким расстройством функций конечностей, тугоподвижностью суставов, мышечными атрофиями. Частота повреждений плечевой кости составляет от 14,5 до 16,2% среди всех переломов длинных костей конечностей, при этом диафизарные переломы составляют от 13 до 25% случаев всех повреждений плечевой кости, частота осложнений и неудовлетворительных результатов при лечении переломов плеча достигает от 18% до 39% [1]. У нас в Республике, в странах ближнего и дальнего зарубежья применяют консервативные и оперативные методы лечения при повреждениях плечевой кости. Консервативное лечение переломов плечевой кости имеет много недостатков и осложнений, приводит к инвалидности, для устранения которой уходит много времени и средств, то есть, экономически не выгодно как для больного, так и для общества.

По данным литературы, больные с переломами плечевой кости в большинстве случаев лечатся с помощью внутрикостного остеосинтеза [2].

Плечевая кость является удобной для интрамедуллярного остеосинтеза и считается самым функцио-

нальным простым и экономичным методом, есть благоприятные условия для заживления раны из-за наличия массива мышечной ткани и хорошего кровоснабжения. Чаще всего в клинической практике применяются стержни Дюбува, ЦИТО, массивные металлические фиксаторы с предварительным рассверливанием костномозгового канала [3].

Интрамедуллярный остеосинтез известными внутрикостными фиксаторами из-за их конструктивных особенностей не всегда приводит к достижению жесткого синтеза при диафизарных переломах плечевой кости, в связи с этим в послеоперационном периоде чаще всего прибегают к применению гипсовой иммобилизации. Не применение последней приводит к таким осложнениям, как переломы их от усталости металла в результате подвижности кости в области излома кости, что грозит нередко повторными операциями как удаление фиксатора и реостеосинтез.

Чаще всего при неэффективности закрытого интрамедуллярного остеосинтеза прибегают к открытому способу остеосинтеза отломков диафиза плечевой кости. Открытый интрамедуллярный остеосинтез при правильном выполнении и соблюдении правил асептики приводит к хорошим результатам и в связи с этим многие клиницисты отдают предпочтение открытому

остеосинтезу. При открытом интрамедуллярном остеосинтезе путём визуального осмотра и сопоставления отломков можно добиться жесткого соединения и отсутствия подвижности в области перелома [4].

Цель работы. Улучшение результатов лечения закрытых переломов диафиза плечевой кости.

Материалы и методы. С целью обеспечения стабильного внутрикостного остеосинтеза переломов диафиза плечевой кости, нами предложен и применяется в клинике способ открытого интрамедуллярного остеосинтеза (Приоритетная справка НИИС РК №2010/0117.1 от 28.01.2010г), при котором исключается рассверливание костно-мозгового канала отломков диафиза плечевой кости, фиксатор вводится соответственно диаметру узкого участка костно-мозгового канала отломков, а их подвижность в отношении интрамедуллярного фиксатора в области излома с широкими каналами ограничивается винтами, суживающими просвет костно-мозговых каналов отломков под диаметр фиксатора.

В настоящей работе представлены клинические наблюдения над 21 пациентом, оперированными по поводу перелома диафиза плечевой кости на базе травматологического отделения БСМП в 2007-2009 гг., являющегося клиникой ГМУ г.Семей. Из 21 пациента с диафизарными переломами плечевой кости, 11 больным применялся, разработанный нами способ открытого интрамедуллярного остеосинтеза. Группу сравнения составили остальные 10 больных, им применялся общеизвестный способ открытого интрамедуллярного остеосинтеза.

Результаты и обсуждение. Среди 21 пациента переломы диафиза плечевой кости на уровне верхней трети у 4 (19%), средней трети локализовались у 7 (33%) больных, нижней трети - у 10 (48%) пациентов.

В группе исследования, среди 11 пациентов, повреждения диафиза плечевой кости в области верхней трети у 2 (18%), средней трети локализовались у 4 (36%) больных, на уровне нижней трети у 5 (46%).

В группе сравнения, среди 10 больных переломы диафиза плечевой кости на уровне верхней трети были у 2 (20%), средней трети локализовались - у 3 (30%) больных, нижней трети - у 5 (50%) соответственно.

Среди пострадавших, мужчин было 17 (81%), женщин - 4 (19%). Преобладали лица молодого и трудоспособного возраста от 19 до 60 лет - 19 (90%), а 2 (10%) больных - старше 60 лет.

Переломы диафиза бедренной кости имели место, в основном, в результате дорожно-транспортных происшествий у 7 (33%), в быту - у 14 (67%).

Предложенный нами способ открытого интрамедуллярного остеосинтеза позволяет достичь высокой степени жесткости соединения костных отломков плечевой кости. При этом происходит плотное прилегание фиксатора к стенкам костномозгового канала плечевой кости, предотвращается миграция штифта и ротационное смещение костных отломков в отношении друг друга, практически не повреждается ткань эндоста плечевой кости. Именно минимальная травматизация костных и внутрикостных тканей является основой благоприятных исходов лечения больных по разработанному нами способу открытого интрамедуллярного остеосинтеза.

Стабильный остеосинтез избавляет больного от гипсовой иммобилизации, что позволяет совместить во времени период консолидации перелома плеча с периодом функционального лечения. Раннее обездвиживание отломков диафиза плечевой кости, предложенным нами способом, создает оптимальные возможности для репаративной регенерации.

Выводы. Таким образом, проведение интрамедуллярного остеосинтеза, предложенным нами способом, практически не повреждает ткань эндоста, позволяет достичь высокой степени жесткости соединения костных отломков плечевой кости, ускоряет процесс заживления перелома и в более ранние сроки активизирует больного.

Литература:

1. Ткаченко С.С. Остеосинтез. // Л.: Медицина, - 1987. - С. 3.
2. Ю.Г. Шапошников. Травматология и ортопедия. // Руков. для врачей. В 3 томах // М.: Медицина, 1997. - Т.2. - С. 152-154.
3. Баскевич М.Я. Вопросы регенерации, остеопарации и лечения переломов (теоретические аспекты фрактуриологии). // Тюмень: Изд-во «Вектор-бук», 1999. - 175 с.
4. Жанаспаев М.А., Рахымғалиев Б.А., Мысаев А.О. Определение жесткости фиксации системы для внутрикостного блокирующего остеосинтеза длинных трубчатых костей // Наука и здравоохранение. Медицинский научно-практический ежеквартальный журнал. - № 3, 2006. - С. 69-71.

Иық сүйегінің диафизі жабық сынған ауруларды емдеу нәтижелері

Б.А. Рахымғалиев

Берілген жұмыс ауруханада әзерленген ашық интрамедуллярлы остеосинтез әдісімен иық сүйегі диафизінің жабық сынығын емдеу нәтижелерін жақсарту мақсатында орындалды. Ұсынылып отырған әдіс эндосттың тінін зақымдамайды, иық сүйегінің сынықтарының сүйектік бірік тірілуінің қаттылығының жоғары дәрежесіне жетуіне мүмкіндік береді, сынықтың қалпына келу үдерісін тездетеді және ертерек мерзімде ауруды белсендіреді.

The results of treatment of patients with closed shaft fracture of humerus

B.A. Rakhymgaliyev

Present scientific research purposed to improve the results of closed shaft (diaphyseal) fracture of humerus using the method of opened intramedullary osteosynthesis, developed in hospital. The suggested method practically doesn't damage the endosteum tissue, also allows us to achieve the high level of rigidity of joining of humerus fractures, accelerates the process of fracture healing and activates the patient in early terms.

УДК 616.831-009.11-053.2

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ОТ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ**А.А. Ерембаева*****Департамент по контролю и социальной защите комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Восточно-Казахстанской области, г. Семей***

Церебральный паралич — это не одно заболевание, а целая группа патологических состояний. Обычно они вызываются в раннем возрасте нарушением деятельности двигательных проводящих путей головного мозга (т.е. областей мозга, ответственных за движение). К детским церебральным параличам относятся только непрогрессирующие формы поражений, возникающие либо в период внутриутробного развития, либо во время родов, либо в первые годы жизни. К 5 годам вес головного мозга ребенка достигает 90% от веса головного мозга взрослого человека.

Церебральный паралич представляет собой группу двигательных расстройств, различающихся по своим симптомам и по тяжести поражения. Ребенок с легкой формой церебрального паралича может быть просто неловким. Ребенок с тяжелой формой церебрального паралича может быть полным инвалидом, что может сочетаться еще и с умственной отсталостью; ребенок может страдать от судорожных припадков или других нарушений функций головного мозга.

К детям, имеющим высокую степень риска заболевания церебральным параличом, относятся: недоношенные дети или дети с нарушением внутриутробного развития; дети, перенесшие осложненные роды, дети, имеющие несовместимость по группе крови со своей матерью. Церебральный паралич может, однако, развиваться и у детей, родившихся своевременно и с нормальным весом. По данным Объединенной ассоциации больных церебральным параличом, на 1 000 живорожденных детей приходится от 1 до 3 новорожденных, заболевающих церебральным параличом, что означает появление около 9 000 новых случаев заболевания церебральным параличом в США ежегодно.

Церебральный паралич часто не обнаруживается сразу при рождении, так как все новорожденные плохо владеют своим телом. Их движения и действия подчинены примитивным рефлексам и вызываются автоматическими реакциями нервной системы. Примитивные рефлексy вызывают у них и изменения мышечного тонуса, и движения конечностей. По мере того как развивается головной мозг, развивается и растет сам младенец; у здорового ребенка постепенно исчезают примитивные рефлексy и появляется способность ко все более и более точному сознательному управлению движениями различных частей тела. В то же время у ребенка, больного церебральным параличом, примитивные рефлексy сохраняются дольше, чем обычно, то есть после 6 месяцев, мешая нормальным движениям и значительно задерживая развитие двигательных функций у ребенка. Ребенок с трудом осваивает такие простые возрастные навыки, как умение сидеть, переворачиваться, ползать, ходить, смеяться и говорить. Присутствие примитивных рефлексов даже у взрослых является основным признаком церебрального паралича.

Церебральный паралич нарушает не только функции головного мозга по контролю и координации движений, но и дальнейшее развитие у ребенка простых и сложных двигательных навыков, которые у здоровых детей достигаются благодаря точному и хрупкому равновесию между сигналами головного мозга, контролирующими сознательные и непроизвольные движения. Примером грубой двигательной функции является ходьба, примером тонкой двигательной функции является рисование. Хотя развитие двигательных функций замедляется, познавательные способности (восприятие реальности, мышление и память) и речевые навыки могут не затрагиваться болезнью и нормально развиваться.

Дети с церебральным параличом часто страдают от сопутствующих нарушений, и некоторые из них имеют гораздо большее значение, чем физические недостатки. Примерно две трети детей со спастической квадриплегией в той или иной степени страдают умственной отсталостью, в то время как у детей с другими типами церебрального паралича умственная отсталость выражена в меньшей степени. Степень умственной отсталости зависит от локализации и тяжести поражения головного мозга. У многих детей с церебральным параличом через некоторое время после рождения развиваются эпилептические припадки.

Более 40% больных церебральным параличом детей страдают расстройством зрения, около половины таких детей страдают расстройствами речи и способности связно выражать свои мысли. Речевые трудности могут быть следствием поражения мышц рта и глотки, что мешает произношению слов. Этим детям трудно говорить жевать и глотать, у них может наблюдаться непроизвольное слюнотечение. Повреждение или заболевание, вызывающее церебральный паралич, может также поражать речевые центры головного мозга и быть причиной неспособности к разборчивой и связной речи.

Около 20% всех детей, больных церебральным параличом, страдает потерей слуха. Среди других сопутствующих нарушений можно назвать потерю чувствительности на пораженных конечностях, нарушение осязания и неспособность к восприятию трехмерного пространства.

У детей, больных церебральным параличом, часто возникает гиперактивность, развивающаяся по мере того, как они пытаются приспособиться к своим пожизненным физическим недостаткам. Эти проблемы обостряются в подростковый период, особенно у детей с нормальным интеллектом или с интеллектом выше среднего уровня.

На сегодняшний день в Казахстане по данным Госкомстата проживает 49,8 тысяч детей - инвалидов. Это составляет 13,4 на 10 000 детского населения. Численность детей инвалидов растет с каждым годом. Уровень детской инвалидности в Европейских странах достигает 250 на 10 000 детского населения.

Таблица 1 - Динамика первичной инвалидности детей инвалидов с ДЦП в возрасте до 16 лет по возрасту и полу за 2005 и 2009 гг. по ВКО

Годы	Всего признано детьми-инвалидами	В том числе по возрасту и полу									
		До 3 лет		От 3 до 7 лет		От 7 до 12 лет		От 12 до 14 лет		От 14 до 16 лет	
		муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
2005	33	11	9	5	4	3				1	
2006	40	12	15	5	2	1	4	1			
2007	55	23	20	5	4		2				1
2008	72	26	30	6	7	2	1				
2009	70	30	19	9	11	1					
Всего	270	102	93	30	28	7	7	1		1	1

Анализ инвалидности по результатам освидетельствования детей инвалидов с ДЦП выявил, что большинство детей признаны инвалидами в возрасте до 3 лет и в основном мужского пола.

Уровень детской инвалидности представляет совокупный показатель репродуктивных потерь, ха-

рактеризующих социально-экономическое состояние, уровень образования и культуры населения и, в целом, определяет дальнейшие перспективы развития Республики Казахстан как суверенного государства.

Таблица 2 - Анализ динамики инвалидности с ДЦП и факторов влияющих на инвалидность детей с ДЦП за период с 2000 по 2009 годы по ВКО(г.Семей)

Годы	Всего впервые признаны	До 3 лет		С 3 до 7 лет		С 7 до 12 лет		С 12 до 14 лет		С 14 до 16 лет	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2000	9	4	3		1			1			
2001	12	6	2	3		1					
2002	10	6	2		1	1					
2003	10	4	3		2	1					
2004	11	5	1	1		1	2				
2005	14	5	2	1	4	1				1	
2006	19	5	7		3	1	1	1	1		
2007	35	12	16	2	2	1	1				1
2008	38	16	13	4	4		1				
2009	37	16	10	5	6						
Всего	195	79	59	16	23	7	5	2	1	1	1

Создание оптимальных условий для успешной реабилитации детей инвалидов, их успешного воспитания, обучения, социально-трудовой адаптации и интеграции относится к числу важнейших задач государства и предполагает необходимость глубокого изучения возрастных особенностей детской инвалидности.

В целях снижения показателей детской инвалидности в каждом конкретном регионе необходимо первоначально оценить направление и степень воздействия отдельных факторов и их комплекса на формирование инвалидности, выявлять основные причинно-следственные связи. Для правильной организации медико-социальных и профилактических мероприятий

необходимы сведения не только о причинах детской инвалидности с учетом особенностей изучаемого контингента, но и достоверные сведения о распространенности и характере детской инвалидности, потребности в реабилитационных мероприятиях.

Литература:

1. Динамика показателей первичной инвалидности в РК за 2000-2007 годы. Астана. - 2008. С.4-39, 172-204
2. Булекбаева Ш.А. Современные методы в комплексной реабилитации детского церебрального паралича. – Рук-во для врачей. – Астана, 2008. – 98 с.

Шығыс -Қазақстан облысындағы балалар ми параличынан болатын мүгедектік динамикасының ерекшелігі **А.А. Ерембаева**

Медициналық-әлеуметтік және профилактикалық шараларды дұрыс ұйымдастыру үшін зерттелетін контингенттің ерекшеліктерін қарастыратын мүгедектік себептері ғана қажет емес, сонымен қатар балалар мүгедектігінің өзіндігі және таратылғандығы, реабилитациялау шаралардың қажеттілігі туралы нақты мәліметтер қажет.

The features of dynamics of invalidity of children's cerebral paralysis in the East – Kazakhstan Region **A.A. Erembaeva**

For the organization of medical – social and prophylactic means it is necessary to have the data not only of the causes of children's invalidity with the features of the studying contingent, but also the real data of spreading and the features of children's invalidity, the necessity of rehabilitation means.

УДК 616.366-003.7-039.31-06:616.12-009.72

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БИЛИАРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НАЛИЧИИ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА**Г.А. Оразбекова, А.Н. Сексенали, Д.А. Сыбанбаев, Ю.В. Волков, Б.М. Муханова**
Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

Актуальность. Проблема острой билиарной патологии остается одной из наиболее актуальных, так как распространенность заболеваний данной категории на сегодня сохраняется на достаточно высоком уровне. Как хирургу, так и терапевту приходится решать сложные вопросы диагностического и тактического плана при выявлении у пациента острой патологии билиарного тракта в сочетании с теми или иными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Успехи хирургического лечения острой билиарной патологии, достигнутые в последние годы, позволяют более широко использовать для этой категории больных метод оперативного лечения. Однако, в целом ряде случаев у пациентов с заболеваниями билиарного тракта выявляются симптомы патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, что настораживает врачей при отборе больных для оперативного лечения. В решении данной задачи ведущая роль принадлежит врачам терапевтам. Объективная оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы и ее резервных возможностей у больных с острой билиарной патологией позволяет обоснованно и адекватно решать вопросы о показаниях к оперативному вмешательству.

Целью исследования явилось углубленное изучение функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных с острой билиарной патологией для выбора тактики лечения.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ и наблюдение за больными, оперированными по поводу желчнокаменной болезни, острым калькулезным холециститом в условиях Алматинской многопрофильной клинической больницы и учебно-клинического центра (УКЦ), являющихся клиническими базами Казахстанского медицинского университета. Под наблюдением находились 65 больных (26 мужчин и 39 женщин), обследованных перед хирургическим вмешательством в связи с острым калькулезным холециститом, а также обострением хронического калькулезного холецистита и холедохолитиазом. Из них, 53 пациента были оперированы. Возраст больных колебался от 36 лет до 71 года, длительность течения ЖКБ – до 12 лет. В ходе исследования, помимо общеклинического обследования, были использованы такие инструментальные методы диагностики, как ультразвуковое исследование органов брюшной полости, электрокардиография, эхокардиография, были проведены также и лабораторные исследования, как общий анализ крови, определение биохимических показателей, таких, как билирубин, глюкоза, общий белок и их фракции, амилаза, электролиты и другие. С целью дифференциальной диагностики и выявления сопутствующей коронарной патологии проводились повторные записи ЭКГ в течение 48 и 72 часов для определения наличия или отсутствия динамики изменений по типу «ишемии» и «гипоксии» миокарда, а также эхокардиографическое исследование для выявления зон гипокинезии. С целью исключения диагностических ошибок при интерпретации данных ЭКГ нами были проведены дозированные «малые физические нагрузки» в виде ходьбы по лестнице в среднем темпе, при этом учитывалось количество ступенек, пролетов и этажей. При проведении нагрузочной пробы изучались наличие и динамика жалоб в области

сердца, частота пульса, уровень артериального давления, данные электрокардиограммы до, во время, и после нагрузки.

Результаты и их обсуждение. Из 65 обследованных больных у 59 наблюдался болевой синдром в области левой половины грудной клетки. Из общего количества наблюдаемых, 8 пациентов ранее лечились по поводу ишемической болезни сердца, 3 больных перенесли инфаркт миокарда давностью более 2 лет, у 3 больных калькулезным холециститом выявлена стенокардия напряжения II функционального класса, рефлекторная стенокардия – у 4 больных. Среди наблюдаемых больных у 10 наблюдалась желудочковая экстрасистолия, мерцательная аритмия – у 2. Важное диагностическое значение имело проведение электрокардиографии. Изменения на ЭКГ отмечались у 51 больного из 65. Наиболее часто (у 48) встречались коронароподобные изменения в виде смещения сегмента ST ниже изоэлектрической линии, уплощенного, двухфазного или отрицательного зубца Т. Указанные изменения в основном наблюдались в грудных отведениях, реже в AVL и AVF, III стандартном. Установлено, что изменения конечной части желудочкового комплекса, характерные для ишемии миокарда, наблюдались и у больных, у которых отсутствовали боли в области сердца (6 больных). Это свидетельствует о влиянии интоксикации на сердечную мышцу при обострении холецистита и холедохолитиаза, особенно при затяжном приступе калькулезного холецистита. Повторные ЭКГ исследования через 48 и 72 часа не выявляли динамики изменений конечной части желудочкового комплекса у всех наблюдаемых больных. Результаты пробы с методикой «малых нагрузок» (ходьба по лестнице) были положительными лишь у 8 из 18 подвергнутых анализу пациентов. Оценивая в целом функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у обследуемых больных с острой билиарной патологией, нами было установлено, что оперативное вмешательство не имело противопоказаний у 53 больных.

Результаты нашей работы свидетельствуют о том, что болевой синдром в левой половине грудной клетки на фоне патологии билиарной системы не всегда является проявлением сопутствующей ишемической болезни сердца. Это обстоятельство позволяет считать, что наличие болей в области сердца при острой патологии билиарной системы не является основанием для отказа в оперативном вмешательстве. При наличии боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в плечо и лопаточную область в сочетании с изменениями на ЭКГ в виде элевации сегмента ST $\geq 0,5$ мм, депрессии сегмента ST $\geq 1,0$ мм и инверсии зубца Т, тактика ведения больного терапевтами на практике – выжидательная, так как выставляется диагноз ишемической болезни сердца без соответствующего анамнеза. По данным ряда авторов, подобные изменения на ЭКГ наблюдаются и при длительно протекающем холецистите, холедохолитиазе. В выборе тактики лечения в этих случаях решающее значение имеет, как правило, электрокардиография. Односторонняя трактовка данных ЭКГ при острой патологии билиарной системы является результатом их переоценки. Иначе говоря, большинство терапевтов убеждены в том, что изменения на ЭКГ, харак-

терные для гипоксии и ишемии миокарда (конечная часть желудочкового комплекса), являются противопоказанием для оперативного лечения.

При определении показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству при острой билиарной патологии, руководствуясь и опираясь на результаты клиники, ЭКГ, ЭХОКГ изменений, включая данные нагрузочных проб, динамического ЭКГ – исследования, нами был сужен круг больных, которых хирурги вели консервативно ввиду наличия изменений на электрокардиограмме, касающихся конечной части желудочкового комплекса. Из 65 больных 53 были оперированы, из них у 16 пациентов, кроме холецистэктомии, были вмешательства на желчных путях, поджелудочной железе, фатеровом соске.

За оперированными больными проводилось наблюдение, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде до 1-2 лет. В раннем послеоперационном периоде исчезли боли в области сердца у 53 больных. У всех больных с аритмией сердца, синусовый ритм восстановился. У ряда больных в развитии болевых ощущений в области сердца и изменений конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ важную роль играло наличие сопутствующей артериальной гипертензии. У больных с артериальной гипертензией как САД, так и ДАД снизились после оперативного вмешательства на билиарном тракте.

Проведенные наблюдения свидетельствуют о том, что холедохолитиаз и острая билиарная патология зачастую сопровождаются различными кардиальными симптомами с изменениями конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ. Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы выходят за рамки коронарного синдрома рефлекторного характера. Это объясняется тем, что причиной кардиальной симптоматики является не только влияние вагуса, но и токсические факторы, связанные с воспалительным процессом в желчных путях и холемией. Следовательно, изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ, возможно связаны, как рефлекторным влиянием, так и с явлениями

интоксикации, что позволило расширить показания к оперативному лечению острой патологии билиарного тракта. Значительные ЭКГ изменения, особенно, конечной части желудочкового комплекса нормализовались после операции. Это касается не только преходящих, «отраженных» изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, но и случаев, когда имели место стенокардия различных функциональных классов и перенесенный в прошлом инфаркт миокарда. Для определения тактики лечения важную роль приобретает тесное сотрудничество между хирургом и терапевтом.

Выводы.

1. Островоспалительные заболевания билиарного тракта вызывают преходящие нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, включая изменения на ЭКГ, которые являются проявлением кардиобилиарного синдрома.

2. Наличие кардиобилиарного синдрома не является основанием лишь для консервативного ведения больных с острой билиарной патологией, в данных ситуациях целесообразна более активная хирургическая тактика, так как после оперативного вмешательства исчезают или стихают симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы, включая изменения на ЭКГ.

Литература:

1. Панфилов Б.К. Варианты билиарно-кардиального синдрома при остром холецистите// Хирургия. - 2002. - №2, с.28-30.
2. Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром – миф или реальность// Хирургия.- 2005. - №3, с.27-36.
3. Krasna M.J., Flancbaum L. Electrocardiographic changes in cardiac patients with acute gallbladder disease. Am Surg. 1986;52(10):541-3.
4. Méndez-Sánchez N., Bahena-Aponte J., Chávez-Tapia N.C., Motola-Kuba D., Sánchez-Lara K., Ponciano-Rodríguez G., Ramos M.H., Uribe M. Strong association between gallstones and cardiovascular disease. Am J Gastroenterol. 2005 Apr;827-830.

Жедел билиарлық патологияда жүрек-тамыр жүйесінде пайда болатын қайтымды өзгерістерге, соның ішінде, ЭКГ өзгерістеріне қарамастан, белсенді хирургиялық ем жүргізілуі тиімді, себебі оның нәтижесінде жүректің функциональдық жағдайы қалыптасады.

It is necessary to use an active surgical treatment at the patients with acute biliary pathology despite of the cardiac changes, including ECG changes. After such treatment the cardiac changes will disappear.

УДК 616.126.32-616-097

АУТОИММУННЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

С.Н. Татенкулова

НИИ кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы

В большинстве случаев причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Показано, что значимую роль в патогенезе данного состояния играют аутоиммунные механизмы. При ИБС обнаружено наличие аутоантител к определенным сердечным структурам, что свидетельствует о причастности аутоиммунных нарушений к патогенезу заболевания. При данной нозологии выявлены антикардиолипиновые антитела класса Ig A, высокий уровень которых сочетается с увеличением частоты и продолжительности ишемических эпизодов [1]. Установлено, что при ИБС имеются обширные поля фиксации имму-

ноглобулина G в интерстициальной ткани, очагах дезорганизации мышечных элементов миокарда и в очагах его склерозирования [2].

При дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), большая часть случаев которой, входит в группу воспалительных кардиомиопатий, аутоиммунный механизм является основным в патогенезе заболевания. Одним из ранних признаков заболевания является формирование ХСН, в развитии которой важную роль играет триггерный механизм, запускаемый вирусами [3]. Были выявлены кардиоспецифические антитела в сердце у 27% больных при ДКМП, их уровень был выражен у пациентов со злокачественным

течением болезни [4]. При ДКМП также обнаружены и другие аутоантитела к структурам сердца, а именно к β 1-адренорецепторам, удаление же антител к β 1-адренорецепторам приводило к улучшению сердечной структуры и функции при экспериментальной аутоиммунной кардиомиопатии [5]. Экспериментальные исследования подтвердили, что антитела к β 1-адренорецепторам вызывают апоптоз кардиомиоцитов, т.е. эти аутоантитела играют важную роль в патогенезе данного заболевания [6]. У больных ДКМП удаление анти- β 1-адренорецепторных антител методом иммуноадсорбции способствовало улучшению клинического течения заболевания и показателей сократительной функции сердца, снижению функционального класса (ФК) ХСН [7]. Установлено, что у пациентов с ДКМП увеличивается продукция IgG3 [8], который обуславливает сердечную дисфункцию. При удалении подклассов IgG3 методом иммуноадсорбции наблюдалось улучшение функции сердца (повышение сердечного индекса) [9]. При ДКМП выявилась распространенная фиксация иммуноглобулина G в интерстициальной соединительной ткани миокарда, обнаружена фиксация IgA в стенке капилляров и в сарколемме кардиомиоцитов. Выявление фиксации IgA в миокарде аллотрансплантата практически сразу после пересадки (на 3-и – 6-е сутки), свидетельствовало о присутствии в организме больного иммунопатологического фактора (возможно в виде антиканевых антител, иммунных комплексов или комплексов анти-вирусных антител с вирусными частицами). Авторы предположили, что в организме больного ДКМП имеет место аутоагрессия антител класса A (появившихся в результате либо острой инфекции, предшествующей ДКМП, либо других причин), направленных к антигенам тканевых структур стенок капилляров [2].

Таким образом, представляется актуальным изучить сравнительную характеристику аутоиммунного ответа у пациентов с ХСН различной этиологии.

Цель исследования: выявить особенности аутоиммунных реакций у пациентов с ХСН различной этиологии

Материалы и методы:

Изучали основные маркеры иммунной активации у 43 пациентов с ИБС I-IIБ стадии и I-IV ФК по NYHA. Из них мужчин - 41 (95 %) и женщин 2 (5%) в возрасте от 33 до 64 лет. Средний возраст 48(8) лет. ФК I было 10 (23%) человек, с ФК II - 10 (23%), с ФК III - 11 (26%), с ФК IV - 12 (28%).

В исследование были также включены 44 пациента с ДКМП I-IIБ стадиями и I-IV ФК ХСН. Среди них мужчин - 42 (95 %) и женщин - 2(5%) в возрасте от 22 лет до 61 года. Средний возраст 43(10) лет. С ФК I было 10 (23%) человек, с ФК II - 9 (20%), с ФК III - 13 (30%), с ФК IV - 12 (27%).

Эхокардиографию (ЭхоКГ) выполняли по стандартным рекомендациям с оценкой систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) на приборе HDI 5000 SonoCT (Нидерланды). Определяли конечный - систолический размер (КСР, см) и конечный - диастолический размер ЛЖ (КДР, см), конечный - систолический (КСО, мл) и конечный - диастолический (КДО, мл) объемы ЛЖ с расчетом фракции выброса (ФВ, %). Для расчета КСО и КДО использовался метод Симпсона. Диастолическую функцию ЛЖ оценивали, определяя с помощью доплер-ЭхоКГ максимальную скорость раннего диастолического наполнения (Е, см/с), максимальную скорость диастолического наполнения в систолу предсердий (А, см/с), и их соотношение (Е/А), время изоволюмического расслабления миокарда (IVRT, ms), и время замедления первого потока (Decel Time, ms).

В основе метода измерения концентрации С-реактивного белка (СРБ) и Ig G, A, M лежал нефелометрический способ детекции на основе измерения бокового

рассеяния лазерного излучения при длине волны 840 нм. Измерения проводили на анализаторе белков крови «Беринг Нефелометр» модели BN Pro Spec (Dade-Behring Marburg GmbH, Германия).

Определение содержания рецептора интерлейкина-2 (sIL-2R), IL-8 в сыворотке крови проводили на анализаторах IMMULITE 1000 с использованием реактивов фирмы «Euro/DPC» (США). В основе теста IMMULITE 1000 для определения IL-2R, IL-8 лежал твердофазный хемилюминесцентный иммуноферментный анализ («сэндвич»).

Содержание IL-6, IL-18, IL-10, IFN- γ , эндотелина в сыворотке крови оценивали методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы Biosource (Europe S.A.) для IL-6, IL-10, IFN- γ , Bender MedSystems (Австрия) для IL-18, Biomedica (Австрия) для эндотелина.

Определение концентрации NT-proBNP (N-терминального мозгового натрийуретического пептида) в плазме крови проводили с использованием теста IMMULITE 1000 «NT-proBNP» «Euro/DPC» (США), методом твердофазного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа («сэндвич»).

Измерение уровня оксида азота проводили путем определения нитритов (NO₂) и нитратов (NO₃), как продуктов метаболизма оксида азота (NO), методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) на приборе Shimadzu (Япония) с UV- детектором

Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводили с использованием проб с реактивной гиперемией (РГ) (эндотелий-зависимая вазодилатация), по ранее описанной методике [10].

Определение антител к ткани миокарда основано на методе непрямой иммунофлуоресценции. Использовались реактивы фирмы «IMMCO Diagnostics» (США) для количественного определения аутоантител к ткани сердца в сыворотке. Оптимально подготовленные препараты ткани, поставляемые с набором, инкубируют с образцами сывороток пациентов, позволяя антителам связываться с субстратом. Все несвязавшие компоненты сыворотки удаляют при промывке. Связавшие антитела класса IgG выявляют, инкубируя субстрат с конъюгатом – меченные флуоресцентной меткой антителами к IgG человека. Результат реакции наблюдают с помощью флуоресцентного микроскопа, оборудованного соответствующими фильтрами. Присутствие аутоантител к ткани сердца характеризуется фибриллярной, сарколеммной и диффузной цитоплазматической реакциями.

Сыворотка, показавшая положительный результат при скрининговом тестировании, была использована для определения титра, следуя с шага 5 до шага 13 (согласна инструкции набора). Каждая постановка включала соответствующие положительные и отрицательные контроли. Было сделано серийное двухкратное разведения, начиная с разведения в соотношении 1:10. Проведено титрования до 1:160. Титром являлась величина, обратная максимальному разведению сыворотки, которая дала положительный результат.

Анализ данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ STATISTICA. Использовали следующие методы статистического анализа: проверка нормальности распределения количественных признаков, анализ таблиц сопряженности, ANOVA по Краскелу-Уоллису, корреляционный анализ по Пирсону и по Спирмену. Выборочные параметры, приводимые в таблицах, представлены в виде M (sd) или med (Lq;Uq), где M – среднее, sd- стандартные отклонение, med – медиана, Lq;Uq - межквартильный размах. Критическое значение уровня значимости принималось равным 5%.

Результаты

Полученные результаты приведены в таблице 1

Таблица 1 - Титры антимиокардиальных аутоантител у больных с ИБС и ДКМП

Группы больных	Общее количество пациентов	Титр аутоантител 1:20	Титр аутоантител 1:40	Титр аутоантител 1:80	Титр аутоантител 1:160
ИБС	17	11	1	4	1
ДКМП	15	5	0	6	4

У 17 больных с ИБС были обнаружены антимиокардиальные аутоантител (АМАТ), из них у 11 пациентов - в титре 1:20, у 4 - 1:80, у одного - 1:40 и у одного - 1:160.

У 15 пациентов с ДКМП были обнаружены эти аутоантитела, из них у 6 - в титре 1:80, у 4 - 1:160, у 5 - 1:20.

Результаты пробы с реактивной гиперемией и эхокардиографии у пациентов с ДКМП приведены в таблице 2. Уровни NT-proBNP, иммуноглобулинов, СРБ, sIL-2R у них представлены в таблице 3.

Таблица 2 - Результаты пробы с реактивной гиперемией (дилатации, зависимой от потока) и эхокардиографии у больных ДКМП с отсутствием и наличием антимиокардиальных аутоантител

Показатели	ДКМП с отсутствием аутоантител	ДКМП с наличием аутоантител
Дилатация, зависимая от потока, %	5.12 (4.00; 7.01)	3.57 (2.55; 6.07)*
КСР, см	6.2 (1.2)	5.7 (0.8)
КДР, см	7.1 (1.2)	6.7 (0.8)
КСО, мл	195 (75)	162 (73)
КДО, мл	265 (88)	225 (81)
ФВ, %	29 (9)	30 (9)
E, cm/s	51.8 (41.0; 92.8)	90.2 (66.9; 110.0)
A, cm/s	48.1 (36.8; 60.2)	44.4 (36.8; 60.9)
E/A	1.6 (0.7; 2.3)	1.6 (1.5; 2.2)
Decel Time, ms	137.5 (120; 200)	125 (110; 170)
IVRT, ms	97 (77; 120)	75 (75; 85)

Примечание: *p=0.01 – по отношению к группе, где не выявлены антитела

Таблица 3 Уровни NT-proBNP, иммуноглобулинов, СРБ, цитокинов, sIL-2R, эндотелина, метаболитов NO у больных ДКМП с отсутствием и наличием антимиокардиальных аутоантител

Показатели	ДКМП с отсутствием аутоантител	ДКМП с наличием аутоантител
NT-proBNP, pg/ml	1368 (575; 2850)	1397 (709; 5074)
IgA, г/л	3.02 (2.29; 4.34)	2.18 (1.49; 2.68)*
IgM, г/л	1.27 (0.98; 1.52)	0.87 (0.64; 1.56)
IgG, г/л	11.60 (10.00; 12.20)	11.00 (9.16; 12.00)
СРБ, г/л	1.66 (0.96; 3.24)	2.22 (1.06; 6.27)
IFN-γ, pg/ml	30.53 (19.87; 34.22)	41.60 (22.33; 117.07)
IL-6, pg/ml	2.53 (1.02; 4.07)	3.87 (2.33; 5.09)
IL-8, pg/ml	8.50 (5.00; 10.80)	6.81 (5.00; 12.90)
IL-18, pg/ml	227.7 (85.1; 244.3)	240.6 (140.7; 322.8)
sIL-2R, Е/мл	522 (434; 639)	550 (395; 678)
Метаболиты NO, мкМ/Л	45.2 (34.8; 60.9)	52.7 (28.4; 75.3)
Эндотелин, fmol/ml	0.829 (0.631; 1.224)	1.151 (0.839; 1.524)**

Примечание: *p<0.001, **p<0.05– по отношению к группе без антител

При ДКМП с положительным титром аутоантител наблюдалось достоверное повышение уровня эндотелина, ухудшение показателей вазорегулирующей функции эндотелия, была выявлена тенденция к повышению уровня СРБ, IFN-γ.

Результаты пробы с реактивной гиперемией и эхокардиографии пациентов с ИБС представлены в таблице 4, а уровни у них NT-proBNP, иммуноглобулинов, СРБ, sIL-2R, эндотелина, метаболитов оксида азота показаны в таблице 5

Таблица 4 - Результаты пробы с реактивной гиперемией и показатели эхокардиографии у больных ИБС с отсутствием и наличием антимиокардиальных аутоантител

Показатели	ИБС с отсутствием аутоантител	ИБС с наличием аутоантител
Дилатация, зависимая от потока, %	5.12 (2.74; 6.65)	4.00 (2.50; 7.36)
КСР, см	5.5 (0.8)	5.5 (0.9)
КДР, см	6.5 (0.7)	6.8 (0.8)
КСО, мл	158 (45)	155 (53)
КДО, мл	232 (55)	244 (64)
ФВ, %	32 (7)	35 (7)
E, cm/s	67.7 (52.6; 81.8)	73.1 (65.4; 84.2)
A, cm/s	49.1 (36.7; 69.6)	62.0 (45.9; 85.7)
E/A	1.2 (0.8; 2.1)	1.2 (0.8; 1.9)
Decel Time, ms	162 (135; 205)	197 (135; 220)
IVRT, ms	102 (75; 125)	122 (95; 155)*

Примечание: *p=0.02- по отношению к группе без антител

Таблица 5 - Уровни NT-proBNP, иммуноглобулинов, СРБ, цитокинов, sIL-2R, эндотелина, метаболитов NO у больных ИБС с отсутствием и наличием антимиеокардиальных аутоантител

Показатели	У больных ИБС с отсутствием аутоантител	У больных ИБС с наличием аутоантител
NT-proBNP, pg/ml	807 (426; 1309)	612 (370; 1855)
IgA, г/л	2.74 (2.11; 3.46)	2.93 (2.57; 3.46)
IgM, г/л	1.16 (0.91; 1.70)	0.88 (0.67; 1.45)
IgG, г/л	11.85 (10.50; 12.90)	11.50 (10.50; 12.00)
СРБ, г/л	1.85 (1.02; 5.60)	2.26 (1.00; 3.84)
IFN- γ , pg/ml	21.92 (18.22; 24.79)	23.56 (19.00; 29.30)
IL-6, pg/ml	2.62 (1.02; 4.95)	1.31 (0.44; 1.75)
IL-8, pg/ml	6.65 (5.00; 8.66)	6.67 (5.46; 7.43)
IL-18, pg/ml	233.2 (111.3; 313.7)	322.8 (235.1; 416.4)
sIL-2R, Е/мл	563 (435; 770)	560 (415; 622)
Метаболиты NO, мкм/л	47.0 (36.8; 62.8)	49.5 (38.7; 61.2)
Эндотелин, fmol/ml	0.702 (0.488; 1.039)	0.968 (0.720; 1.305)

При ДКМП с наличием АМАТ выявлены корреляционные связи между NT-proBNP и IL-8 ($p=0.57$). Уровень IL-8 прямо коррелировал с концентрацией эндотелина ($p=0.58$), метаболитов оксида азота ($p=0.54$), отрицательно коррелировал с ФВ ($p=0.56$). Содержание СРБ коррелировало с уровнем метаболитов оксида азота ($p=0.61$) и IL-6 ($p=0.83$). Уровень IL-6 прямо коррелировал с уровнем IL-18 ($p=0.94$),

с уровнем метаболитов оксида азота ($p=0.83$). IFN- γ отрицательно коррелировал с ФВ ($p=0.55$), с показателем диастолической функции сердца Decel time ($p=0.89$).

Нами выявлены определенные корреляционные связи между медиаторами воспаления при отсутствии и наличии титров аутоантител. Данные показаны в таблицах 6 - 8.

Таблица 6 - Корреляционные связи в группе больных ИБС с отсутствием и наличием антимиеокардиальных аутоантител

	ИБС с наличием аутоантител						ИБС с отсутствием аутоантител		
	СРБ	IFN- γ	IL-18	IL-8	NO	Ig G	СРБ	sIL-2R	NT-proBNP
NT-proBNP	0.60	-	-	-	0.59	-	-	-	-
Фракция выброса	-	-	-	-0.50	-	-	-0.43	-	-
КСР	-	-	-	0.48	-	-	0.50	-	-
КСО							0.41		0.40
КДР							0.43		
Дилатация, зависимая от потока	-	-	-	-	-	-	-0.50	-	-
Лейкоциты	-	-	0.53	-	-	-	-	-	-
Метаболиты NO	-	-	-	-	-	0.55	0.50	-	-
IgA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IgM	-	-	-	-	-	-	-	0.40	0.44
IgG	-	-	0.67	-	-	-	-	-	-
IFN- γ	-	-	0.62	-	-	-	-	-	-
IL-18	-	0.62	-	-	-	0.66	-	-	-
Эндотелин						-0.50			

Таблица 7 - Корреляционные связи в группе больных ДКМП с отсутствием и наличием антимиеокардиальных аутоантител

	ДКМП с наличием аутоантител				ДКМП с отсутствием аутоантител			
	IL-6	IFN- γ	IL-8	СРБ	Ig G	СРБ	IL-8	NT-proBNP
NT-proBNP	-	-	0.57	-	-	-	-	-
Фракция выброса	-	-0.55	-0.56	-	-	-	-	- 0.44
КСР	-		-	-	-	-	-	0.51
КСО								0.47
КДР								0.50
КДО								0.43
Decel Time	-	- 0.89	-	-	-	-	-	-
Дилатация, зависимая от потока	-	-	-	-	-	-0.43	-	-
Лейкоциты	-	-	-	-	-	-	-	-
Метаболиты NO	0.83	-	0.54	0.61	-	0.39	-	-
IgA	-	-	-	-	0.57	-	-	-
IgM	-	-	-	-	-	-	-	-
IgG	-	-	-	-	-	-	-	-
IFN- γ	-	-	-	-	-	-	-	-
IL -18	0.94	-	-	-	-	-	-	-
Эндотелин	-	-	0.58	-	-	-	-	-
sIL-2R	-	-	-	-	-		0.49	-
СРБ	0.83	-	-	-	-	-	-	-
IL-6	-	-	-	0.83	-	-	-	-

Таблица 8 - Корреляционные связи у пациентов ДКМП с отсутствием и положительными титрами аутоантител 1:80 и 1:160

Пациенты ДКМП	
Аутоантитела отсутствуют	Аутоантитела в титрах 1:80 и 1:160
NT-proBNP и ФВ ($\rho=-0.44$)	NT-proBNP и ФВ ($\rho=-0.71$)
СРБ с метаболитами NO ($\rho=0.39$),	СРБ с метаболитами оксида азота ($\rho=0.64$)
sIL-2R с IL-8 ($\rho=0.49$).	sIL-2R с IL-8 ($\rho=0.66$)
IgA с IgG ($\rho=0.57$)	IgA с КСР ($\rho=0.67$).
СРБ с показателем дилатации, зависимой от потока ($\rho=-0.43$)	СРБ прямо коррелировал с IL-8 ($\rho=0.64$)
NT-proBNP и КСР ($\rho=0.51$)	СРБ с IL-6 ($\rho=0.90$)
NT-proBNP и КСО ($\rho=0.47$)	NT-proBNP с sIL-2R ($\rho=0.67$)
NT-proBNP и КДР ($\rho=0.50$)	NT-proBNP с IL-8 ($\rho=0.68$)
NT-proBNP КДО ($\rho=0.43$)	IL-8 с метаболитами оксида азота ($\rho=0.68$)

У пациентов с ДКМП и высокими титрами АМАТ (1:80 и 1:160) выявлены следующие корреляционные связи: NT-proBNP отрицательно коррелировал с ФВ ($\rho=-0.71$), прямо коррелировал с уровнем IL-8 ($\rho=0.68$) и sIL-2R ($\rho=0.67$). Высокий уровень IL-8 прямо коррелировал с sIL-2R ($\rho=0.66$), с СРБ ($\rho=0.64$), с метаболитами оксида азота ($\rho=0.68$). Содержание СРБ прямо коррелировал с уровнем IL-8 ($\rho=0.64$) и IL-6 ($\rho=0.90$), с метаболитами оксида азота ($\rho=0.64$). IgA прямо коррелировал с КСР ($\rho=0.67$).

В группе ДКМП с отсутствием аутоантител были следующие корреляционные связи. Высокий уровень NT-proBNP отрицательно коррелировал с ФВ ($\rho=-0.44$), с КСР ($\rho=0.51$), с КСО ($\rho=0.47$), с КДР ($\rho=0.50$), с КДО ($\rho=0.43$). IgG прямо коррелировал с IgA ($\rho=0.57$). Содержание СРБ коррелировало с уровнем метаболитов оксида азота ($\rho=0.39$), отрицательно коррелировало с показателем дилатации, зависимой от потока ($\rho=-0.43$). IL-8 прямо коррелировал с уровнем sIL-2R ($\rho=0.49$).

В группе ИБС с наличием АМАТ высокий уровень NT-proBNP коррелировал с концентрацией СРБ ($\rho=0.60$). IFN- γ прямо коррелировал с уровнем IL-18 ($\rho=0.62$). IL-18 прямо коррелировал с уровнем IgG ($\rho=0.67$), лейкоцитов крови ($\rho=0.53$). IgG прямо коррелировал с уровнем Ig A ($\rho=0.55$), отрицательно - с уровнем эндотелина ($\rho=-0.50$). IL-8 прямо коррелировал с КСР ($\rho=0.48$), ФВ ($\rho=-0.50$).

В группе ИБС с отсутствием аутоантител были следующие корреляционные связи. sIL-2R прямо коррелировало с содержанием IgM ($\rho=0.40$). Уровень СРБ коррелировал с ФВ ($\rho=-0.43$), с КСР ($\rho=0.50$), с КСО ($\rho=0.41$), КДР ($\rho=0.43$), отрицательно - с показателем дилатации, зависимой от потока ($\rho=-0.50$).

Обсуждение.

Известно, что повышение уровня NT-proBNP характеризует степень сердечной недостаточности. В данной работе степень сердечной недостаточности и связь с медиаторами воспаления усиливалась по мере нарастания титра антител. Уровень NT-proBNP прямо коррелировал с IL-8 при наличии АМАТ ($\rho=0.57$) (таблица 7). При более высоком титре аутоантител (1:80 и 1:160) усилена связь NT-proBNP с уровнем IL-8 ($\rho=0.68$), выявлена прямая корреляционная связь NT-proBNP с sIL-2R ($\rho=0.67$), а также IL-8 и sIL-2R коррелировали между собой ($\rho=0.66$) (таблица 8). Полученные данные показывают важную роль аутоиммунного фактора и медиаторов воспаления в прогрессировании тяжести сердечной недостаточности. Подтверждением этому служит то, что в группе ДКМП с отсутствием аутоантител не выявлено связи между факторами воспаления и сердечной недостаточностью.

При ИБС у 17 (39%) пациентов выявлены антимиекардиальные антитела в титре 1:20 и выше, а у остальных 26 (61%) – эти аутоантитела отсутствовали. При ДКМП у 15 (34%) пациентов обнаружены АМАТ (из них у 6 больных в титре 1:80, у 5 – 1:20, а у 4 – в титре 1:160), а у 29 (66%) больных АМАТ не выявлены. Это значит, что у больных

ДКМП выражен аутоиммунный компонент, о чем свидетельствуют более высокие титры антител, чем у пациентов с ИБС. В нашем исследовании при ДКМП выраженный аутоиммунный механизм воспалительной реакции сочетался с повышением уровней IFN- γ , СРБ, но вероятно, из-за мало количества пациентов в наблюдаемых группах нами не получено статистически значимых данных.

Как известно, IL-8 (CXCL8) – относится к хемокинам – медиаторам, вызывающим направленную миграцию (хемотаксис) лейкоцитов в очаг воспаления. Установлено, что IL-8 – значимый предиктор общей и сердечно-сосудистой смертности [11]. Известно также что у больных ДКМП наблюдается активация хемотаксиса [12], обнаружены хемокины и увеличение экспрессии рецепторов хемокинов (CCR 2, CXCR 1) в миокарде, и доказана их роль в прогрессировании тяжести сердечной недостаточности [13, 14]. Проведенные нами исследования показали, что при ДКМП наблюдается повышение уровня IL-8, по сравнению с его уровнем у здоровых (где уровень IL-8 ниже 2 пг/мл). При титре антител 1:80 высокое содержание sIL-2R коррелировало с уровнем IL-8 ($\rho=0.66$). По уровню sIL-2R мы можем косвенно судить о содержании IL-2 в организме, и тогда мы можем предположить повышение уровня данного цитокина. Роль IL-2 и IL-8 изучили при почечной недостаточности. Выявлено, что повышенный уровень IL-8 был связан с содержанием IL-2, который влиял на соотношения Th-1/Th2-клеток в сторону увеличения содержания Th-1 [15]. Таким образом, при ДКМП наблюдается активный воспалительный процесс по Th-1 типу.

У больных ДКМП при наличии АМАТ, повышенный уровень IL-8 прямо коррелировал с содержанием эндотелина ($\rho=0.58$) и метаболитов оксида азота ($\rho=0.54$), отрицательно - с ФВ ($\rho=-0.56$), что свидетельствует об участии медиаторов воспаления в развитии эндотелиальной дисфункции и нарушениях систолической функции сердца.

Медиаторы воспаления играют важную роль в патогенезе ДКМП, что подтверждено результатами ряда исследований, основанных на изучении тканей сердца. Обнаружено увеличение продукции mRNA СРБ кардиомиоцитами и повышение экспрессии mRNA TNF- α в миокарде, что коррелировало с расширением полостей и увеличением объемов сердца [16, 17]. При ДКМП хемокины (MCP-1, IL-8) и рецепторы хемокинов (CXCR 4) локализованы в большом количестве в миокарде, что доказывает участие этих факторов в развитии и нарастании тяжести данного заболевания [13, 14]. При изучении ткани, взятой во время пересадки сердца у больных с неинфекционной кардиомиопатией в ней было обнаружено большое количество IL-6 и его рецепторов, что доказывает роль данного цитокина в патогенезе заболевания [18]. В нашем исследовании при высоких титрах АМАТ выявлены корреляционные связи между СРБ и IL-8 ($\rho=0.64$), а также с IL-6 ($\rho=0.90$). Повидимому, взаимосвязь между эффектами провоспалительных факторов неоднозначна. Так, показано, что при

повышении содержания медиаторов воспаления не выявлено взаимного усиления эффекта, а наоборот, происходит взаимное его подавление. В эксперименте IL-8 вызывал увеличение экспрессии CD 11/CD18, а СРБ – CD 18. При одновременном действии смеси этих двух факторов – СРБ и IL-8 отсутствовали стимулирующие влияния на CD11 и CD18, и смесь не обладала хемотаксическим действием [19]. Следовательно, повышение уровней медиаторов воспаления надо рассматривать как сложное сетевое взаимодействие, вероятно, как механизм саморегуляции.

У больных с ДКМП обнаружена корреляционная связь между IL-6 и содержанием IL-18 ($p=0.94$). А также выявлена связь уровней IL-6 и IL-10 ($p=0.95$) ($p=0.051$). Уровень IL-10 определялся у 7 (16%) пациентов с ДКМП. Доказано, что повышение IL-6 и IL-10 обуславливает меньшую выживаемость пациентов и при других заболеваниях [20], и выявлен неблагоприятный прогноз при таком сочетании [21].

При наличии АМАТ, в группе ДКМП обнаружено участие воспалительных медиаторов в эндотелиальной дисфункции и нарушениях функции сердца, что подтверждается наличием следующих корреляционных связей. Уровень IL-6 прямо коррелировал с содержанием метаболитов оксида азота ($p=0.83$). IFN- γ отрицательно коррелировал с показателями эхокардиографии – с ФВ ($p=0.55$) и Decel time ($p=0.89$).

В группе больных ДКМП с отсутствием аутоантител выявлена связь воспалительного процесса с эндотелиальной дисфункцией. Повышенный уровень СРБ положительно коррелировал с уровнем метаболитов оксида азота ($p=0.39$), и отрицательно – с показателем дилатации, зависимой от потока ($p=0.43$). Высокий уровень IL-8 прямо коррелировал с уровнем sIL-2R ($p=0.49$), что, по-видимому, обуславливает активный воспалительный процесс по Th-1 типу.

У пациентов с ИБС, при наличии АМАТ установлена связь воспалительных изменений с тяжестью сердечной недостаточности. Так, уровень СРБ прямо коррелировал с уровнем NT-проBNP ($p=0.60$). Уровень IL-18 прямо коррелировал с уровнем IFN- γ ($p=0.62$), с IgG ($p=0.67$), с содержанием лейкоцитов ($p=0.53$). Как известно, повышение содержания и продукция IL-18 и IFN- γ взаимосвязана. В ряде работ показано, что IL-18 продуцируются гепатоцитами, способствует выработке IFN- γ клетками селезенки, стимулирует активность NK-клеток, усиливает продукцию гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF) и снижает продукцию IL-10 мононуклеарами периферической крови. Доказано, что IL-18 и IFN- γ усиливает ответ CD-8+ - лимфоцитов на антиген [22]. Установлено, что эти лимфоциты играют важную роль в атерогенезе [23]. Кроме того, отмечено, что IL-18 повышает уровни хемокинов и провоспалительных цитокинов, вызывает экспрессию гена IFN- γ и повышает цитотоксичность натуральных киллеров [22, 24]. Известно, что активация IFN- γ способствует продукции IgG. Установлена связь воспаления с показателями систолической функции сердца: КСР ($p=0.48$) и ФВ ($p=0.50$).

Высокий уровень sIL-2R является предиктором агрессивного течения ДКМП [25]. У больных с ИБС и ДКМП обнаружено статистически значимое повышение уровня sIL-2R (у здоровых показатель sIL-2R был 296 (270; 306) Е/мл ($p<0.001$)). Высокий уровень sIL-2R прямо коррелировал с уровнем Ig M ($p=0.40$). Известно, что IL-2 способен через синтез ретинойной кислоты, оказывать модулирующие эффекты и на Т и В – клетки, и может увеличить *in vitro* поликлональный ответ В-клеток, и соответственно синтез иммуноглобулинов [26]. Таким образом, видимо, цитокины влияют на продукцию иммуноглобулинов. У пациентов с ИБС, также установлена связь воспаления с систоличе-

ской дисфункции сердца и эндотелиальной дисфункцией. Так, уровень СРБ коррелировал с КСР ($p=0.50$), с КСО ($p=0.41$), с КДР (0.43), с ФВ ($p=0.43$) и показателем дилатации, зависимой от потока ($p=0.50$). Подтверждено влияние уровня СРБ на функцию сердца [27] и на возникновение эндотелиальной дисфункции [28, 29].

Таким образом, выраженность аутоиммунного компонента является характерной для воспалительной реакции и определяет выраженность эндотелиальной дисфункции, нарушение функции сердца и тяжесть ХСН.

Выводы:

1. При ДКМП выраженность аутоиммунного компонента воспаления определяет тяжесть сердечной недостаточности.

2. При сердечной недостаточности, у пациентов ДКМП выявлены антимиекардиальные аутоантитела в более высоких титрах, чем при ИБС, что свидетельствует о более выраженном аутоиммунном воспалительном процессе

3. При сердечной недостаточности эндотелиальная дисфункция, нарушение систолической и диастолической функции сердца связаны с воспалительным процессом

Литература:

1. Ikonomidis I, Lekakis J, Vamvakou G et al. IgA anti-cardiolipin antibody is associated with the extent of daily-life ischaemia in patients with chronic coronary artery disease. *Heart* 2007; 93 (11): 1412-3
2. Белецкая Л.В., Баранова Ф.С., Могилевский Г.М. и соавт. Иммунопатологическое исследование миокарда при дилатационной кардиомиопатии. *Архив патологии* 1992; 4: 24-26.
3. Pankuweit S, Hufnagel G, Eckhardt H et al. [Cardiotropic DNA viruses and bacteria in the pathogenesis of dilated cardiomyopathy with or without inflammation] *Med Klin (Munich)* 1998; 93(4):223-8.
4. Bilińska Z.T, Caforio A.L, Grzybowski J et al. Organ-specific cardiac autoantibodies in dilated cardiomyopathy. Frequency and clinical correlates in Polish patients. *Eur Heart J* 1995; 16(12):1907-11.
5. Matsui S, Larsson L, Hayase M et al. Specific removal of beta1-adrenoceptor autoantibodies by immunoabsorption in rabbits with autoimmune cardiomyopathy improved cardiac structure and function. *J Mol Cell Cardiol* 2006; 41(1):78-85.
6. Gao Y, Liu H.R, Zhao R.R, Zhi J.M. Autoantibody against cardiac beta1-adrenoceptor induces apoptosis in cultured neonatal rat cardiomyocytes. *Acta Biochim Biophys Sin (Shanghai)* 2006; 38(7):443-9.
7. Wallukat G, Reinke P, Dörfel W.V et al. Removal of autoantibodies in dilated cardiomyopathy by immunoabsorption. *Int J Cardiol* 1996; 54(2):191-5.
8. Wang Z, Liao Y, Yuan J et al. Analysis of specific Th1/Th2 helper cell responses and IgG subtype antibodies in anti-CD4 monoclonal antibody treated mice with autoimmune cardiomyopathy. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci* 2008; 28(4):409-14.
9. Staudt A, Böhm M, Knebel F et al. Potential role of autoantibodies belonging to the immunoglobulin G-3 subclass in cardiac dysfunction among patients with dilated cardiomyopathy. *Circulation* 2002; 106(19):2448-53).
10. Иванова О.В., Балахонова Т.В., Соболева Г.Н. и др. Состояние эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии у больных гипертонической болезнью, оцениваемое с помощью ультразвука высокого разрешения. *Кардиология* 1997; 7: 41-45
11. Panichi V, Taccola D, Rizza G.M et al. Interleukin-8 is a powerful prognostic predictor of all-cause and cardiovascular mortality in dialytic patients. *Nephron Clin Pract* 2006; 102(2):c51-8.

12. Sigusch HH, Lehmann MH, Reinhardt D et al. Chemotactic activity of serum obtained from patients with idiopathic dilated cardiomyopathy. *Pharmazie* 2006; 61(8):706-9.
13. Damås J.K, Eiken H.G, Oie E et al. Myocardial expression of CC- and CXC-chemokines and their receptors in human end-stage heart failure. *Cardiovasc Res* 2000;47(4):778-87.
14. Seino Y, Ikeda U, Sekiguchi H et al. Expression of leukocyte chemotactic cytokines in myocardial tissue. *Cytokine* 1995; 7(3):301-4.
15. Abou-Shousha S.A, Youssef A.I. Interleukin-2 regulatory effect on P-selectin and interleukin-8 production in patients with chronic renal failure. *Egypt J Immunol* 2006; 13(1):11-8.
16. Chang H.J, Chung J, Choi B.J et al. The origin of proinflammatory cytokines in patients with idiopathic dilated cardiomyopathy *J Korean Med Sci* 2003; 18(6):791-6.
17. Satoh M, Nakamura M, Akatsu T et al. C-reactive protein co-expresses with tumor necrosis factor-alpha in the myocardium in human dilated cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail* 2005; 7(5): 748-54.
18. Plenz G, Song Z.F, Tjan T.D et al. Activation of the cardiac interleukin-6 system in advanced heart failure. *Eur J Heart Fail* 2001; 3(4):415-21.
19. Galkina E.V, Nazarov P.G, Polevskikh A.V et al. Interactions of C-Reactive Protein and Serum Amyloid P Component with Interleukin-8 and Their Role in Regulation of Neutrophil Functions. *Russ J Immunol* 2000; 5(4):363-374.
20. Nacinović-Duletić A, Stifter S, Dvornik S et al. Correlation of serum IL-6, IL-8 and IL-10 levels with clinicopathological features and prognosis in patients with diffuse large B-cell lymphoma. 1: *Int J Lab Hematol* 2008; 30(3):230-9.
21. Stäger S, Maroof A, Zubairi S et al. Distinct roles for IL-6 and IL-12p40 in mediating protection against *Leishmania donovani* and the expansion of IL-10+ CD4+ T cells. *Eur J Immunol* 2006; 36(7):1764-71.
22. Yamaoka-Tojo M, Tojo T, Inomata T et al. Circulating levels of interleukin 18 reflect etiologies of heart failure: Th1/Th2 cytokine imbalance exaggerates the pathophysiology of advanced heart failure. *J Card Fail* 2002; 8(1):21-7.
23. Kleemann R, Zadelaar S, Kooistra T. Cytokines and atherosclerosis: a comprehensive review of studies in mice. *Cardiovasc Res* 2008; 79(3):360-76.
24. Okamoto M, Kato S, Oizumi K et al. Interleukin 18 (IL-18) in synergy with IL-2 induces lethal lung injury in mice: a potential role for cytokines, chemokines, and natural killer cells in the pathogenesis of interstitial pneumonia. *Blood* 2002; 99(4):1289-98.
25. Limas C.J, Hasikidis C, Iakovou J et al. Prognostic significance of soluble interleukin-2 receptor levels in patients with dilated cardiomyopathy. *Eur J Clin Invest* 2003;33(6):443-8.
26. Ballow M, Xiang S, Greenberg S.J et al. Retinoic acid-induced modulation of IL-2 mRNA production and IL-2 receptor expression on T cells. *Int Arch Allergy Immunol* 1997; 113(1-3):167-9.
27. Michowitz Y, Arbel Y, Wexler D et al. Predictive value of high sensitivity CRP in patients with diastolic heart failure. *Int J Cardiol*. 2008; 125(3): 347-51.
28. Schwedler S.B, Kuhlencordt P.J, Ponnuswamy P.P et al. Native C-reactive protein induces endothelial dysfunction in ApoE-/- mice: implications for iNOS and reactive oxygen species. *Atherosclerosis* 2007; 195(2): e76-84.
29. Schwartz R, Osborne-Lawrence S, Hahner L et al. C-reactive protein downregulates endothelial NO synthase and attenuates reendothelialization in vivo in mice. *Circ Res* 2007;100(10):1452-9.

Әртүрлі этиологиялы созылмалы жүрек шамасыздығы кезіндегі аутоиммунды реакциялар **С.Н. Татенқұлова**

Жұмыстың мақсаты - Әртүрлі этиологиялы созылмалы жүрек шамасыздығымен ауыратын науқастардағы ерекшеліктерін анықтау.

Материалдар мен әдістер: Жүректің ишемиялы ауруымен (ЖИА) ауыратын (NYHA бойынша I-IV ФК) 43 науқастың иммунды белсенділік маркерлері зерттелді. Зерттеуге сол сияқты ДКМП-мен ауыратын (СЖШ I-IV ФК) 44 науқас қатысты.

Нәтижелері: ДКМП-мен ауыратын науқастарда антимиокардиалдық антиденелер ЖИА кезіндегі көп титрде анықталды, бұл аутоиммунды қабыну үрдісінің айқынырақ екенін куәландырады. СЖШ кезіндегі эндотелиалды дисфункция, жүректің систолалық және диастолалық қызметі қабыну үрдістерімен байланысты.

Қорытынды: Ауру ағымының ауырлығын анықтайтын әртүрлі этиологиялы жүрек шамасыздығы кезіндегі аутоиммунды реакциялар ерекшеліктері анықталды.

УДК 616.126.32-08

ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Л.К. Ушқац

Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний. Распространенность ХСН в общей популяции составляет 1,5-2,0%, однако среди лиц старше 65 лет она достигает 6-10%. Несмотря на значительные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, частота ХСН не только не снижается, но неуклонно растет. К основным группам препаратов, используемым для лечения больных ХСН, следует относить ингибиторы АПФ, диуретики, β-блокаторы, сердечные гликозиды, антагонисты альдостерона. [2,3]

Анализ историй болезни пациентов с ХСН показал, что препараты, оказывающие наибольшее влияние на снижение смертности и улучшение качества жизни, применяются менее чем у половины больных с ХСН. Это связано с укоренившимися представлениями о побочных эффектах, возникающих на фоне приема β-блокаторов. До недавнего времени наличие тяжелой степени сердечной недостаточности также причисляли к противопоказаниям для назначения β-блокаторов.[4]

Цель исследования: изучение влияния блокатора α -, β -адренергических рецепторов карведилола (кардиваса) на больных с тяжелой сердечной недостаточностью.

Материалы и методы: Карведилол (Кардивас фирмы «Sun Pharmaceutical Industries Ltd» Индия) — многожественного действия нейрогормональный антагонист, который показан для эффективной терапии застойной сердечной недостаточности и артериальной гипертензии. Характерной чертой Карведилола является то, что наличие компонента, оказывающего блокирующее действие на α -рецепторы, помогает снизить сосудосуживающий эффект β 2-блокирующего компонента. В свою очередь β - блокирующий компонент тормозит рефлекторную тахикардию, вызванную блокирующим действием на α -рецепторы.[1.5]

В исследование включено 65 больных (37 женщин, 28 мужчин, средний возраст 56 лет) с клиническими признаками тяжелой сердечной недостаточности (одышка и слабость в состоянии покоя или при минимальной физической нагрузке) и фракцией выброса левого желудочка $<25\%$ вследствие ишемической или не ишемической кардиомиопатии. Больных распределили в 2 группы. Больные группы 1 ($n = 33$) получали Карведилол, группы 2 ($n = 32$) плацебо. Начальная доза карведилола составляла 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим увеличением через каждые 2 недели до 6,25; 12,5; 25 мг 2 раза в день. Темп наращивания дозы и окончательная доза карведилола для каждого больного подбирались индивидуально с учетом клинических данных. Все больные получали диуретики, которые назначались с целью свести до минимума степень задержки жидкости, а также ингибиторы АПФ, допускалось также лечение дигиталисными препаратами, спиролактоном, вазодилататорами и амиодароном. Больные обследовались амбулаторно через каждые 2 месяца, срок наблюдения составлял 7,5 месяцев.

Результаты. В группе лечения Карведилолом у ряда больных в первые 2 недели лечения наблюдалось уменьшение степени выраженности клинических симптомов заболевания, таких как одышка, тахикардия, сла-

бость, ФВ увеличилась к 4-6 месяцу на 6% ($p < 0,001$). Через 6 месяцев наблюдения в группе лечения карведилолом было больше больных с улучшением и меньше больных с ухудшением самочувствия, чем в группе плацебо. При лечении карведилолом наблюдалось меньше тяжелых нежелательных событий ($p < 0,002$), в частности ухудшения сердечной недостаточности, внезапной смерти, кардиогенного шока, желудочковой тахикардии. На фоне лечения карведилолом уменьшилась потребность внутреннего введения диуретиков и препаратов с положительным инотропным действием. При лечении карведилолом больные реже госпитализировались в связи с нарушением ритма сердца или ишемией миокарда. Пациенты группы карведилола провели в стационаре на 25% меньше, чем больные группы плацебо.

Вывод. Добавление карведилола к традиционной терапии у больных с симптомами сердечной недостаточности уменьшает тяжесть сердечной недостаточности, возникновение тяжелых клинических осложнений, улучшает качество жизни, увеличивает выживаемость, снижает риск смерти, прогрессирования заболевания, госпитализации.

Литература:

1. Лякишев А.А. Влияние карведилола на заболеваемость больных с тяжелой хронической сердечной недостаточностью. Кардиология, - 2006г. - №8. - С.73
2. Исаева Б.Г. Клиническая эффективность эгглока в лечении сердечной недостаточности. Медицина. - 2007г. - №1. - С. 115-116.
3. Либов И.А., Немировская А.И. Место β - блокаторов в лечении хронической сердечной недостаточности. Лечащий врач. - 2004г. - №2. - С. 12-14
4. Cohn J.N. / Beta-blockers in heart failure. Eur.Heart. J., 2004, 19, Suppl. F: F52 – F55.
5. Packer M., Coats A.G., Fowler M.B. et al. Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure. Engl. J. Med. 2007; 344: 1651 – 1658.

a-1,в-1, в-2, блокаторлы адренорецепторлар карведилоломмен жүректің созылмалы қабыну ауруын емдеу мәсiлдерi ұсынылады. Карведилола дозасын өсiрiмелi жағдаймен әрбiр ауруға жеке берiлдi СЖҚ ауруымен ауыратын адамдарға дәстүрлi еммен бiрге карведиолланы қосып бергенде өмiр суру дәрежесi жақсарып аурудың алдын алып, өлiм санын азайтуға септiгiн тигiздi.

We represent a new way of treating a chronic cardiac deficiency using blockader of α , β_1 , β_2 -adrenoreceptors by carvedilol (cardivas). Combination of carvedilol and the traditional therapy makes the life of the people with chronic cardiac deficiency better, improves the prognosis, brings relief and reduced the risk of death.

УДК 615.015.6-616-097

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, СОЧЕТАННОЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Л.Ю.Беспалова

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

Клиническая практика убедительно свидетельствует о роли личности пациента, его типологических особенностей, имеющих существенное значение в формировании зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Зависимости от ПАВ у лиц с различными преморбидными характерологическими особенностями протекает неидентично (1,2). Проблема влияния личностного фактора, несмотря на многочисленные работы (3,4,5,6), остается недостаточно разработанной, особенно у лиц

с зависимостью от опиоидов с присоединением к уже сформировавшейся наркомании ВИЧ-инфекции.

Задачей настоящей работы является сравнительное изучение клиники ВИЧ-инфицированной героиновой наркомании у лиц с преморбидными чертами в рамках расстройства личности и акцентуации характера с учетом биологических, социально-психологических, в том числе микросоциальных факторов.

С этой целью исследовано 228 ВИЧ-инфицированных пациентов с зависимостью от опиоидов, состоящих на учете в центре по профилактике и борьбе со «СПИД» г.Алматы. Поводом для взятия на учет в «СПИД» центр лиц, страдающих зависимостью от опиоидов, в частности героиновой наркоманией, было обнаружение в крови у наркозависимых антител к ВИЧ-инфекции и дополнительное подтверждение диагноза в процессе обследования клиническими проявлениями заболевания. Окончательно диагноз ВИЧ-инфекции верифицирован в ИФА и иммуноблоттинге.

Материалы и методы исследования. Особое значение для возникновения зависимости к ПАВ, в частности к опиоидам, имеют не просто особенности личности, а также и мотивация к употреблению наркотиков. Приобщение к наркотикам связано с выбором путей реализации потребностей, что в свою очередь определяется психологическими, конституциональными особенностями индивида, а так же микросоциальной средой. Из микросоциальных факторов, по мнению В.С.Лапон, А.Алонзо (1997) важную роль играют нарушение функциональных отношений в семье.

По мнению и российских авторов (5,7,8,9) среди социально-психологических параметров, способствующих развитию зависимости к ПАВ, особое значение придается характеру родительской семьи, условиям внутрисемейного воспитания.

Изучение семейного анамнеза у 228 ВИЧ-инфицированных героиновой зависимости пациентов, показывает немаловажное значение для последующего развития наркомании у потомства неблагоприятного микросоциального окружения.

Среди родственников I-ой степени родства у 83 (36,4%) наших пациентов отмечена «семейная отягощенность» - систематическое употребление различных ПАВ, чаще всего алкоголя. Как отмечают И.П.Анохина и др. (10) наличие алкогольной зависимости у кого-либо в семье повышает риск любых форм зависимости от наркотиков. Это позволяет предположить большую роль биологической предрасположенности в развитии зависимости от ПАВ. Помимо этого достаточно большое значение имеют и негативные социально-психологические моменты, в частности воспитание в неполной семье (136 пациентов – 59,6%), неудовлетворительные материально-бытовые условия семьи. Так же средовой фактор, являясь причиной фрустрационных, невротизирующих моментов, способствует раннему приобщению к ПАВ.

Рассматривая наркоманию как полиэтиологическое заболевание с участием биологических, социально-психологических факторов, трудно определить главенствующую роль какого-либо из этих моментов. Повидимому, их следует рассматривать комплексно. Вместе с тем при однотипных микросредовых условиях особенности формирования зависимости от ПАВ различны. И это, прежде всего, связано с индивидуально-конституциональными особенностями пациентов на разных уровнях функционирования организма. В этом плане наиболее важным представляются преморбидные особенности личности, изучению которых посвящено настоящее исследование с использованием клинικο-катамнестических, клинικο-психологических методов.

Среди обследованных 228 пациентов, имеющих достоверный диагноз зависимости от опиоидов I-II степени лица с характерологическими особенностями в форме расстройства личности и акцентуации характера занимают существенную долю, достигая до 82,5% (188 человек от общей совокупности пациентов). При этом остается открытым вопрос в какой степени и в каком

направлении происходит изменение патологических черт у зависимых лиц от опиоидов при присоединении ВИЧ-инфекции.

Клинικο-катамнестическое исследование путем интервью с самими пациентами, при возможности с их близким окружением, изучением архивных медицинских документов, у 123 пациентов (53,9%) состоявших на учете в наркологических учреждениях позволяет ранжировать клинические варианты расстройства личности и акцентуации характера. При интервьюировании пациентам задаются заранее и предельно структурированные вопросы в непринужденной для пациента обстановке. Вопросы направлены для получения данных о прошлой жизни пациента, об его особенностях характера, о пристрастиях к ПАВ, о первых проявлениях аддиктивного и делинквентного поведения. Преимуществом этого метода является то, что врач ведет непосредственное наблюдение за поведением пациента и имеет возможность интерпретации полученных ответов. Интервью само по себе должно касаться не только того, что происходило с индивидом, но также его восприятия этих событий жизни, его оценок происходящих событий в настоящий момент. При этом, полученные информации о личностных особенностях пациента, носили довольно достоверный характер. Следует отметить, что выявленные черты характера, в основном были присущи и до формирования зависимости к наркотическим средствам.

Также в амбулаторных условиях наиболее приемлемыми методами психологического исследования для изучаемого контингента пациентов, являются патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) А.Е.Личко (1981) и опросник К.Леонарда (11) для выявления типов акцентуации.

Клинικο-психологический анализ выявленных личностных особенностей у зависимых лиц от опиоидов до заражения ВИЧ-инфекцией, позволяет ретроспективную диагностику и акцентуации характера, и расстройства личности у изучаемого контингента, где явно преобладают акцентуации характера (112 пациентов - 49,1%).

При оценке акцентуации характера, придерживаясь определения и классификации А.Е.Личко (1977), выявлена частота неустойчивого (42 человека – 37,5%), истероидного (37 человек – 33%), конформного (18 человек – 16,1%) и смешанного (шизоидно-эпилептоидный и шизоидно-неустойчивый) – 15 человек (13,4%) типов «явной» акцентуации. Следует согласиться с мнением автора, что акцентуации характера «могут быть лишь почвой, преморбидным фоном» для формирования зависимости к ПАВ. У преобладающего большинства (89%) наших пациентов аддиктивное поведение с формированием начальных стадий зависимости происходило в подростковом возрасте (14-17 лет). До начала инъекционного потребления опиоидов 83% пациентов имели опыт применения других ПАВ (алкоголь, препараты конопли, ингалянты). Лишь 17% пациентов свой наркоманический путь начали с инъекционного введения наркотиков опиоидной группы (ханка, героин).

Объединяющим началом для перечисленных типов акцентуации характера являются инфантильность суждений, легкомысленное отношение к правилам и законам, отсутствие грани между допустимым и запрещенным; легкость контакта с асоциальными компаниями с усвоением обычаев, привычек, манеры их поведения; поиск новых ощущений, удовольствий.

Наиболее интересна динамика этих вариантов акцентуации под влиянием дополнительных вредностей экзогенного, средового, социального, психогенного характера. Происходит своеобразная трансформация с

усложнением и видоизменением основных, базовых акцентуированных черт с присоединением неустойчивых, истероидных компонентов и формирование психопатического развития, «краевых психопатий» по О.В.Кербикову.

У 76 (40,4%) зависимых от опиоидов характерологические дисгармонии были выражены, достигая уровня психопатических расстройств. Анализ, проведенный по квалификации психопатических черт пациентов, основывался на диагностических критериях П.Б.Ганнушкина (12) и О.В.Кербикова (13). При этом учитывалась выраженность патологических черт характера, их относи-

тельная стабильность и частота дезадаптационных моментов. При определении формы расстройства личности ориентировались на клинических параметрах поведенческих расстройств, придерживаясь современной классификации расстройства личности по МКБ-10. Из всех 10 разновидностей расстройства личности, нами определены наиболее часто наблюдаемые 4 варианта: эмоционально-неустойчивый, истерический, зависимый и диссоциальный.

Следует отметить, что эти варианты имеют много сходных и совместимых симптомов с выделенными типами акцентуации характера.

Таблица 1. - Характерологические особенности групп, на основе учета доминирующей симптоматики

Группы	Типы акцентуации характера	Абс. число	%	Расстройства личности	Абс. число	%
A	Неустойчивый	42	37,5	Эмоционально-неустойчивый	26	34,2
B	Истероидный	37	33,0	Истерическое	23	30,3
C	Конформный	18	16,1	Зависимое	15	19,7
D	Смешанный (шизоэпилептоидный и шизонеустойчивый)	15	13,4	Диссоциальное	12	15,8
Итого		112	100		76	100

A – повышенная возбудимость, раздражительность, несдержанность, конфликтность, склонность к дисфорическим вспышкам. Отсутствие самоконтроля. Поиск сильных и острых ощущений. Игнорирование общепринятых норм.

B – эгоцентризм, ненасытная жажда внимания, лживость, наигранная театральность, склонность к рисовке, манипулирование поведением для удовлетворения своих потребностей. Повышенная внушаемость. Прием экстравагантных, «модных» ПАВ.

C – старание соответствовать своему окружению. Податливость, зависимость, подчиняемость. Неспособность к самостоятельному решению. Черты незрелости психики. Недостаток творческой активности, безынициативность.

D – оппозиционное отношение к близким, отторженность, эмоциональное равнодушие, безответственность. Диссоциированность поведения. Импульсивность, агрессия. Игнорирование социальных норм. Периодическое стремление к праздности, поиск развлечений и принятых ощущений.

Таблица 2. - Динамическая трансформация типов акцентуации характера после присоединения к клинике зависимости от опиоидов ВИЧ-инфекции

Группы	Типы акцентуации характера	Число	%	Расстройства личности	число	%
A	Неустойчивый	11	32,4	Эмоционально-неустойчивое	57	37,0
B	Истероидный	9	26,5	Истерическое	51	33,1
C	Конформный	9	26,5	Зависимое	24	15,6
D	Смешанный (шизоэпилептоидный и шизонеустойчивый)	5	14,7	Диссоциальное	22	14,3
Итого		34	100		154	100

Как видно из таблицы 2, присоединение ВИЧ-инфекции к уже сформировавшейся клинике зависимости от опиоидов более чем в 4 раза утяжеляет поведенческие расстройства пациентов. Причем более выраженные изменения формы дисгармонических расстройств происходят в группах A и B, где отмечаются изменения выработанных компенсаторных механизмов и это усугубляют общую дисгармонию аномальной личности, углубляют ее дезадаптацию, утяжеляют стиль аффективного реагирования. Аффективные реакции в этих случаях отличаются большей глубиной, тяжестью психической дезорганизации, нередко и брутальностью.

Кроме того, мы имели возможность объективизировать полученные нами клинические данные путем применения патопсихологических методов исследования.

С учетом тяжести общего состояния пациентов и крайне негативного настроя к обследованию и лечению, нами применена нетрудоемкая психологическая диагностика – опросник Кеттелла, являющийся наиболее популярным средством экспресс-диагностики личности. Среди предложенных автором личностных опросников, для работы с нашими пациентами применен шестнадцатифакторный (16 PF) личностный опросник (14). При

интерпретации результатов опроса, наиболее показательные изменения получены в следующих блоках факторов: A, C, E, F, O, Q2, Q3, Q4. Эти данные отражают тяжелую астению, эмоциональную лабильность со склонностью к дистимиям, с учащением суицидальных намерений. Отмечается частота дисфорических реакций, агрессивных тенденций. Также пациенты предпочитают одиночество, пессимистичны в восприятии настоящего и будущего, тревожны, насторожены. Предъявляют множество жалоб невротического характера. Ипохондричны. Нарушены межличностные, коммуникативные функции.

В факторе B выявлены эмоциональная дезорганизация, ригидность, обедненность мышления, снижение мнестических функций, что обусловлено проявлениями нарко-ВИЧ-энцефалопатии.

Результаты проведенного исследования подчеркивают, что акцентуации характера нельзя рассматривать как статичный, неизменный личностный статус человека. В динамике под влиянием дополнительных вредностей, характерологические дисгармонии выходят за рамки акцентуации, приобретая формы «краевой» психопатии по О.В.Кербикову, сопровождаемая частой социальной дезадаптацией.

Литература:

1. Личко А.Е., Битенский В.С.. Подростковая наркология. - Л.»Медицина». - 1991. – С.58-60.
2. Субханбердина А.С. Опиная зависимость в структуре сочетанной психической патологии// Автореф. докт.дисс. - 2004. - 40с.
3. Бориневич В.В. Наркомании. – М.1963.-С.26-30.
4. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков.-Л.-1977.-С.61-70.
5. Рохлина М.Л., Козлов А.А.- Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение.-М.2001.-С.50-51.
6. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания.-Медпрактика.М.-2000.С19-30.
7. Москаленко В.Д. Семейная отягощенность больных наркоманиями//Вопросы наркологии.-М.-1993.№3.-С.82-88.
8. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. наркомании. патопсихология, клиника, реабилитация.-С.-П. 2001.-С.58-61.

228 апиыншыл нашакорлар наукастардын жеке тулганын ерекшеліктерін клиникопсихологиялык талдауы, оларда акцентуалык мінездерінің басым болуын (112–49,1%) анықтайды. АИВ қосылғанда, аурулардың акцентуалық мінездерінің басты ерекшеліктері О.В.Кербиковтың «шеткі психопатиясына» ауысады.

Clinical and psychological analysis of the personal peculiarities in 228 opioid dependent patients before the contamination by HIV infection reveals the predomination of the character accentuation (112–49,1%). HIV infection complicates and changes patients' basic accentuated traits they being transformed into the marginal psychopathies according to O.V.Kerbikov. It is often accompanied by the absence of social adaption.

9. Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков// Психологические исследования и психотерапия в наркологии.-Л.1989.-С.83-88.

10. Анохина И.П., Кибитов А.О., Шамакина И.Ю., Москаленко В.Д. Генетика зависимости от ПАВ. Руководство по наркологии.-М.2008.-С.80-126.

11. Опросник К.Леонгарда (характерологический опросник) //В кн.Большая энциклопедия психологических тестов.-М.2007.-С190-193.

12. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатий (1961).-Избранные труды.-М.1971.-С.163-187.

13. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. Избранные труды.-М.1964.

14. Cattell R.B.Handbook of Modern Personality.Theory-Chicago.-1971.

15. Cattell R.B., Eber H.W., Jatsuka M.M.1970

УДК 615.099

ЕСІРТКІ ЗАТТАРЫМЕН УЛАНУ КЕЗІНДЕ ИММУНДЫ ЖҮЙЕ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ИММУНДЫМОРФОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

С.А. Апбасова

Семей қаласының ММУ – нің патологиялық анатомия және сот медицина кафедрасы

Иммуноморфологиялық әдістерді енгізу патологанатомдар мен гистологтар тәжірибесінде жаңа дәуір ашты. Taylor иммуноморфологиялық зерттеулер үшін парафинді кесінділерді қолдануға болатын мүмкіндігін көрсеткеннен кейін, әсіресе 1974 жылдан соң қолдану құндылығы артты. Қазіргі уақытта иммуногистохимия көмегімен жасушалардың тек тіндік тиесілін ғана емес, сонымен қатар олардың спецификалық ерекшеліктерін, және жасушаішілік ортаның құрамын анықтайтын көптеген маркерлері бар. Иммуноморфологиялық әдістер патологанатомдармен сәтті қолданылуда, ал соңғы 3 жылда Қазақстан Республикасының сот-медицина гистологиясында да қолданылуда. Иммунды жүйе ағзаларының иммуноморфологиялық зерттеулері өлімнің уақытын анықтауға, жасын анықтауға қолданылады. Алайда есірткімен уланып қайтыс болғандарды сот-медициналық бағалауда иммунды жүйе ағзалары иммуноморфологиялық зерттеулер көмегімен анықталмаған. Алайда бұл әдіс тіпті аз аз көлемді жағдайларды қарастырғанда да дәлелді болған. Осыған байланысты біз есірткі заттарының өлімге әкелетін улануларында иммунды жүйе ағзаларының лимфоидты жүйесінің негізгі жасушаларына иммуноморфологиялық сипаттама жүргізген болатынбыз. Жүргізу әдістемесі «мәліметтер және зерттеу әдістері» бөлімінде сипатталған. Осы бөлімде үшінші және төртінші бөлімде пайдаланғандай, көкбауыр, айырша без бауыр қақпасы аймағындағы лимфа түйіндеріне мінездеме береміз. Яғни, берілген ағзаларды жедел

және созылмалы есірткілік улану, есірткі затының түріне байланысты улану, сондай-ақ есірткілік және алкогольдік улану кезінде салыстырмалы түрде қарастырдық. Бұл сызба сот- медициналық гистологиялық бағалау кезінде есірткі заттарымен өлімге әкелетіндей уланудың қосымша критерийлерін анықтауға мүмкіндік береді. Өз кезегінде танатологтардың соңғы сот- медициналық қортындысын шығаруға көмектеседі.

Көкбауырдың гистологиялық сипаттамасы ағзаны толығымен бағалауға көмектесетін нақты жіктейтін негізі жоқ. Сондықтан, көкбауырды морфологиялық зерттегенде белгілі бір көріністерін сипаттауға сүйене отырып тамырлар, және стромалар, паренхималарды бағалауға тура келеді. Мұндай сипаттамалар иммуноморфологиялық әдіс көмегімен іске асырылады. Біз Т-, В-лимфоциттерді, макроциттерді (ірі жасшалар), макрофагтарды, көкбауырдағы, айырша бездегі және лимфа түйіндеріндегі апоптоз үрдісін зерттедік.

Алдыңғы бөлімде біз есірткі заттармен улану кезінде көкбауырда морфологиялық өзгерістер кездесетінін жиі байқадық. Сонын ішінде жиі кездесетіні гемодинамикалық бұзылыстар болып табылады. Рутинді тәжірибелік жұмыс – микрофотосуреттерден кейін дайындалған, серийлік кесінділер жасадық. Көкбауырдың жеке жасушаларының сандық сипатын бағалау үшін фотосуреттер сол бір аймақтан алынып отырды.

Қызыл пульпаның жасушалық деңгейін бағалау кезінде оның жасушалық құрамы туралы сұрақ туындады. Осы сұраққа иммуноморфологиялық

әдістеме арқылы жауап табылды. Эритроциттерден басқа, көкбауырдың қызыл пульпаның функциональды белсенділігін сипаттайтын негізгі жасушалық бірлік макрофагтор болып табылады. Келесі, көп жағдайда қызыл пульпаның жауапты жасушаларына лимфоциттер, оның туындылары және нейтрофильді (кей жағдайда эозинофильді) лейкоциттер жатады. Қызыл пульпада лимфоциттер Т – жасушалары түрінде басым келеді, одан басқа, ағза стромасында және ақ пульпада да аз мөлшерде кездеседі.

Есірткі заттармен (жедел) уланған кезіндегі көкбауырдың гемодинамикалық бұзылыстарын иммундыморфологиялық бағалауында біз ошақтық қан кету аймағында бірен – саран Т – және В –лимфоциттер, көп мөлшерде В жасушалар кездесетінін байқадық.

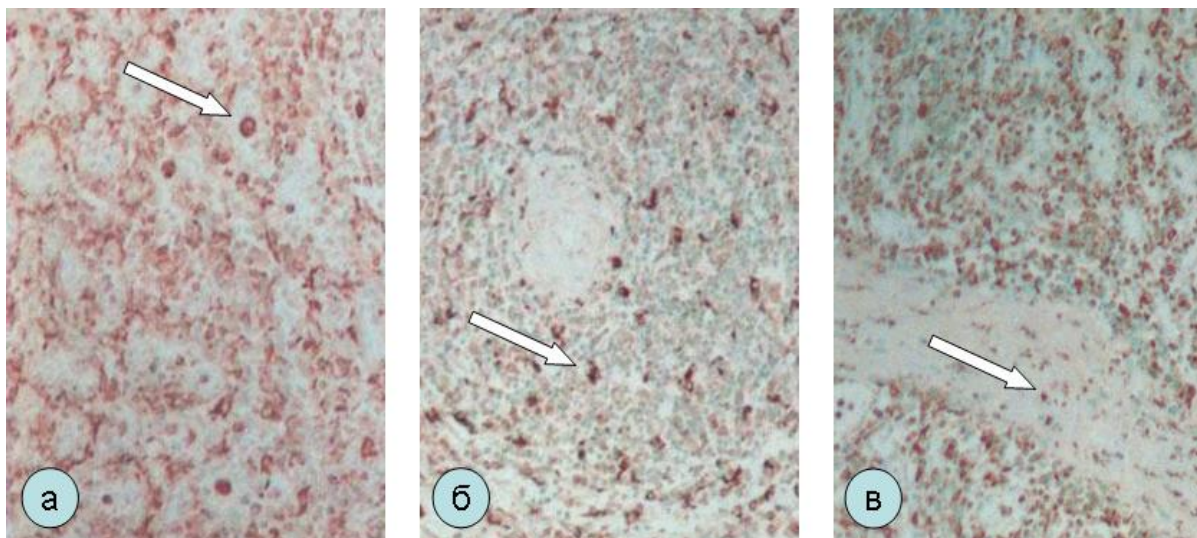
В-лимфоциттердің басым бөлігі Т-лимфоциттермен салыстырғанда лимфоидты фолликулаларда жиналған. Қызыл пульпада Т-лимфоциттер диффузды шашылып жатыр. Қызыл пульпа толақандылығының көп мөлшері кездесетін жедел қан кетуінде Т-лимфоциттер саны едәуір азайған. Көкбауырдың қызыл пульпасында В-лимфоциттердің болу өзіне тән емес. Сондықтан, оның қан кету аймағында пайда болуы түсініксіз.

Созылмалы есірткілік улану кезінде, көкбауырда толақандылықта және лимфоидты фолликулаларының гиперплазиясы да орын алғанда біз көкбауырда Т - және В - лимфоциттердің өзіне тән емес аймақта орналасқанына көңіл бөлдік. Ал жедел улануда мұндай

жағдайды біз байқамадық. Ірі жасушалар сирек жағдайда кездескен. Ал макрофагтар қызыл пульпада көп мөлшерде, ақ пульпада одан аздап азырақ кездеседі. Апоптоза үрдісі лимфоидты фолликулада бірлік жасушалар түрінде байқалған.

Шектен тыс қан кету гемосидерин тастаған эритроциттердің көп мөлшерімен сипатталады, бұл не ұзақ уақытты тұрып қалу көрінісін, не синусоидта лизистенген эритроциттердің болуын білдіреді.

Есірткімен улану кезінде жасушаның бағдарланған өлімі (апоптоз) қызыл пульпада үлкен апоптозды жасушаларымен (1 сурет а). Есірткімен жедел уланғанда апоптозды жасушалар ақ пульпада да орын (1 сурет б). Біз байқағандай, апоптозды жасушалар тіпті ағза стромасында да кездесетіні қызық жағдай (1 сурет, в). Бірақ мұндай көріністер созылмалы улануда жиі кездеседі (79,9+3,2%). Есірткі заттардың белгілі бір түріне немесе олардың біріккен түрінде қолдануға байланысты көкбауырдың иммундыморфологиялық зерттеулерді жүргізген кезде келесі айырмашылықтарды алуға мүмкіндік болды. Осылай, героин мен гашишті бірігіп қолдануда қызыл пульпаның сиретілген жағдайы кезінде макрофагтардың ошақты жиналуы және плазматикалық жасушалардың көп мөлшері анықталды. Плазматикалық жасушалардың пайда болуы антигенді стимуляцияның өршігенін білдіреді. Басқа есірткі заттармен улану кезінде бұл жасушалар кездескен, бірақ мұндай мөлшерде емес.



1 сурет – Есірткі заттармен улану кезіндегі көкбауырдағы апоптоз үрдісін иммундыморфологиялық бағалау
а - қызыл пульпадағы апоптозды жасушалар; б – лимфоидты фолликуладағы апоптозды жасушалар; в –
стормадағы апоптозды жасушалар.

Есірткі заттармен улануда көкбауырдың қызыл пульпасының жасушалық құрамына ірі жасушалар да кіреді. Негізінен, олар кездеспейтін немесе аз мөлшерді дәнекер тінді қабаттарда кездесетін. Алайда, есірткінің біріккен түрімен улану кезінде ірі жасушалар қызыл пульпаның жасушалық құрамында пайда болған, оларды жеке қарағанда саны едәуір көп болуы мүмкін. Есірткімен улану кезінде, егер лимфоидты фолликулалар герминативті орталықпен болса, онда Т- и В- лимфоциттер, сәйкесінше, олардың аумағында орналасуы біздің көңілімізді аударатындай жағдай болып табылады. Лимфоидты фолликулаларда көбею орталықтары болмағанда Т- және В- лимфоциттер өз аумағында байқалмаған.

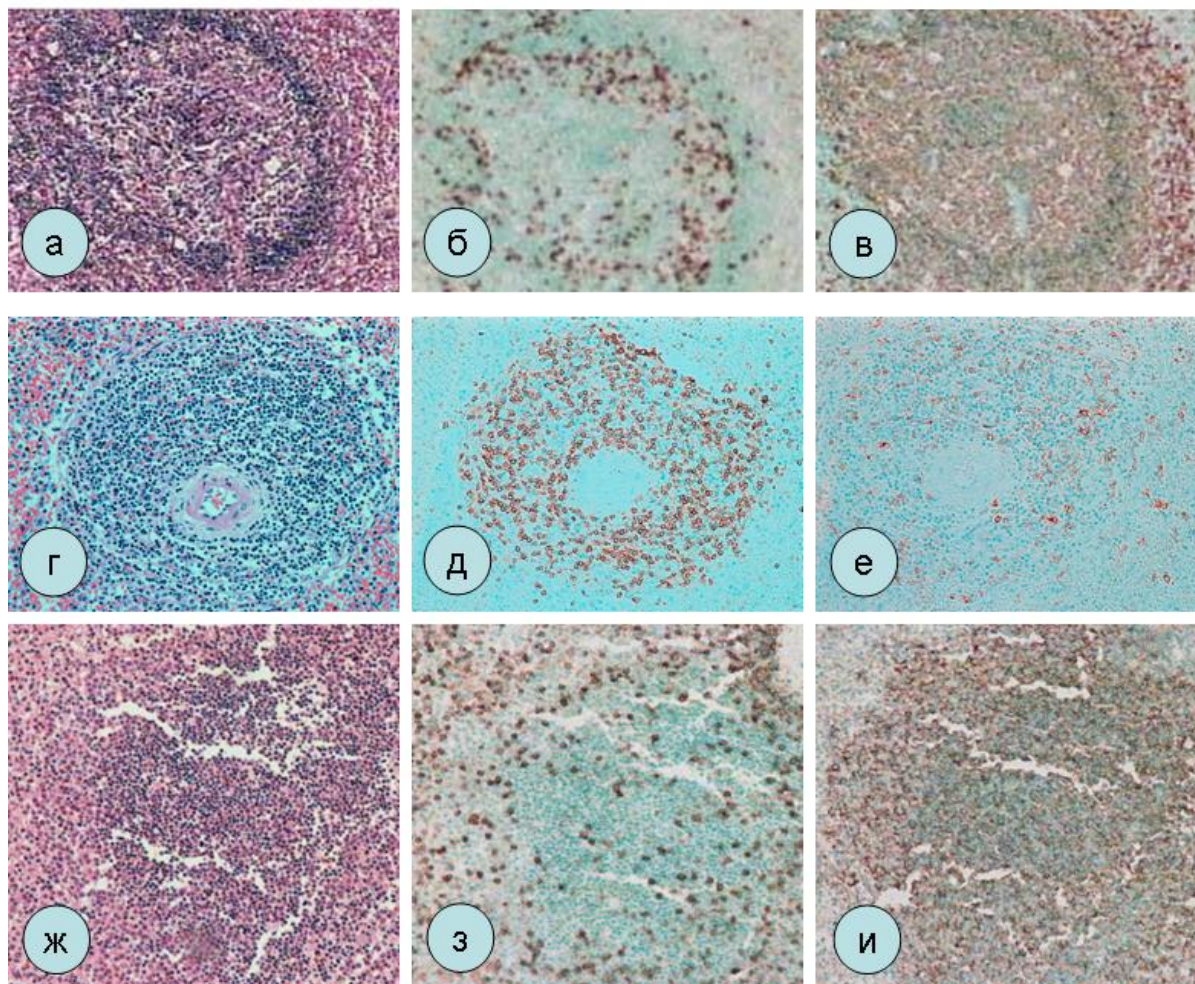
Есірткі және алкогольді улану кезінде көкбауырдың морфологиялық жағдайына салыстырмалы иммунды-

морфологиялық сараптау жүргізгенде, негізгі белгісі ағзаға алкоголь әсер еткенде лимфоидты фолликулалардың Т- және В- жасушаларының өз аумағын ауыстырмағанының байқауы болып табылады (2 сурет). Сонымен, есірткі заттарымен улану кезінде осы жұмыс бөлімін сараптай отыра, көкбауырда апоптоз үрдісі қызыл пульпа сияқты, ақ пульпада да кездесетінін айта кету керек. Ағзаға есірткінің ұзақ әсері кезінде Т - және В-лимфоциттер өз аумақтарында байқалмайды, есірткімен жедел уланғанда қан кету аймағында В- жасушалар пайда бола бастайды. Есірткілердің бірігіп әсер етуі қызыл пульпада ірі жасушалардың үлкеюін тудырады. Ал ірі жасушалардың ролі әлі күнге дейін белгісіз. Не себепті есірткі заттарына олар осылай жауап береді?

2 сурет – Есірткі және алкогольмен улану кезіндегі көкбауыр лимфоидты фолликулаларын иммундыморфологиялық бағалау

Есірткі заттарымен және алкогольмен улану кезінде апоптоз үрдісін салыстырмалы иммундыморфологиялық бағалауында ағзаға есірткінің өлімге әкелетін мөлшерімен әсер еткенде де жасушаның бағдарланған

өлімін айқын көруге болады. Алайда, біз айырмашылықтарын таба алдық. Бұл, алкогольмен улануды айтпағанда (3 сурет б), есірткі заттарымен уланған кезде $87,6 \pm 3,2\%$ жағдайда апоптозды жасушалар ақ пульпада орналасқанын сипаттайды (3 сурет, а).

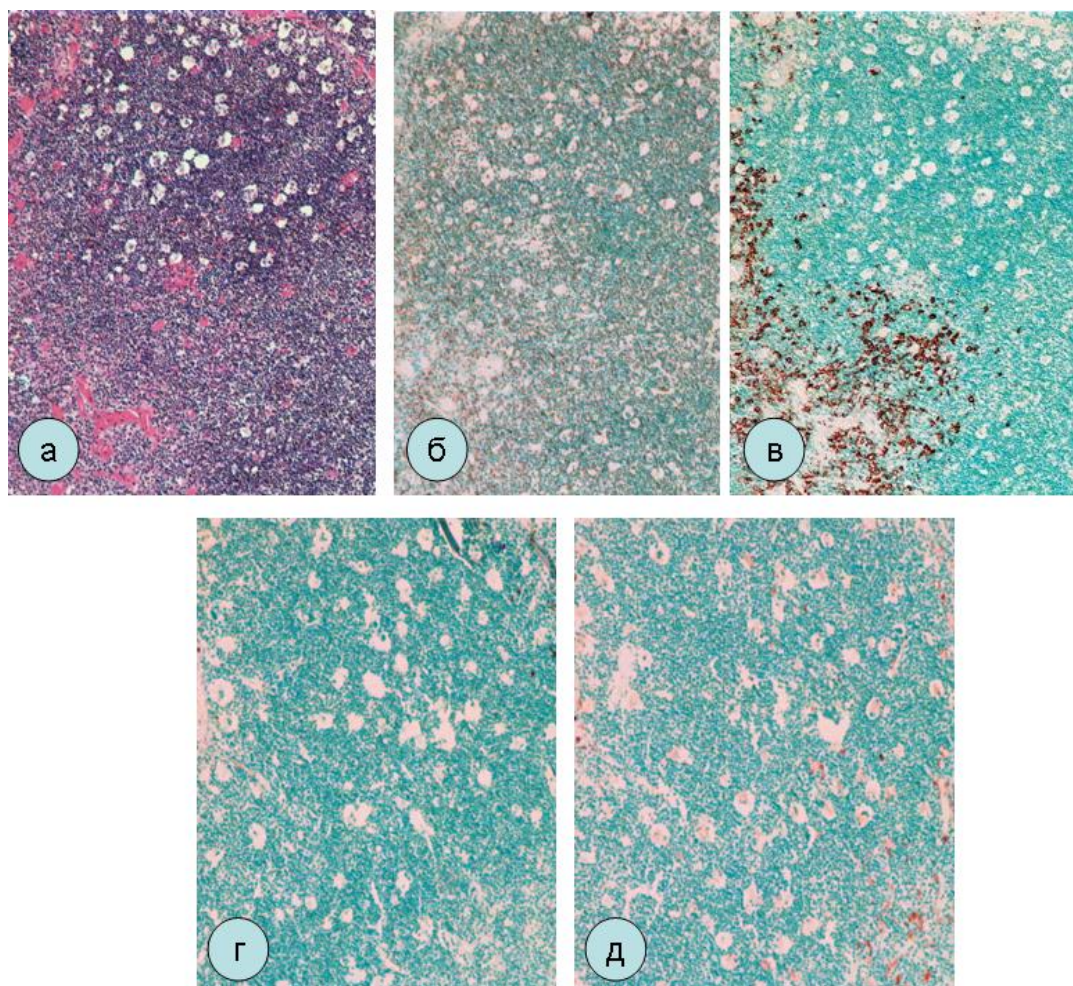


2 сурет – Есірткі және алкогольмен улану кезіндегі көкбауыр лимфоидты фолликулаларын иммундыморфологиялық бағалау

а - көбею орталығы бар лимфоидты фолликула, 21 жастағы ер адам, европеоидты, есірткімен уланған, гематоксилин және эозин бояуы; б – сол фолликула, Т-лимфоциттер, (NCL-CD3p сарысуға қарсы) в – сол фолликула, В-лимфоциттер, NCL-DFB1 сарысуға қарсы; г – көбею орталығы жоқ лимфоидты фолликула 28 жастағы ер адам, европеоидты, есірткімен уланған, гематоксилин және эозинмен бояу; д – сол фолликула, Т-лимфоциттер (NCL-CD3p сарысуға қарсы); е – сол фолликула, В-лимфоциттер, NCL-DFB1 сарысуға қарсы; ж - көбею орталығы жоқ лимфоидты фолликула, 48 жастағы ер адам, европалық, алкогольмен уланған, гематоксилин және эозинмен бояу; з– сол фолликула, Т-лимфоциттер, (NCL-CD3p сарысуға қарсы); и – сол фолликула, В-лимфоциттер, NCL-DFB1 сарысуға қарсы; үлк. х 100.

Есірткі заттарымен улану кезіндегі айырша бездің иммундыморфологиялық зерттеулерінде біз ағзаның әртүрлі морфологиялық жағдайында: фиброз, «жұлдызды аспан» және т.б кезінде жасуша құрамының зерттеулерін жүргіздік. Осылай, есірткімен уланғанда жиі кездесетін морфологиялық өзгерістерге «жұлдызды аспан» көрінісі жатады. Айырша бездің осы жағдайында лимфоидты тіннің негізгі жасушалары едәуір ажыратылады. Осылай, Т – лимфоциттер аз мөлшерде, В- жасушалары көп мөлшерде, макрофагтар

- аз, ірі жасушалар, керісінше, көп кездеседі. Ірі жасушалар В- жасушалары жиналған жерде табылады. «Жұлдызды аспан» көрінісі ағзаның инволюция белгілері болып табылады. Алдыңғы бөлімдерде, біз есірткі заттар ағзаның тез инволюциясын, әсіресе ағзаға ұзақ енгізгенде шақыратының айтып кеттік. Есірткі пайдаланушы фиброзды көрінісі бар адамдардың айырша безінің жасушалық құрамын зерттеген кезде біз бірнеше өзге көріністерді байқадық (3 сурет).



3 сурет – «Жұлдызды аспан» көрінісіндегі (серийлік кесінділер) есірткі заттарымен улану кезінде айырша безді иммундыморфологиялық бағалау

а – айырша бездегі «жұлдызды аспан» көрінісі, гематоксипин және эозинмен бояу; б - Т-лимфоциттер, қоңыр түсті, (NCL-CD3 сарысуға қарсы); в – В-лимфоциттер қоңыр түсті, NCL-DFB1 сарысуға қарсы); г – макрофагтар, NCL LN5 сарысуға қарсы; д - плазматтер, NCL-MCTYP сарысуға қарсы.

Берілген суреттен айырша бездің тінінде сақталып қалған кен өсіп келе жатқан дәнекер тін арасында Т-лимфоциттер мен макрофагтар пайда болғанын көруге болады, ал В - жасушалар бірен – саран, ал ірі жасушалар, негізінен, дәнекер тінде, макрофагтардың бір бөлігі де дәнекер тінде байқалған. Фиброз бен «жұлдызды аспан» көрінісінен басқа есірткімен улану кезінде, алдында айтып кеткендей, липоматоз да байқалған. Айырша безде липоматоз көрінісі кезінде, фиброзда сияқты, Т-лимфоциттер пайда болған, ал В-жасушаларында жоқ десе де болады. Макрофагтар да аз мөлшерде болған. Есірткімен улану кезінде Гассаль денешігі «киста тәрізді» түрі жиі кездескен. Бұл, көп жағдайда, айырша бездің нволюция жағдайында болуымен байланысты. Инволюция тек жас ерекшеліктеріне ғана емес, сонымен қатар, ағзаға есірткінің улу әсеріне де байланысты болды. Осы мақсатпен біз денешіктердің дәл осы формасында иммундыморфологиялық зерттеу жүргіздік. Гассаль денешіктердің көптеп дегенеративті өзгерген жағдайының иммундыгистохимиялық сипаттамасы өзіне тән ерекшеліктері болады. Бұл тек лимфоциттерге ғана емес, басқа да жасушалы элементтерге қатысты. Лимфоциттердің жалпы саны жоғары болған жоқ. Т-лимфоциттер кездесті, бірақ олардың орналасу заңдылығы (В – лимфоциттерге тең) сақталамаған.

Макрофагтар құрамы жоғары болған жоқ, сарысуға қарсы зат киста тәрізді өзгерген Гассаль денешіктерінде гомогенді оң реакция берді. Ірі жасушалардың саны сәл жоғары болды, олар стромада сияқты, айырша безінің паренхимасында да кездесті. Есірткі заттарын ұзақ қабылдаған кезде туындайтын айырша бездің морфологиялық өзгерістері ағзаның жасушалық құрамына әсер етеді. Есірткі затының түріне байланысты айырша бездің иммунморфологиялық зерттеуінің қорытындысын жүргізген кезде жасуша құрамының көрсеткіштері есірткі түріне емес, көбінесе, ағзада улану нәтижесінде туындаған морфологиялық өзгерістерге байланысты екенін анықтадық. Көріп отырғанымыздай, фиброз және липоматоз көріністері айырша бездің жасушалық құрамына бірдей әсер етеді, ал «жұлдызды аспан» көрінісінде мүлдем теріс мәліметтер болған. Бұл есірткілік және алкогольдік уланулар кезінде айырша бездің иммунморфологиялық зерттеуінің салыстырмалы анализіне де қатысты. Айырша бездің иммунморфологиялық зерттеуі жасушалық құрам көптеген факторларға: улы заттың әсер ету ұзақтығы, олардың біріккен түрінің әсер ету ұзақтығы және ағзаға әсер еткен синергиялық әсеріне байланысты, есірткімен улану кезінде туындаған (фиброз, липоматоз, «жұлдызды аспан») морфологиялық белгілерге

байланысты болып табылатын өзінің ерекшеліктеріне ие екенін көрсетеді.

Осы бөлімнің келесі сатысы бауыр қақпасы аймағындағы лимфа түйіндерінің иммуноморфологиялық зерттеуі болып табылады. Жоғарыда айтқандай, есірткімен улану кезінде лимфа түйіндерінде гемодинамикалық бұзылыстар пайда болады. Сериялық кесінділерді зерттегенде біз Т-лимфоциттер В-жасушалардың орнын басатынына көңіл аудардық. Ірі жасушалар аз мөлшерде кездескен және лимфоидты фолликуланың шетінде орналасқан. Есірткі заттарды ұзақ уақыт қолданғанда, біз жоғарыда айтып кеткендей, лимфоидты фолликулалардың гиперплазиясы орын алады. Созылмалы есірткімен улану кезінде лимфа түйіндердің иммуноморфологиялық зерттеуін жүргізгенде біз Т-лимфоциттердің фолликула аралық кеңістікте, В-лимфоциттердің тек фолликулаларда ғана кездескеніне көңіл аудардық. Макрофагтар мен ірі жасушалардың орналасуында да айырмашылықтар бар. Егер макрофагтар фолликула және фолликула аралық кеңістікте де кездессе, ал ірі жасушалар тек фолликула аралық кеңістікте ғана кездеседі. Лимфа түйіндерінде апоптоз үрдісін зерттеген кезде қандай да бір заңдылықтарды, көкбауыр сияқты анықтауға мүмкіндік болмады.

Есірткі затының түріне, улану түріне (есірткі немесе алкоголь) байланысты лимфа түйіндеріне иммуноморфологиялық зерттеу жүргізген кезде аса ерекше заңдылықтар байқалған жоқ. Түйіннің

жасушалық құрамының қандай да бір ерекшеліктері ағзаға есірткі затының енгізу ұзақтығына ғана байланысты болды.

Сонымен, осы статья бойынша жалпы қорытындылар шығаруға болады:

- есірткі заттарымен уланған кезде иммунды жүйе ағзаларының лимфоидты тінінің жасушалық арақатынасы, әсіресе, ұзақ есірткілік улануда, сандық бойынша да, топографиялық мәліметтер бойынша да өзгеріп отыра алады;

- есірткімен уланғанда көкбауырда Т- және В-лимфоциттер көшпелі керек орынға көше бастайды, макрофагтар сандық жағынан көбейеді, жасушаның программаланған өлімі қызыл пульпада да, ақ пульпада да байқалады;

- айырша без және лимфа түйіндерінде есірткі затының әсерінен ірі жасушалар саны артады, Т- және В-лимфоциттер саны төмендейді.

Әдебиеттері

1. Шабдарбаева Д.М. Сравнительная морфологическая оценка органов иммунной системы при насильственной смерти: дисс. д-ра мед. наук: Астана. - Каз.ГМА, 2007. - 272с.

2. Саякенов Н.Б. Есірткілік заттармен уланудағы ұйқы безінің морфологиялық өзгерістерінің сот-медициналық бағасы. Дис. автореф. мед. Ғылымының кандидаты. – Астана, 2009. – Б. 21.

Иммуноморфологическая характеристика органов иммунной системы при отравлениях наркотическими веществами

Проведены иммуноморфологические исследования селезенки, тимуса и лимфатических узлов при отравлениях наркотическими веществами. Выявлены диагностические критерии отравлений наркотиками по клеточному составу данных органов.

УДК 616.211-002.193-053.2(574)

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН ПОЛЛИНОЗДАР АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Л.Т. Сапарова

«Астана Медицина Университеті» АҚ, Астана қ.

Балалардағы аллергиялық аурулар құрылымында поллиноз басты орын алады (1,2,3). Кей зерттеушілер Алл. Р балалардың 10-15%-ында, ал ересектердің 20-30 %-ында кездеседі дегенмен, бұл аурудың жиілігінің көрсеткішін дәл анықтау мүмкін болмай отыр (4,5). Аллергиялық аурулардың дәл санын анықтау қиын, ол мына себептерге байланысты – өсімдік тозаңы құрылысының географиялық ерекшеліктері, пациенттер симптомдарды дұрыс түсіндірмейді немесе дәрігер диагнозды қате қояды (6,7,8,10). Соңғы эпидемиологиялық зерттеу мәліметтеріне қарағанда, атопиялық аурулар халықтың 40-45%-ында кездеседі, дүние жүзінде науқастар саны әрбір он жылда екі есе көбейіп отыр (9,17). Балалардың поллиноз ауруының көбеюі, тозаңдық сенсбилизацияның клиникалық көрінісінің көптүрлі болуы, ауру асқынып, бронх демікпесінің асқыну қаупі – осының бәрі бұл проблеманың маңыздылығын көрсетеді (4,5,13).

Соңғы жылдары тозаңдық бронх демікпесінің ауыр түрі ерте туындап, аурудың ағымы үдей түсу жағдайлары көп кездеседі. Қазіргі күні бронх демікпесі мен аллергиялық ринит тығыз байланысты екені дәлелденген (7,11,12,14). Аллергиялық ринит бронх демікпесінің

туындауына қауіп факторы екені көрсетілген, 32-64 % жағдайда оның дамуына әкеп соқтырады, бронх демікпесімен ауыратын 80-90% науқастарда аллергиялық ринит кездеседі (9,13,15). Сондықтан авторлардың бірқатары аллергиялық ринитті атопиялық бронх демікпесінің бастапқы сатысы ретінде қарастырады. Олар аллергиялық процесс тыныс алу органдарының барлығын қамтитынын атап айтады (5,16).

Атопиялық бронх демікпесінің қалыптасуына сыртқы ортаның айтарлықтай ықпал ететіні дәлелденген. Әдебиеттердегі мәліметтерде де климаттық-географиялық фактор ол аурудың таралуына және ағымына әсер ететіні айтылған. Балалардағы демікпенің 80 пайызы қоршаған ортаның аллергендері салдарынан болады (16,17).

Қазіргі кезде тозаңдық сенсбилизацияны емдеу және оның алдын алу аэропаллинологиялық мониторингісіз мүмкін емес деп дәлелденген.

Осыған байланысты біздің зерттеу жұмысымыздың мақсаты - поллиноз бен тозаңдық бронх демікпесі ағымының аймақтық, ауадағы тозаңның таксономиялық түрлері мен концентрациясына байланысты ерекшеліктерін зерттеу.

Балалардағы поллиноз кезінде тозаңдық бронх демікпесі ағымының аймақтық ерекшеліктеріне және спецификалық нәтижелеріне баса назар аудару қажет.

Поллинозбен ауыратын 227 бала бақылауға алынып, олардың 24-інде (10,6%) маусымдық аллергиялық ринит, 96 балада (42,3%) риноконъюнктивтік синдром, 83 балада (36,5 %) риноконъюнктивтіктен қосанжарласқан бронхобструкциялы синдром, яғни поллиноздың тозаңдық бронх демікпесіне асқынған түрі анықталды, 5 балада (2,2 %) конъюнктивит, 14 балада (6,2%) – маусымдық ринит, конъюнктивит, есекжем, Квинке ісігі, вульвовагинит анықталса, тек 5 балада (2,2%) тозаңдық аллергияның дара көрінген түрі ретінде бронх демікпесі анықталды.

Біздің қаладағы жағдай бойынша балалардың поллинозының клиникалық түрлері арасында риноконъюнктивтік синдром басым – анықталған оқиғалардың 42,3 %. Екінші орында бронхобструкциялы синдром және риноконъюнктивтік синдром – 36,5 %, одан кейін маусымдық ринит – 10,6%, сонымен қатар тозаңдық сенсбилизацияның басқа түрлері де кездеседі.

Поллиноздың бронх демікпесімен қосанжарласуының таралу көрсеткішін бұдан да анық зерттеу мақсатымен біздің аймақтағы ауылдық жерлерде тұратын балаларды эпидемиологиялық тұрғыдан зерттеу жүргізілді.

Поллиноздың жас ерекшелігіне қарай таралуы да өсіп келеді. Респираторлық аллергиямен ауыратын балалардың көбі 6 жас және 14 жас аралығында (74,8%). Бақылауға алынған поллинозбен ауыратын науқастардың 128-і ұл бала, 99-ы қыз бала.

Ұлдар мен қыздарда да поллиноздың клиникалық түрлерінен риноконъюнктивтік синдром жиі кездеседі. Бұл ауру қыздардан гөрі ұлдарда көп кездеседі.

Ұйымдастырылған балалардың арасында поллиноздың таралуы мынадай – тексерілген 1000 балаға $34,8 \pm 3,2$ -ден келді, ал ұйымдастырылмаған балалар арасында поллиноз сирек тіркелген ($8,6 \pm 1,3$) $P < 0,01$.

Поллинозбен ауыратын балалардың 87,2%-нда жусанның тозаңына сезімталдық анықталған. Екінші орында сұлыбастың тозаңына аса сезімталдық (35%), одан кейін алабота, терек, қайың тозаңына (6,5%) сезімталдық анықталды. Балалардың 86-сында (79,6%) поливаленттік сенсбилизация байқалды.

Бақылауға алынған балаларда тексеру кезінде тұрмыстық аллергияларға сезімталдық байқалды, мысалы, эпидермалдық (46%), тағамдық (45,4%) және дәрілік аллергияға (12%) сезімталдық.

Сезімталдықтың бұл түрлерінің қосылуы аурудың тек өсімдік гүлдеген кезде ғана емес, жылдың кез келген мезгілінде асқынуын туындатады, яғни ауру ағымы тек маусымдық сипатқа ие емес, өнді ол жыл бойы асқынуы мүмкін ауруға айналды.

Біздің зерттеуіміз бойынша, поллиноздағы тозаңдық бронх демікпесі ағымының Қазақстанның Солтүстік аймағындағы құрғақ, суық климатта аймақтық ерекшеліктері мыналар:

- науқас балалардың басым бөлігінде көптүрлі сезімталдық, оның ішінде тағамдық, тұрмыстық, эпидермалдық аллергияларға сезімталдық басым;

- клиникалық симптомдар әркілі, олардың ішінде риноконъюнктивтік синдром көп кездеседі;

- бронх демікпесінің ұзаққа созылған түрлері басым;

- тозаңдық бронх демікпесі қосанжарласқан аурулармен (есекжем, Квинке ісігі, атопиялық дерматит) қатар жүреді;

- ауру туындататын факторлардың ішінде – жусан тозаңына;

- сезімталдық басты орында тұр (себебі ең көп арам шөп– жусан).

Әдебиеттер:

1. Абдрасил Г.С., М.О.Шалаганова, М.Н.Омарова, Т.М.Имамбаева и др. Распространенность аллергических заболеваний в Аридной зоне // Аллергология и иммунология, 2001, Т.2, №2, С.74-75.
2. Авдеенко Н.В. Экологические факторы и аллергия у детей. Автореф. дисс. докт. мед.наук. – М., 1989.
3. Балаболкин И.И. Аллергия у детей и экология. – Российский педиатрический журнал. 2002, № 5, с.4-6.
4. Емельянов А.В. Современные представления о диагностике и лечении аллергического ринита. – Лечащий врач. – 2009, № 4, с. 14-16.
5. Жамдиханов Н.Х. Атопическая бронхиальная астма и поллинозы у детей Волго-Вятского региона. Автореф. Дисс.докт. мед.наук. – М., 1999, с. 243.
6. Кабулов Е.Д. Клинико-функциональная характеристика бронхиальной астмы у детей, обусловленной пылевой сенсбилизацией. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2002. – 29с.
7. Студеникина Н.И. Клинические особенности и течение аллергического ринита у детей. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. –М., 2003.-27с.
8. Тулеутаев Е.Т. Этиологическая структура и клинико-иммунологические особенности поллинозов у детей Семипалатинского региона. – Автореф. Дисс.канд. мед. Наук. – Алма-Ата., 1999. – 28с.
9. Тяренькова С.В. Распространенность, клинико-этиологическая характеристика, взаимосвязь бронхиальной астмы и аллергического ринита у подростков и взрослых в Восточной Сибири. – М., 2002.- 29с.
10. Мошквич В.С. Поллиноз. – Алматы, 2004. с.5-12.
11. Научно-практическая программа «Аллергический ринит у детей», Москва, 2002, 79с.
12. Хакбердыев М.М., Давидян А.А. Краевые особенности поллиноза в Узбекистане. Ташкент, 1982.
13. Elias Hernandez MT, Sanchez Gil R. Risks factors for bronchial asthma in patients with rhinitis. – Arch Bronconeumol.2001 Nov; 37 (10):429-34.
14. Skoner DP. Allergic rhinitis: definition, epidemiology, pathophysiology, detection and diagnosis. – J Allergy clin Immunol. 2001 Jul; 108 (1Suppl): S2-8.
15. Rufin P. Allergic rhinitis in childhood. – Arch Pediatr. 2005 Mar; 12 (3): 333-6.
16. Patkowski J., Wytrychowski K. Rhinitis and sinusitis: influence on asthma and COPD. – Pol. Merkuriusz Lek. 2003 Jun; 14 (84): 573-6.
17. Schoenwetter W.F. Allergic rhinitis: epidemiology and natural history // Allergy Asthma Proc., 2000, V.21, P.1- 6.

Особенности течения поллинозов у детей Казахстана

Л.Т. Сапарова

Нами изучены клинические проявления поллиноза у 227 наблюдавшихся детей. Ведущим этиологически значимым аллергеном в Казахстане является пыльца полыни. Сенсбилизация к бытовым и пищевым аллергенам способствует возникновению обострения заболевания не только в период цветения растений, но и в другое время года, то есть течение заболевания, утратив сезонный характер, становилось круглогодичным.

The peculiarities of pollinosis in children of Kazakhstan

L.T. Saparova

We have studied the clinical signs and natural history in 227 children with pollinosis. Main allergen in our area is Artemisia species. Sensitization to domestic and food allergens was the reason of transformation the course of pollinosis from seasonal to perennial one.

УДК 616.51 - 615.036.8

**РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ПАНТОДЕРМ С ПРОТИВОГРИБКОВОЙ
МАЗЬЮ МИКОЗОРАЛ У БОЛЬНЫХ С МИКОЗАМИ СТОП И КИСТЕЙ**

Г.Р. Акильжанова, Г.К. Битигова, Т.П. Насонова

КГКП «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

В практике дерматолога до 40% больных обращаются с грибковыми заболеваниями. Это болезни кератиновых тканей, прежде всего эпидермиса; дерматомикозы гладкой кожи, волосистой части головы, придатков кожи, в том числе ногтей (онихомикозы); грибковые заболевания кожи с поражением подкожной клетчатки (хромомикоз).

Микозы стоп - наиболее распространенные дерматомикозы во всем мире [1-3]. Чаще всего их вызывают *Trichophyton rubrum* и *Tr. mentagrophytes*. Одновременно с поражением стоп возможно заболевание кистей рук.

В начале XX века микоз стоп с онихомикозом, вызванный *Tr. rubrum*, встречался в основном в странах Юго-Восточной Азии и Дальнего Востока, однако после второй мировой войны это заболевание очень быстро стало распространяться в государствах Европы. В настоящее время руброонихомикозом поражены 3% населения Европы и Африки. В России и Казахстане встречаемость этого заболевания значительно выше [3,4].

Кроме дерматомицетов, но значительно реже причиной микоза стоп и онихомикоза могут быть плесневые и дрожжевые грибы, повсеместно распространенные в природе и составляющие часть микробиоценоза земли [1]. По мировому опыту *Tr. rubrum* - причина онихомикоза у 80-85% больных, *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale* - 4-5%, *Tr. tonsurans* - 2-3%. *Candida* spp. обнаруживают у 5-6% больных онихомикозами, включая пациентов из групп профессионального риска (кондитеры, специалисты, работающие с почвой) и людей с признаками иммунодефицита. У небольшой части (около 2%) в соскобах пораженных ногтей обнаруживают нескольких возбудителей.

Микозы стоп встречаются во всех возрастных группах. Для их возникновения необходимо сочетание нескольких факторов риска [2,3]. Прежде всего это контакт с возбудителем. Второе условие заболевания - неблагоприятное влияние на кожу ног, приводящее, в частности, к ее повышенному увлажнению, особенно в течение длительного времени. А если это еще сочетается с нарушением кровообращения из-за тесной обуви, получается сложение сразу нескольких очень вредных воздействий не только на кожу, но и на весь опорный аппарат стопы. Всякая деформация стоп (например, плоскостопие, искривления пальцев и другие) способствует развитию микозов. Чтобы возбудитель проник в кожу, а затем и ногти, нужно еще нарушение ее сохранности - в подавляющем большинстве случаев для этого достаточно микротравматизации, то есть мелких трещин, царапин, ссадин. Всё это определяет непреходящую актуальность поисков эффективных, безопасных и удобных в применении, а также приемлемых в ценовом отношении поисков методов лечения данной патологии.

В связи с этим заслуживает внимание появление на рынке противогрибкового препарата для наружного при-

менения и препарата стимулирующего регенерацию тканей производства "Химфармкомбинат "Акрихин" - мазей «Микозорал» и «Пантодерм».

Цель: оценка эффективности совместного применения мази «Пантодерм» с противогрибковыми мазями при лечении больных микозами стоп и кистей с различной степенью тяжести заболевания, а также сравнение эффективности препарата Микозорал с другим противомикробным средством.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением, проводимым на базе Областного кожно-венерологического диспансера, г.Павлодара находилось 3 группы больных по 20 человек в каждой. Условием включения в группу исследования было отсутствие приема больными системных антимикотических, гормональных, цитостатических или антибактериальных препаратов менее чем за неделю до начала терапии. Давность заболевания микозом составляла от 6 месяцев до 30 лет, средняя продолжительность - около 5 лет. С дисгидротической формой - 15 человек, с сквамозно-кератотической - 18 человек и с интертригинозной - 27. Все пациенты предъявляли жалобы на сухость отдельных участков кожи стоп, наличие трещин, мокнутие и шелушение. У всех больных диагноз «микоз кистей и стоп» верифицирован микроскопическим исследованием соскоба с кожи стоп, кистей и межпальцевых промежутков в 10%-ном растворе КОН и посевом на среду Сабуро. У всех больных выявлен рост *Trichophyton rubrum* и *Tr. mentagrophytes* var. *interdigitale*.

Контроль эффективности терапии проводили раз в неделю. Переносимость препаратов оценивали в течение первых 7 дней. Результаты лечения исследовали через 2, а затем через 6 месяцев от начала терапии. Первая группа пациентов получала только местный противогрибковый препарат - клотримазол, вторая - только мазь микозорал, а третья - микозорал в сочетании с пантодермом.

Клотримазол использовали 1 раз в сутки, на пораженную и непосредственно прилегающую к ней поверхность. Средняя продолжительность лечения - 4-6 недель. Микозорал использовали также 1 раз в сутки. Средняя продолжительность лечения - 4-6 недель. Микозорал в сочетании с пантодермом: Микозорал использовали также 1 раз в сутки. Пантодерм наносился через 20 минут после нанесения мази Микозорал и в течение дня 2-3 раза. Третья группа больных также получала мазь Пантодерм после курса лечения мазью Микозорал ещё в течение 2-х месяцев.

Выздоровление (хороший результат) подтверждалось клинически (восстановлением влажности кожи стоп и исчезновением шелушения), и отсутствием возбудителя при микроскопическом исследовании материала и роста на питательной среде. Неполное восстановление кожи стоп, сохранение шелушения, обнаружение возбудителя

при микроскопии соскоба при отсутствии его роста на питательной среде позволяли оценивать результат как удовлетворительный и являлись основанием для пролонгирования лечения. Неудовлетворительный результат-сохранение прежних клинических признаков, обнаружение возбудителя при микроскопии соскоба, роста на питательной среде. Первые результаты лечения больных оценивались через 4 недели.

Результаты лечения 1-ой группы больных (лечение клотримазолом): Хороший результат - 6(30%), удовлетворительный - 9(45%), неудовлетворительный - 5(25%), общий положительный результат - 40%.

Результаты лечения 2-ой группы больных (лечение микозоралом): Хороший результат - 12(60%), удовлетворительный - 6(30%), неудовлетворительный - 2(10%), общий положительный результат - 90%>. Сухость кожи, наличие трещин, которые остались после лечения наблюдались у 12 пациентов.

Результаты лечения 3-й группы больных (лечение микозоралом совместно с пантодермом): Хороший результат - 15(75%), удовлетворительный - 4(20%), неудовлетворительный - 1(5%), общий положительный результат - 95%. В 19 случаях наблюдалась восстановление влажности кожи стоп и исчезновение шелушения, отсутствие возбудителя при микроскопическом исследовании материала и роста на питательной среде. Отсутствие эффекта наблюдалось у 1 больного, при детальном сборе анамнеза выяснилось, что он неправильно и нерегулярно пользовался мазью.

Через 2 месяца пациенты были обследованы повторно. В первой группе у 13 человек в соскобе вновь был обнаружен септированный мицелий, а в посеве *Trichophyton rubrum*.

У пациентов 2-ой группы 16 соскобов оказались отрицательными в остальных случаях вновь был обнаружен септированный мицелий, а в посеве *Trichophyton rubrum*, у 8 пациентов сохранялась сухость кожи, что приносило им определённый дискомфорт. При обследовании 4-х пациентов выяснилось, что каждый из них имеет застарелое повреждение кожи стоп или кистей.

3-я группа показала 100% результат. Ни в одном соскобе мицелий не обнаружен, кожные покровы стоп и кистей умеренно влажные, мелких повреждений, эритемы и инфильтрации зафиксировано не было.

Таким образом, полученные данные подтверждают то, что применение мази Пантодерм в комплексе с противогрибковой мазью Микозорал повышает эффективность противогрибковой терапии. Применение мази Пантодерм после окончания курса противогрибковой терапии позволяет проводить профилактику повторного заражения грибковой инфекцией. Результаты исследования подтверждают хорошую переносимость мазей Пантодерм и Микозорал, быстрое исчезновение субъективных патологических симптомов у всех пациенток и высокую эффективность комбинированной терапии.

Выводы:

1. Мазь Микозорал в сочетании с Пантодермом новая эффективная методика лечения у больных микозами стоп и кистей.

2. Мази Микозорал и Пантодерм хорошо переносятся больными. Не было отмечено ни одного случая осложнения или побочных явлений.

3. Мази Микозорал и Пантодерм удобны в применении, имеют приятную текстуру, не имеют запаха, не пачкают одежду.

Литература:

1. Бондарев И.М., Каспаров Л.Н., Лещенко В.М. Анализ современных особенностей эпидемиологии микроспории в Москве // Вестник дерматологии и венерологии, 1995, №5, с.25-27.
2. Рукавишников В.М. Современные методы лечения больных микозами стоп // Лечащий врач, 1999, №10, с. 1-4.
3. Рукавишников В.М., Суколин Г.И., Ку克林 В.Т. Лечение и профилактика микозов стоп. Казань, 1994, 91с.
4. Зимина Т.В. Принципы лечения микозов кожи, ее придатков и слизистых оболочек // Дерматология и венерология, 2001, №4(14), с. 18-25.

Табан және қол микозымен ауратын науқастардың микозорал мен пантодерм майларын қос қолдануының нәтижелері Г.Р. Ақылжанова, Г.К. Битигова, Т.П. Насонова

Табан және қол микозының әртүрлі дәрежесі бар науқастарды емдеу кезіндегі Пантодерм және таз ауруына қарсы майларды қос қолдануының әсері бағаланды. Пантодерм майымен Микозорал майын қос қолдануы тазға қарсы терапиясының әсерін жоғарлатады. Таз ауруының терапия курсы аяқталуынан кейін Пантодерм майын қолдануы таз инфекциясымен қайта жұқтыру профилактикасын жүргізу мүмкіндік береді. Зерттеу нәтижелері бойынша келесі қортынды жасалады - барлық науқастардың субъективті патологиялық белгілердің тез жоғалуы және біріктірілген терапияның жоғары әсері белгіленді.

Results of combined treatment with ointment pantoderm and antifungal ointment micozoral of patients with mycosis of the feet and hands G.R. Akilzhanova, G.K. Bitigova, T.P. Nasonova

The efficiency of combined application of the ointment Pantoderm with antifungal ointment in the treatment of patients with mycosis of feet and hands, with varying degrees of severity was conducted. Application of ointments Pantoderm in combination with antifungal ointment MikoZoral increases the efficiency of antifungal therapy. Application of ointments Pantoderm after the course antifungal therapy can prevent re-infection of fungal infection. The results confirm the good tolerability of ointments Pantoderm and MikoZoral, the rapid disappearance of subjective pathological symptoms in all patients and high efficiency of combined therapy.

УДК 614.27:658.843:329.75

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБНОСТИ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТАХ
УЧАСТНИКОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ЛИЦ К НИМ ПРИРАВНЕННЫХ****А.А. Абдуллин****Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, г. Астана**

Фармакотерапия является наиболее динамично развивающимся сектором общественного здравоохранения, потребляющим все более и более средств. В связи с этим очевидна необходимость разработки экономической эффективности основ и качества фармакотерапии. Планирование лекарственного обеспечения в группах льготного обеспечения, являющегося важной частью социальной политики государства, необходимо осуществлять на научной основе. Методологической основой планирования объема и ассортимента лекарственных средств (ЛС) является фармакоэпидемиология. В связи с этим цель настоящей работы заключалась в установлении потребности в различных группах ЛС в льготных категориях населения.

Материал и методы исследования.

Нами проанализирована потребность в лекарственных средствах в группах лиц, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение. Для удобства анализа группы населения и категории заболеваний Правительственного перечня объединены нами по показаниям, размеру скидки и перечню медикаментов для льготного лекарственного обеспечения. Выделено 7 групп населения и категории больных. В 1-ю группу вошли инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, имеющие 100% льготу на все ЛС (1371 человек). Во 2-ю группу вошли работающие инвалиды II группы, инвалиды III группы, признанные безработными, имеющие 50% скидку на все ЛС (332 человек). В 3-ю группу вошли дети первых 3-х лет жизни, дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет, имеющие 100% скидку на все ЛС (778 человек). В 4-ю группу вошли труженики тыла, лица подвергшиеся политическим репрессиям, пенсионеры, получающие пенсию в минимальных размерах, имеющие 50% скидку на все ЛС (599 человек). В 5-ю группу вошли пациенты, страдающие сахарным диабетом имеющие 100% скидку на все ЛС (314 человек). В 6-ю группу вошли пациенты, страдающие бронхиальной астмой, имеющие 100% льготы ЛС для лечения данного заболевания (171 человек). В 7-ю группу вошли пациенты, страдающие психическими заболеваниями, имеющие 100% скидку на все ЛС (230 человек). На основании полученных сведений о заболеваемости и современных стандартов лечения формировалась потребность в ассортименте и объеме лекарственных средств.

Результаты исследования.

В 1-й группе пациенты потребляют 47 клинико-фармакологических групп из 10 классов лекарственных препаратов. Основными препаратами лекарственной терапии были сердечно-сосудистые средства, составляющие 33,4% от всех назначений. Среди них больше всего назначали ингибиторы АПФ - 34,3%, далее нитраты - 20,3%, бета-блокаторы - 19,1%, диуретики - 11,3%. Ни один из пациентов не получал липиднормализующей терапии. Со значительным отставанием от сердечно-сосудистых средств на втором месте по частоте назначения были средства, влияющие на бронхолегочную систему (11,9%). Неожиданно 1-е место среди них заняли муколитики (30,2%). Далее назначались примерно с равной частотой теофиллины (21,9%), бета-2 агонисты и М-холинолитики (21,6%), десенсибилирующие средства (19,7%), ингаляционные гормоны назначались меньше всех (4,3%). Близкими по частоте назначения были ЛС, действующие на ЦНС (10,8%), желудочно-кишечные средства (10,3%) и средства для лече-

ния ревматизма (8,3%). Из ЛС, действующих на ЦНС наибольшей популярностью пользовались ноотропы (35,3%), далее седативные средства (21,8%) и нейролептики (17,5%). Из желудочно-кишечных средств чаще назначались спазмолитики (28,9%), далее с одинаковой частотой гастропротекторы, антисекреторные препараты, ферменты (15,9%, 15,9%, 14,8%). Из противоревматических средств на первое место вышли нестероидные противовоспалительные препараты, которые составили 63,7% всех назначений этой группы.

Пациенты 2-й группы в основном потребляют ЛС, относящиеся к 3-м клинико-фармакологическим группам из 10 классов лекарственных препаратов. По частоте назначения самыми значимыми являлись сердечно-сосудистые средства (36,8% всех назначений), из них на первом месте по частоте были нитраты (34,3%), далее сердечные гликозиды (26,3%), ингибиторы АПФ (17,5%) и бета-блокаторы (8,8%). На втором месте по частоте назначения были бронхо-легочные средства, которые назначались в 11,0% случаев.

Пациенты 3-й группы потребляют ЛС, относящиеся к 16 клинико-фармакологическим группам из 8 классов лекарственных препаратов. По наибольшей частоте назначения были бронхо-легочные ЛС, которые назначались в 32,0% случаев. Из них 48,4% приходится на муколитики.

Пациенты 4-й группы потребляют ЛС 37-ми клинико-фармакологических групп из 10 классов лекарственных препаратов. Лидерами по частоте назначения были сердечно-сосудистые средства, которые назначались в 37,0% случаев. Из них на первом месте стоят нитраты (30,7%), далее – сердечные гликозиды (24,8%), ингибиторы АПФ (17,0%) и бета-блокаторы (20,4%). На втором месте по уровню потребности значились бронхо-легочные средства, которые составляют 17,4% всех назначений.

Пациентам 5-й группы в основном назначались сахароснижающие и сердечно-сосудистые средства, которые назначались в 5,5% случаев, из них ингибиторы АПФ назначались в 32,5-47,4% случаев, нитраты - 24,1-27,4% случаев. Затраты на эту группу составили всего 1,6-2,3% от всех затрат, из них на ингибиторы АПФ затрачено 40,6-68,4%, а нитраты 9,7-21,0%. Затраты на эту группу составили 94,3-95,0%, из них на инсулины - 85,6-86,2%, пероральные сахароснижающие препараты - 13,5-14,0%.

Пациенты 6-й группы потребляют 23 клинико-фармакологических группы из 10 классов лекарственных препаратов. В большинстве случаев назначались бронхо-легочные ЛС, которые потребляют 71,7% пациентов, из них на бета-2 агонисты и М-холинолитики приходится 45,4% назначений, на теофиллины - 30,5%. На втором месте стоят сердечно-сосудистые ЛС (12,9%) и далее системные глюкокортикостероиды (5,2%).

Затраты на эту группу составляют 80,9-86,2% всех затрат, в том числе на бета-2 агонисты и М-холинолитики приходится 41,0-45,9%, на теофиллины - 4,1-4,2%, ингаляционные гормоны - 28,2-28,4% затрат на эту группу. Вторую группу составили сердечно-сосудистые средства, которые назначались 4,8-7,3%, из них на ингибиторы АПФ приходится 42,4-56,9%, сердечные гликозиды 7,0-8,3% средств этой группы.

Пациенты 7-й группы потребляют ЛС из 16 клинико-фармакологических групп из 8 классов лекарственных

препаратов. Ведущей клинико-фармакологической группой являются ЛС, влияющие на ЦНС (92,5%). Из них преимущественно назначались психотропные ЛС

(42,0%), седативные (18,4%), противопаркинсонические (14,7%).

Отан соғысының қатысушылары мен оған теңдестірілген адамдардың дәрі-дәрмекке қажеттілігінің кейбір ерекшеліктері

А.А. Абдулин

Бұл жұмыста жеңілдік дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуге құқығы бар адамдардың қажеттілігіне талдау берілген. Бұл үшін тұрғындар мен әртүрлі аурулары бар адамдардың 7 тобы алынған. Аурушандық пен қазіргі емдеу стандарттар жөнінде алынған мәліметтер арқасында дәрі-дәрмектің түрлері мен мөлшеріне қажеттілік анықталған.

Some features of requirement for medicinal preparations of participants of patriotic war and persons to them equal

A.A. Abdulin

In the article the requirement for medical products for the groups of persons having the right to preferential medicinal maintenance is analysed. 7 groups of the population and a category of patients with various diseases have been allocated. On the basis of the received data on a case rate and modern standards of treatment the requirement for assortment and volume of medical products was formed.

УДК 614.2

ЕДИНАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: РАЗМЫШЛЕНИЯ ВСЛУХ

М.К. Кыдырбаев

Медицинский центр Государственного медицинского университета г.Семей

Лечебные учреждения республики с 1 января 2010 года начали работать в рамках единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), внедренной в соответствии с поручением Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А.: «...разработать долгосрочную программу развития здравоохранения до 2020 года с учетом международного опыта и общественного обсуждения».

Без сомнения, внедрение ЕНСЗ и ее приоритетов: формирование конкуренции при оказании медицинских услуг, свободный выбор пациентом врача и медицинской организации, оплата услуг за фактические затраты, ориентация на конечный результат поднимает на новый уровень всю систему здравоохранения, качество оказания медицинской помощи, её доступность.

За прошедшие 5 месяцев обозначились контуры ЕНСЗ, масштабы поднимаемой проблемы, её созвучность с теми переменами, которые происходят в общественном сознании, в других отраслях экономики, выявляются её сильные и слабые стороны.

Импонирует наглядность, прозрачность новой версии программного комплекса автоматизированных информационных систем (АИС-Стационар), применение дифференцированной оплаты в зависимости от сложности проводимого лечения. При внесении сведений об оказанной медицинской помощи конкретному лицу сразу видна информация о денежной сумме оказанных услуг и израсходованных медикаментов и соответствии тарифу, практически неисчерпаемы возможности качественного и количественного анализа. Внедрение новой версии «АИС-Стационар» – это прорыв в применении возможностей информационных технологий в практической медицине, результат вдумчивого эффективного труда группы разработчиков-авторов программы.

Серьезным недостатком ЕНСЗ является то, что в ней не определено место медицинского работника. По сути, только он является главным исполнителем реформы. С внедрением ЕНСЗ резко увеличивается нагрузка на врача, связано это с тем, что в форму №066/у «Статистическую карту выбывшего из стационара» (ф.№066/у) добавлены новые объемные разделы. Врач по окончании лечения должен подсчитать весь комплекс оказанных пациенту услуг и заполнить все разделы ф.№ 066/у для последующего занесения в базу «АИС-Стационар», на

основании которой финансируется лечебное учреждение. Подсчет всех услуг, медикаментов, изделий медицинского назначения, их кодировка, определение единиц измерения, суммарной дозы по каждому наименованию, заполнение всех разделов ф.№ 066/у – занятие очень трудоемкое, отнимает массу времени. В этом контексте не продумано, как облегчить его труд. Чтобы заполнить ф.№066/у, врачу приходится до 10-15 раз перелистать историю болезни.

Результаты анкетирования в клинике показали, что на заполнение карты ф.№ 066/у врач тратит, в среднем, 39 минут времени. При этом не учитывались затраты времени на заполнение паспортной части, третьего и четвертого разделов (заполняется работниками приемного покоя, оперблока и реанимации). Оправдано ли вообще, что вместо высокоинтеллектуального труда врач вынужден тратить время на несвойственные ему функции, к тому же, не требующих квалификации?

Подобная ситуация встречается при занесении ф.№ 066/у в базу «АИС-Стационар». Нередко встречаются такие статистические карты, для занесения которых необходимо открыть до четырехсот окошек в программе. По результатам хронометража, затраты времени на внесение одной карты выросли по сравнению с прошлыми годами у медстатистика в четыре раза и составляет в среднем 12 минут. К тому же, при ручной обработке огромной информации неизбежны ошибки со стороны и врача, и медстатистика, что приводит к искажению конечных результатов.

Оптимальным решением в данной ситуации было бы одномоментное внедрение с ЕНСЗ электронной медицинской карты стационарного больного (ЭМКСБ), создание электронного документооборота и автоматизированного формирования статистической отчетности. При её внедрении разом отпадают все эти проблемы, влияние «человеческого фактора» в виде не разборчивого почерка, не корректных записей, неточностей, ошибок. ЭМКСБ – это полнота и достоверность информации, ресурсосбережение и экономия рабочего времени.

В клинике был подготовлен проект внедрения электронного документооборота. Медицинский центр – многопрофильная клиника на 535 коек, в т.ч. 325 для взрослых, 210 для детей, 16 клинических отделений, поликлиника на 250 посещений, работают 153 врача и 344 медицин-

ских сестер. При этом сумма затрат на разработку программы, приобретение оборудования, монтаж, обучение, техническое сопровождение составила 22-24 млн. тенге. Затраты вполне приемлемые, не превышает 2,5% годового бюджета учреждения. Работа в этом направлении в масштабе страны в перспективе принесет колоссальный моральный и экономический успех. Уровень базовых знаний врачей являются одним из самых высоких и при необходимости медработники способны в самые кратчайшие сроки освоить информационные технологии.

Другими недостатками ЕНСЗ является то, что существующие медико-экономические тарифы (МЭТ), заложенные в основу программы «АИС-Стационар», ещё несовершенны, не охватывают полностью объем оказываемых услуг, из-за этого часто фактические расходы не принимаются к оплате. А утвержденный бюджет в части медикаментов оказался недостаточным для удовлетворения требованиям МЭТ.

Пример 1: Большой П., диагноз: Атеросклероз. Стеноз сонных артерий. Синдром Лериша. Тромбоз подвздошной артерии справа. Оклюзия бедренно - подколенного сегмента с обеих сторон. ХАН 3ст. МКБ- I 70.9. Произведена операция - каротидная эндоартериозэктомия (удаление атеросклеротических бляшек из сонной артерии и ее ветвей), код операции 38.121. МЭТ операции не разработан, поэтому данный случай был внесен в базу по МЭТу 23-198 «Оперативное лечение недетализированное» с базовой стоимостью 38667 тенге. Вследствие этого затратаемкая, технически сложная операция и последующее лечение были возмещены в сумме 52319 тенге. В данном случае не работает принцип ЕНСЗ – оплата за фактические расходы. Это не единичный случай. Всего за 5 месяцев 2010 года в клинике произведены 1895 операции, из них в 415 случаях операции занесены в базу как недетализированные из-за отсутствия МЭТ-ов.

Пример 2: Большой Т., диагноз: Хроническая аневризма интрааренального отдела брюшной аорты без расслоения, МКБ- I 71.4. Произведена операция - резекция брюшной аорты с заменой, код операции 38.44. В программном комплексе АИС-стационар, то есть в его справочнике изданий медицинского назначения отсутствовал аллопротез. Из-за дефекта программы операция со стоимостью 769385 тенге фактически возмещена в сумме 190950 тенге. Несомненно, программа будет совершенствоваться, но до полной ее адаптации к существующим реалиям понадобится минимум полтора-два года. А как работать до этого? В любом случае обоснованные затраты лечебных учреждений должны быть возмещены полностью.

По клинике за 5 месяцев 2010 г. суммарная стоимость МЭТ-ов по базе «АИС-Стационар» на 6182 пролеченных стационарных больных составила 400 млн.тг, из них 195 млн.тг медикаменты, что составляет 49 % из этой суммы.

Клиника предъявила счет-реестр на 281 млн.тг., в том числе на медикаменты 48 млн.тг. Отклонение составило 119 млн.тг., в том числе по медикаментам 147 млн.тг. Чем объясняется такая разница? Основной причиной является то, что затраты на медикаменты в утвержденном бюджете занимают 14,5% удельного веса и заложены в сумме 134 млн.тг. на год, то есть намного меньше, чем требуется по МЭТ. Лекарственный формуляр составлялся, исходя из утвержденного бюджета, до начала года. А закуп лекарственных средств полностью передан единому дистрибьютеру ТОО «СК-Фармация», за исключением «лекарственных средств первой необходимости в объеме 2-х недельной потребности до начала поставок Единого дистрибьютера на 2010 год». Изменить здесь что-либо клиника не уполномочена.

Вышеизложенные проблемы актуальны для любого лечебного учреждения, надеюсь, что они найдут положительные решения в ближайшее время. Внедрение ЕНСЗ поставила перед медицинской общественностью страны серьезные задачи, поэтому долгом каждого из нас является способствовать консолидации усилий всех заинтересованных сторон.

Выводы:

1. Для достижения весомых успехов ЕНСЗ необходимо внедрение электронной медицинской карты стационарного больного (ЭМКСБ), создание электронного документооборота и автоматизированного формирования статистической отчетности.
2. Необходимо усовершенствовать существующие МЭТ-ы применительно к проводимому лечению и расширить их диапазон.
3. Бюджет лечебных учреждений в части медикаментов должен соответствовать требованиям МЭТ.

Литература:

1. Поручения Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. от 8 мая 2008 года, г. Астана
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 августа 2009 года № 1174 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Единой национальной системы здравоохранения Республики Казахстан»
3. Постановления коллегии МЗ РК № 4/3 от 25.06.09. «О ходе реализации пилотного проекта внедрения единой системы дистрибуции лекарственных средств»
4. Приказ управления здравоохранения по Восточно-Казахстанской области №35 от 14.01.10. «О закупе лекарственных средств на стационарном уровне»
5. Приказ управления здравоохранения по Восточно-Казахстанской области №81 от 14.02.10. «О предоставлении заявок на лекарственные средства и прочие изделия медицинского назначения на 2010 год»

Бірінғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі: дауыстап ойлау Семей қ. Мемлекеттік медицина университетінің медициналық орталығы М.К. Кыдырбаев

Мақалада Семей қ. ММУ медициналық орталығында БҰДСЖ енгізудің алғашқы нәтижелері көрсетілген. БҰДСЖ және оның артықшылықтарын енгізу бүкіл денсаулық сақтау жүйесін, медициналық көмек көрсету сапасын, оның қол жетімділігін жаңа деңгейге көтереді. БҰДСЖ қомақты табыстарға жетуі үшін стационарлық науқастың электрондық медициналық картасын (СНЭМК) енгізу, электронды құжат алмасуды құру, автоматты статистикалық есеп беруді қалыптастыру керек, сонымен қатар МЭТтарды жетілдіру керек, олардың диапазонын кеңейту және медикаменттер жағынан емдік мекемелердің бюджетін көтеру керек.

Единая национальная система здравоохранения: размышления вслух М.К. Кыдырбаев

В статье представлены первичные результаты внедрения ЕНСЗ в медицинском центре ГМУ г.Семей. Внедрение ЕНСЗ и ее приоритетов поднимает на новый уровень всю систему здравоохранения, качество оказания медицинской помощи, её доступность. Для достижения весомых успехов ЕНСЗ необходимо внедрение электронной медицинской карты стационарного больного (ЭМКСБ), создание электронного документооборота, автоматизированного формирования статистической отчетности, а также необходимо усовершенствовать МЭТы, расширить их диапазон и увеличить бюджет лечебных учреждений в части медикаментов.

УДК 615.811.2: 614.2-007

**ОРГАНИЗАЦИЯ ГИРУДОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****Н.Н. Коньртаева****Алматинский Государственный Институт Усовершенствования Врачей, г.Алматы**

Реформа управления и финансирования здравоохранения Республики Казахстан вносят новые требования медицинскому учреждению и к врачу, оказывающим медицинскую помощь на госпитальном этапе лечения вне зависимости от форм собственности, где большое внимание уделяется вопросам качества оказываемой медицинской помощи. Повышение качества медицинской помощи с поэтапным введением мировых стандартов будет обеспечено за счет внедрения современных технологий диагностики и лечения заболеваний, в связи с этим Министерством здравоохранения Республики Казахстан изданы следующие приказы: «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний» № 764 от 38.12.2007 г. и «Об утверждении правил оказания стационарной помощи» № 795 от 26.11.2009 г.

Традиционная медицина и в частности гирудотерапия, представляет собой совокупность основанных на многовековых традициях народного врачевания методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, разрешенных к медицинскому применению в установленном порядке и преподаваемых в системе дополнительного медицинского образования, а также взглядов, знаний, навыков и умений в области традиционных оздоровительных систем, передаваемых из поколения в поколение в устной или письменной форме, и не всегда на данный момент имеющих научное обоснование и логическое объяснение [1].

Использование медицинских пиявок для лечения различных заболеваний известно на Востоке с древних времен. Упоминание о них имеется в трудах известного врача Аль Захрави еще в XI веке.

Среди коренного населения Казахстана пиявки издавна применялись также как и в других странах для «улучшения и очищения крови». Возрождение интереса к гирудотерапии было обусловлено неудовлетворенностью результатами медикаментозного лечения, а также результатами новейших исследований секрета слюны медицинской пиявки и ее влиянием на организм человека.

Лечебное действие медицинских пиявок определяется свойствами секрета их слюнных желез, который попадает в организм больного после прокусывания пиявкой его кожи и продолжает поступать на протяжении всего периода кровососания. Сочетание общих и местных воздействий на очаг заболевания с помощью биологически активных веществ секрета слюнных желез пиявки обуславливает терапевтическое действие на течение патологического процесса и восстановление проницаемости гистогематических барьеров посредством устранения базовых механизмов развития болезни [2].

Гирудотерапия оказывает рефлексогенное, антикоагулирующее, тромболитическое, противоишемическое, антигипоксическое, гипотензивное, иммуностимулирующее, противовоспалительное, анальгезирующее, антисклеротическое, регенераторное действие, вызывает кровоизвлечение, деконгестию внутренних органов, защитный противотромботический эффект, устранение микроциркуляторных нарушений [3].

Одним из важнейших направлений в организации медицинской помощи больным с различными заболе-

ваниями является создание наиболее оптимальных сроков диагностики, лечения и сокращения сроков пребывания в стационаре.

Целью работы явилось изучение эффективности гирудотерапии у больных на госпитальном этапе медицинской помощи.

С 1999 по 2004 год специализированный медицинский центр гирудотерапии базировался в Центральной городской клинической больнице (г. Алматы), где оказывал гирудотерапевтическую помощь больным из отделений терапии, неврологии, офтальмологии, травматологии с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, нервной системы, травмами различной локализации, и заболеваниями глаз.

Для анализа деятельности были изучены медицинские документации больных частного медицинского центра гирудотерапии, для определения медицинской эффективности гирудотерапии на госпитальном этапе медицинской помощи.

В процессе проведенных лечебных процедур гирудотерапии и за наблюдениями больных отмечалось значительное улучшение самочувствия у 32% больных и быстрое улучшение состояния у 14% больных.

Больные отмечали после процедур гирудотерапии исчезновение болей различного характера, быстрое купирование кризов гипертонии и глаукомы, а также рассасывании гематом и инфильтратов после травм, что улучшило качественные показатели медицинских услуг больницы и сокращение дней пребывания больных в стационарном лечении.

Полученные данные подтверждают высокую эффективность применения гирудотерапии на госпитальном этапе медицинской помощи.

Вместе с тем по мере накопления практического опыта функционирования гирудотерапевтической помощи на госпитальном этапе в медицинских учреждениях выявляется ряд аспектов, требующих для внедрения гирудотерапии на госпитальном этапе медицинской помощи, среди которых:

1. Необходимость четкого соблюдения подбора больных к гирудотерапии по показаниям и противопоказаниям при приеме больных на лечение.
2. Необходимость разработки стандартов по гирудотерапии на госпитальном этапе медицинской помощи.
3. Разработать нормативно-правовые акты по организации гирудотерапевтической помощи на госпитальном этапе медицинской помощи.
4. Разработать протоколы диагностики и лечения по заболеваниям по гирудотерапии на госпитальном этапе.

Литература:

1. Баскова И.П., Исаханян Г.С. Гирудотерапия: наука и практика. – Москва, 2004. – С. 3-4.
2. Каменев В.Г. К вопросу об организации гирудотерапевтической службы в Харьковской, Сумской и Полтавской областях // Тезисы 6-й научно-практич. конф. – Пятигорск, 1999. – С. 78-79.
3. Вольный И.Ф., Пастернак Г.И., Пешков Ю.В., Ткачева М.Ю. Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе. – Луганск, 2006. – С. 80-82; 102-106; 141- 142.

Медициналық көмектің госпиталды деңгейіндегі гирудотерапиялық көмекті басқару
Н.Н. Коньртаева

1999-2004 жылдар аралығында Алматы қаласы орталық қалалық клиникалық аурухана базасында мамандандырылған медициналық гирудотерапия орталығында стационарда емделген аурғандардың гирудотерапия тиімділігі көрсетілген. Жалпы жағдайларының гирудотеропия әдісінен кейін едәуір жақсарғаны байқалған.

The organization BloodsuckerTherapy at a hospital stage of medical aid

N.N. Konyrtaeva

Efficiency BloodsuckerTherapy at the patients who are on hospitalization with 1999 for 2004 in the specialized medical center BloodsuckerTherapy on the basis of the Central city hospital of Almaty is shown. Appreciable improvement of the general condition after application BloodsuckerTherapy isn'ted.

УДК 614.2(364)+616-036.865

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ИНВАЛИДОВ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

А.А. Абдулин

Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны, г. Астана

Для оказания медицинского обслуживания инвалидов Отечественной войны в Казахстане создана сеть поликлинических и стационарных медицинских организаций (таблица 1).

Таблица 1 - Количество отделений и коек для стационарного лечения контингента по регионам РК за 2008-2009 гг.

Наименование областей	2008 год		2009 год	
	кол-во отделений	число коек на 10 тыс. контингента	кол-во отделений	число коек на 10 тыс. контингента
ВКО	2	110	2	90
Жамбылская	1	30	1	30
Карагандинская	3	100	3	100
Павлодарская	1	50	1	50
ЮКО	1	50	1	50
г. Алматы	1	30	1	30
ЦКГИОВ	2	60	2	60
РКГИОВ	5	180	5	180
ИТОГО	16	610	16	590

Обеспеченность социально-демографических групп и контингентов, подлежащих диспансеризации стационарными койками для лечения составляло в 2008 году - 7,05, а в 2009 году - 6,85 на 10 тысяч состоящих на учете, что крайне недостаточно. В РК обеспеченность

населения койками на 10 тысяч жителей составляло в 2008 году - 76,6, в 2009 году - 75,6, т.е. количество коек для лечения данного контингента в 10 раз было ниже (таблица 2).

Таблица 2 - Обеспеченность стационарными койками социально-демографических групп, подлежащих диспансеризации по областям РК (на 10 тысяч контингента)

Наименование областей	Всего контингента		Обеспеченность стационарными койками на 10 тысяч населения	
	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.
По Казахстану	865204	860984	7,05	6,35
Акмолинская	7016	13436		
Актюбинская	3132	2891		
Алматинская	9348	9462		
Атырауская	1183	1150		
ВКО	755172	750816	1,45	1,99
Жамбылская	4193	4712	71,54	63,67
ЗКО	3650	3467		
Карагандинская	9185	8504	108,88	117,59
Кызылординская	2521	2310		
Костанайская	5361	5237		
Мангыстауская	1683	1581		
Павлодарская	40221	37743	12,43	13,24
СКО	6138	6086		
ЮКО	7923	9068	63,1	55,13
г. Астана	2638	2767	227,44	216,84
г. Алматы	7056	8770	255,1	205,24

Однако, распределение стационарных коек по областям республики не равномерно. Так, самая лучшая обеспеченность койками данного контингента наблюдается в Карагандинской области, которая составила в 2008 году - 108,88 коек на 10 тысяч контингента, а в 2009 году - 117,59 коек, в Южно-Казахстанской области в 2008 году - 63,1 и в 2009 году - 55,13 на 10 тысяч контингента; в Жамбылской области в 2008 году - 71,54 и в 2009 году - 63,67 коек. В Павлодарской области обеспеченность стационарными койками данного контингента составляла в 2008 году - 12,43, а в 2009 году - 13,24 коек на 10 тысяч контингента, в Восточно-Казахстанской области в 2008 году - 1,45 и в 2009 году - 1,99 коек на 10 тысяч контингента. Из 14 областей Казахстана стационарные койки для лечения инвалидов Отечественной войны развернуты только в пяти, а в остальных таковые не имеются.

Такое положение со стационарными койками для лечения инвалидов ВОВ можно объяснить некоторыми нерешенными медико-организационными вопросами. Во-первых, данный контингент лиц приказом МЗ РК должен быть закреплен за определенными медицинскими организациями для получения стационарного лечения. Особенно этот вопрос касается в определении каждого контингента в медицинскую организацию, где он должен получать медико-реабилитационную, лечебно-психологическую помощь, что должно отражаться в ежегодной, регулярной статистической отчетности. Во-

вторых, необходимо срочно внести изменения в нашу медицинскую информационную систему. Многие лица из данного контингента получают лечебную, реабилитационную помощь по месту жительства (физиотрическую, психологическую, онкологическую, травматологическую и др.) которые в информационных системах МЗ РК не учитываются. Вследствие этого многие койко-места для получения стационарной помощи, официально не учитываются.

Участие психологов, социологов, социальной защиты в реабилитации данного контингента вообще не учитывается или учитывается недостаточно. Данные изменения в информационных системах должны быть введены официальным нормативным актом.

Самой серьезной проблемой в оказании медицинской помощи инвалидам Отечественной войны является охват данного контингента санаторно-курортным лечением, где они должны проходить реабилитационное лечение. Так, в 2009 году всего 15,2% контингента получили санаторно-курортное лечение наблюдается в Северо-Казахстанской области (7,5%), в Восточно-Казахстанской (6,72%), в Акмолинской (7,9%), в Карагандинской (8,6%) областях. Наиболее лучше поставлена данная работа в Кызылординской области, где 52,0% ИОВ получали санаторно-курортное лечение, в Костанайской (27,3%) в Жамбылской (21,5%) областях и в г. Алматы (26,1%) (таблица 3).

Таблица 3 - Медицинское обслуживание инвалидов Отечественной войны

Наименование областей	Охват комплексным медосмотром к числу состоящих на учете (в %)		Охват стационарным лечением к числу нуждающихся (в %)		Охват санаторно-курортным лечением к числу состоящих на учете (в %)	
	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.	2008 г.	2009 г.
РК	95,2	97,8	95,9	93,8	16,4	15,2
Акмолинская	100,0	100,0	100,0	100,0	10,6	7,9
Актюбинская	98,9	98,6	93,6	100,0	11,2	18,2
Алматинская	100,0	98,7	100,0	100,0	21,3	11,5
Атырауская	90,8	100,0	88,0	87,0	11,2	14,6
ВКО	99,7	99,1	99,4	98,3	6,0	6,72
Жамбылская	97,1	99,6	95,6	88,3	29,9	21,5
ЗКО	100,0	100,0	89,2	92,9	13,8	10,5
Карагандинская	86,1	98,6	83,1	73,2	12,2	8,6
Кызылординская	93,0	100,0	100,0	100,0	38,0	52,0
Костанайская	100,0	100,0	100,0	100,0	16,9	27,3
Мангыстауская	100,0	100,0	86,8	100,0	7,2	-
Павлодарская	100,0	98,1	99,4	100,0	17,0	15,3
СКО	100,0	100,0	100,0	100,0	6,0	7,5
ЮКО	74,6	87,0	90,6	86,1	19,9	17,0
г. Астана	99,4	99,3	100,0	100,0	4,2	9,0
г. Алматы	100,0	100,0	97,4	93,4	26,5	26,1

Таким образом, одним из наиболее оптимальных путей повышения эффективности работы с инвалидами является развитие реабилитационного звена, которому

в настоящее время в некоторых регионах не уделяется должного внимания.

Қазақстан республикасы отан соғысы мүгедектеріне медициналық көмек көрсету

А.А. Абдулин

Қазақстан Республикасы отан соғысы мүгедектеріне аймақтық ерекшеліктеріне қарай ресурсты денсаулық сақтау мен медициналық және реабилитациялық көмек беруіне сипаттама берілген. Кешенді медициналық тексеру, стационарлы және санаторий-курорты емдеу көрсеткіштеріне талдау жасалған.

Health services of invalids of patriotic war in republic kazakhstan

A.A. Abdulin

The characteristic is given regional features of resource base of public health services for rendering of the medical and rehabilitational help to invalids of Patriotic war in Republic Kazakhstan. The analysis of indicators of carrying out of complex medical inspections, stationary and sanatorium treatment is carried out.

УДК: 616.51 - 615.036.8

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ И МИКОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ЛАМИЗИЛ УНО» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП

Г.Р. Акильжанова

КГКП «Областной кожно-венерологический диспансер», г.Павлодар

Вопросы, касающиеся терапии грибковых заболеваний, продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии, что обусловлено, в первую очередь, их значительной распространенностью [1,2]. В настоящее время микотическими инфекциями страдает около 20% населения мира [1]. На сегодняшний день известно более 100 тыс. грибов, из которых около 500 патогенны для человека [1-3]. Наиболее часто встречаются микозы стоп, поражающие преимущественно кожу и ногтевые пластинки. Удельный вес этого заболевания в структуре всех дерматозов достаточно вариателен и составляет, по данным разных исследований, от 5 до 30%. Поэтому проблема эффективного лечения микозов стоп, в том числе и наружного, по-прежнему не теряет своей актуальности. К противогрибковым препаратам топического действия, кроме эффективности, предъявляются такие требования, как широкий спектр противогрибковой активности, быстрая всасываемость, безопасность (отсутствие общих и местных побочных эффектов) и удобство применения [4,5].

Цель исследования: Оценка клинической и микологической эффективности и безопасности терапии микозов стоп препаратом для наружного применения "Ламизил Уно" в клинической дерматологической практике.

Материалы и методы исследования. Изучаемая клиническая группа была представлена 40 пациентами (24 мужчины и 16 женщин) с диагнозом микоз стоп, подтвержденным микроскопическим и бактериологическим исследованиями. Их возраст варьировал от 19 до 64 лет, составив, в среднем, $48 \pm 0,4$ года. При микроскопии патологического материала (чешуйки кожи из очагов поражения) у всех 40 пациентов был обнаружен ветвистый, септированный и (или) спору-лированный мицелий гриба. При бактериологическом исследовании на среде Сабуро у 32 (80%) пациентов – рост колоний *Trichophyton rubrum* (рубромикоз), у 8 (20%) – *Trichophyton interdigitale* (эпидермофития стоп), при этом в 16 (40%) случаях в посевах дополнительно определялась другая плесневая и дрожжевая флора, играющая роль ассоциативной. Основным критерием включения пациентов в клиническую группу, кроме лабораторно подтвержденного диагноза микоза стоп, являлось отсутствие поражения ногтевых пластинок (онихомикоза) и подошвенного гиперкератоза. При сборе анамнеза учитывались длительность заболевания, предшествующее лечение микоза стоп, сопутствующие заболевания и их лечение в настоящее время. Длительность течения микоза стоп варьировала от 2 недель до 4 лет (в среднем $1 \text{ год} \pm 2$ месяца), причем 34 (85%) пациента уже применяли для лечения различные средства топического воздействия: 26 (65%) – противогрибковые препараты, из них 21 по назначению врача, 5 – самостоятельно; 8 – фитотерапию или средства народной медицины (масло чайного дерева, бальзам "Спасатель" и др.). Соматический анамнез в виде висцеро-, нейро-, вазо-эндокринопатий был отягощен у 16 (40%) пациентов, 12 из которых на момент включения их в клиническую группу получали лекарственные средства для их лечения. Оценка признаков и симптомов заболевания проводилась по трехбалльной шкале: 0 – отсутствуют; 1 – слабо выражены; 2 – умеренно выражены; 3 – сильно выражены. Они включали клинические симптомы: эритема, мокнутие, трещины, шелушение, везикулы, эрозии межпальцевых складок и субъективные ощущения: зуд и жжение. Кроме

этого учитывались локализация патологического процесса и площадь поражения стоп. Все перечисленные данные заносились в регистрационную карту больного, заполняемую с момента включения пациента в клиническую группу до окончания наблюдения. У 26 (65%) пациентов микоз стоп протекал в сквамозной форме с вовлечением в патологический процесс от 1 до 8 межпальцевых складок, у 7 (17,5%) одновременно была поражена кожа подошв и (или) свода стоп. У 11 (27,5%) пациентов наблюдалась интертригинозная клиническая форма с поражением 3 и 4 межпальцевых складок, у 7 из них эрозивные изменения межпальцевых складок, сопровождающиеся мацерацией окружающего эпидермиса, сочетались со сквамозными изменениями свода подошв. У 3 (7,5%) больных наблюдались дисгидротические проявления на своде подошв и пальцах стоп, сочетающиеся с интертригинозно – сквамозными изменениями в межпальцевых складках. Одна стопа была вовлечена в патологический процесс у 29 (72,5%) пациентов, обе – у 11 (27,5%).

Больные микозом стоп были распределены в 2 рандомизированные по полу, возрасту и клиническим проявлениям подгруппы, одна из которых получала лечение пленкообразующим раствором "Ламизил Уно", который наносился однократно на сутки на обе стопы, даже если грибковое поражение наблюдалось только на одной; другая – 1% кремом "Ламизил" 1 раз в сутки в течение 7 дней только на пораженные участки. Дополнительно, кроме санитарно – гигиенических мероприятий, рекомендовалась обработка обуви и других личных вещей. Контрольный осмотр проводился через 3, 7 и 28 дней от начала терапии. Он включал клиническую оценку признаков и симптомов заболевания, эффективности терапии и переносимости препарата. Микроскопические исследования чешуек кожи из очагов поражения проводилась на 7 и 28 день.

Результаты исследования. Микоз стоп, сквамозная форма ($n=26$). Через 3 дня от начала лечения сквамозные изменения в очагах поражения уменьшились у всех 13 пациентов, пролеченных раствором "Ламизил Уно" и всех 13 больных, получавших лечение 1% кремом "Ламизил", что во всех случаях было расценено врачом и пациентом как улучшение клинической симптоматики и объективно подтверждено снижением суммарного балла выраженности признаков заболевания. На 7 день легкий эритематоз и незначительное шелушение сохранялись только у 7 больных, пролеченных раствором "Ламизил Уно" и 5, получавших 1% крем "Ламизил" (значительное улучшение), у остальных 14 клинические проявления отсутствовали. Контрольное микроскопическое исследование оказалось отрицательным во всех 26 случаях. Через 28 дней клиническое выздоровление, подтвержденное микологическим исследованием, было констатируемо у 26 (100%) пациентов микозом стоп, протекающим в сквамозной форме. Микоз стоп, интертригинозная форма ($n=4$). У 4 пациентов данной клинической подгруппы, лечившихся, как раствором "Ламизил Уно", так и 1% кремом "Ламизил", на 3 день наблюдалось улучшение, заключающееся в уменьшении субъективных и воспалительных изменений, тенденцией эрозий к эпителизации. Через неделю слабо выраженные остаточные явления наблюдались у 3 пациентов; у 1, получившего раствор "Ламизил Уно", патологический процесс регрес-

сировал. На 28 день клинические проявления микоза стоп отсутствовали у всех 4 пациентов. Результаты микроскопических исследований, как на 7, так и на 28 день были отрицательными. Микоз стоп, сквамозно-интертригинозная форма (n=7). Сквамозные изменения на подошвах и (или) сводах стоп уменьшились на 3 день у 3 пациентов, получивших раствор "Ламизил Уно" и 2, лечившихся 1% кремом "Ламизил"; у всех 7 больных в межпальцевых складках снизилась выраженность воспалительных изменений, эрозии и трещины имели тенденцию к эпителизации. На 7 день незначительное шелушение сводов стоп сохранялось у 1 мужчины, лечившегося 1% кремом "Ламизил" и 1, получившего раствор "Ламизил Уно". Эрозии в межпальцевых складках полностью заэпителизировались у 1, лечившегося раствором "Ламизил Уно" и 2 пациентов, окончивших курс 1% кремом "Ламизил". У 1 мужчины с остаточными явлениями эрозии в IV межпальцевой складке был обнаружен септированный мицелий гриба. У остальных 6 пациентов результат микроскопического исследования дал отрицательный результат. Через 28 дней незначительное шелушение и сухость кожи стоп наблюдалось у 1 женщины, пролеченной 1% кремом "Ламизил". У других пациентов клинических симптомов не определялось, жалобы отсутствовали. Результаты микроскопических исследований чешуек кожи из зон бывших очагов поражения во всех 7 случаях были отрицательными. Пациентке с клиническими проявлениями ксероза стоп были рекомендованы увлажняющие и смягчающие кожу косметические средства.

Микоз стоп, сквамозно – интертригинозно – дисгидротическая форма (n=3). На 3 день терапии дисгидротические проявления значительно уменьшились у всех 3 пациентов клинической подгруппы. Отмечалось значительное улучшение в течение патологического процесса со снижением баллов оценки клинических симптомов воспаления от 3 до 1. Через неделю наблюдались остаточные явления в виде незначительного шелушения и слабо выраженного эритематоза в вовлеченных в процесс межпальцевых складках. Через 28 дней у всех 3 пациентов клинических симптомов микоза стоп не наблюдалось. Микроскопические исследования проведенные на 7 и 28 день дали отрицательный результат. Ни у одного из пациентов, лечившихся как раствором "Ламизил Уно", так и 1% кремом "Ламизил", не наблюдалось нежелательных явлений во время и после применения препаратов. Оценка переносимости раствора "Ламизил Уно": очень хорошо 18 (90%), хорошо 2 (10%); 1% крема "Ламизил": очень хорошо 17 (85%), хорошо 3 (15%). Все 40 пациентов клинической группы отмечали высокие органолептические свойства раствора "Ламизил Уно" и 1% крема "Ламизил": быстро впитываются, не имеют неприятного

запаха, не оставляют следов, не раздражают кожу. Однократное применение раствора "Ламизил Уно" обуславливает особое удобство его применения и обеспечивает комплаентность к препарату.

Выводы:

1. Через 7 дней наблюдения клиническое излечение наблюдалось у 40%, а микологическое у 95% пациентов, получивших лечение раствором "Ламизил Уно" и у 50% и 100% соответственно, применявших 1% крем "Ламизил".
2. Через 28 дней клиническое и микологическое излечение пациентов, пролеченных, как раствором "Ламизил Уно", так и 1% кремом "Ламизил", составило 100%.
3. Микологическое излечение при применении любой из двух лекарственных форм наступает примерно у половины пациентов раньше клинического, что обеспечивается высокой концентрацией действующего вещества в эпидермисе.
4. Клиническое излечение, развившееся у всех пациентов после окончания проведенной терапии в процессе дополнительного наблюдения, подтверждает длительное сохранение терапевтической концентрации препарата в очагах поражения.
5. При однократном нанесении раствора "Ламизил Уно" по своей клинической и микологической эффективности соответствует 1% крему "Ламизил", применяемому в течение недели.
6. Раствор "Ламизил Уно" является высокоэффективным, безопасным и удобным в применении препаратом для наружного лечения микозов стоп, обладающим прекрасными органолептическими свойствами.

Литература:

1. Рукавишников В.М., Суколин Г.И., Ку克林 В.Т. Лечение и профилактика микозов стоп. Казань, 1994, 91с.
2. Федотов В.П., Святенко Т.В. Ламизил: перспективы применения в микологической практике // Актуальные проблемы медицины. Сборник научных трудов. Днепропетровск, 1999, с. 172-173.
3. Бондарев И.М., Каспаров Л.Н., Лещенко В.М. Анализ современных особенностей эпидемиологии микроспории в Москве // Вестник дерматологии и венерологии, 1995, №5, с.25-27.
4. Кубанова А.А. Суколин Г.И. Эффективность лечения интертригинозной формы микоза стоп кремом ламизила (тербинафина) // Вестник дерматологии и венерологии, 1994, №4, с.10-12.
5. Сергеев Ю.В., Потекаев Н.С., Лещенко В.М., Ларионова В.Н. Ламизил: совершенствование терапии онихомикозов, вызванных дерматофитами // Вестник дерматологии и венерологии, 1995, №5, с.54-56.

Табан микозының терапиясындағы «Ламизил Уно» препаратының клиникалық және микологиялық әсерін бағалау Г.Р. Ақылжанова

Табан микозы диагнозы бар 40 наукастарда (24 еркек пен 16 әйел, орташа жасы $48 \pm 0,4$ жыл) табан микозын емдеуде сырттай қолдануға арналған «Ламизил Уно» препаратының клиникалық және микологиялық әсерін бағалауы жүргізілді. 28 күннен кейін «Ламизил Уно» сонымен қатар «Ламизил» 1% ііс майымен емделген пациенттердің клиникалық және микологиялық жазылуы 100% құрайды. «Ламизил Уно» ерітіндісі табан микозының сырттай қолданып емдеуінде жоғары әсерін көрсетеді, қауіпсіз және қолдануда ыңғайлы препарат болып табылады.

Evaluation of clinical and mycological efficacy of the "Lamizil Uno" in external therapy of foot mycosis G.R. Akilzhanova

The evaluation of clinical and mycological efficacy and safety of therapy of foot mycoses with drug for external use only "Lamizil Uno" in 40 patients (24 males and 16 females) with a diagnosis of foot mycosis, mean age 48 ± 0.4 years were performed. After 28 days, clinical and mycological cure of patients treated with solution "Lamizil Uno" as well as with 1% cream "Lamizil" was 100%. Solution "Lamizil Uno" is a highly effective, safe and convenient to use the drug for topical treatment of foot mycoses having excellent organoleptic properties.

УДК 615.03:615.24

ЖАУЖҰМЫР ӨСІМДІГІНІҢ ФАРМАКОДИНАМИКАЛЫҚ ӘСЕРЛЕРІН ЗЕРДЕЛЕУ

С.Б. Сламжанова

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы

Шамадан тыс қажуға және жер бетіндегі экологиялық ахуалдың нашарлауына байланысты тұрғындардың денсаулық деңгейінің біршама төмендеуі жұртшылықты алаңдатып отыр. Осыған орай, физиологиялық функциялардың зорығуына әкелетін физикалық жүктемеге және әртүрлі стресстік жағдайларға адамның бейімделуін және төзімділігін жоғарылататын өсімдік тектес дәрілік заттарды жасау және дайындауға көп көңіл бөлінуде. Сондай өсімдіктердің бірі – жаужұмыр. Жаужұмыр (*Codonopsis clematidea*) – танг-шень, женьшенінің алмастырушысы ретінде қарастырылады. Іле Алатауының баурайында өсетін жаужұмыр өсімдігі фармакодинамикасы бойынша женьшенге өте ұқсас. И.И. Брехман (1957) жазған: «Жануарлардың жұмыс істеу қабілетіне фармакологиялық заттардың тигізетін әсерін зерделеу біршама әдістемелік қиындықтар туғызады, өйткені жануарлар, соның ішінде зертханалық, «толыққанды» еңбектенбейді. Жануарларды әбден қажығанша «жұмыс істетуге» үшін әртүрлі әдістер қолданылады, мысалы сондай әдістің бірі – оларды третбанда жүгірту. Автордың пайымдауынша жануарлар қажу басталудың алдында белсенді қимыл эрекетін тоқтатады [1]. Дегенмен ерекше шарттар жасау арқылы жануарларды шаршау жағдайына дейін жеткізуге болады. Біздің зерттеуіміздің мақсаты – жаужұмыр өсімдігінің әртүрлі бөліктерінің фармакодинамикалық белсенділігін зерделеу. Жаужұмыр өсімдігінің ақ тышқандардың жұмыс

істеу қабілетіне (жүзу) әсерін зерттеу үшін оларды ықтиярсыз жүзгізу әдісі қолданылды. Дене салмағы шамамен бірдей 10 ақ тышқан ішіне су құйылған, тышқандар еркін жүзе алатындай өлшемдегі екі шыны ыдысқа салынды. Судың тұрақты температурасы 28-30° С. Тышқандардың ұйрығына салмағы 1 г болатын жүк байланды. Тышқандар әбден қажығанша жүзеді, олар қажығанда ыдыстың түбіне қарай бата бастайды. Тышқандар судың астына бата бастағанда судан жылдам шығарып алып, сүлгімен сүртіп құрғатылады. Құрсақ ішіне зерттелетін дәрілік зат енгізілді, бақылау тобындағы тышқандарға құрсақ ішіне дәрінің орнына инъекцияға арналған су енгізілді. 1 сағ соң тышқандар қайтадан суға салынды, олар әбден қажығанша жүзеді. Зерттелетін дәрілік затты енгізгенге дейінгі жүзу ұзақтығы әрбір жеке жағдайда 100% ретінде қабылданды, екінші жүзудің ұзақтығы да пайызбен есептелді. Жаттығу және артық жаттығу мүмкіндігіне жол бермеу үшін тәжірибеге қатысқан ақ тышқандардың тобында эксперимент аптасына бір рет жүргізілді. Жүктеме ақ тышқандардың жүзу ұзақтығын қысқартты, ал олардың қажуы тереңдей түсті. Барлығы 90 ақ тышқанда 10 серия эксперимент қойылды. Алынған мәліметтер орташа мәндерін салыстыру арқылы статистикалық өңделді.

Зерттеу мәліметі 1-ші кестеде келтірілген.

Кесте 1 - Жаужұмырдың жерүсті бөлігінен дайындалған 10 % сығындысының ақ тышқандардың жұмыс істеу қабілетіне әсері

Тышқандардың салмағы, г	Доза, г/кг	Жүзудің орташа ұзақтығы, мин		t	P
		жаужұмырды енгізген соң	бақылау		
19,1-20,7	0.003	17±1,78	14±3,75	0,47	>0,500
20,5-23,8	0.005	42±10,50	12±2,68	3,04	>0,010
21,5-23,2	0.006	34±2,36	9±1,24	7,60	<0,001
21,4-23,9	0.007	15±1,33	6±0,75	6,02	0,001
19,0-20,0	0.008	12±0,75	10±1,49	1,23	0,250
19,4-20,8	0,010	12±1,50	11±2,00	0,49	>0,500

Ескерту: ± орташа арифметикалық мәнінің стандартты қатесі; t – дұрыстықты бағалауға арналған критерий; p – ықтималдық деңгейі.

Біздің экспериментте жаужұмыр өсімдігінің тамырынан дайындалған 10% сығындысы 0.003 г/кг дозада ақ тышқандардың жүзу ұзақтығына әсер етпеді, ал 0.005 г/кг дозада енгізгенде жүзу ұзақтығын бақылау тобымен салыстырғанда 30 мин ұзартты. Дозаны арттырған сайын тәжірибедегі жануарлардың жүзу ұзақтығы біртіндеп азая түсті, дегенмен бақылау тобымен салыстырғанда жүзу ұзақтығы үлкен болды. 10% сығындыны 0.01% г/кг дозада енгізгенде жүзу ұзақтығы екі топта да бірдей болды. Сонымен жаужұмырдың тамырынан дайындалған 10% сығындысы ақ тышқандардың жұмыс істеу қабілетіне

айқын әсер көрсетті, жаужұмырдың жер үсті бөліктерінен дайындалған 10% сығындысының әсері төмен болды немесе мүлдем әсері байқалмады (кесте 2). Келесі жүргізілген зерттеулерде жаужұмыр тамырынан дайындалған 10% тұндырманың әсерін зерделедік. 0.005-0.006 г/кг дозада ақ тышқандардың жүзу ұзақтығы 5-23 мин арттыратыны анықталды (кесте 3).

Жаужұмыр тамырынан дайындалған 10% қайнатпа 0.005-0.006 г/кг дозада ақ тышқандардың жүзу ұзақтығын 5-23 мин аз ғана арттыратыны, ал үлкен дозада оны төмендететіні анықталды.

Кесте 2 - Жаужұмырдың жерүсті бөлігінен дайындалған 10% сығындысының ақ тышқандардың жұмыс істеу қабілетіне әсері

Тышқандардың салмағы, г.	Доза, г/кг	Жүзудің орташа ұзақтығы, мин		t	P
		жаужұмырды енгізген соң	бақылау		
18,1-20,9	0.005	8	8	-	-
21,9-23,0	0.006	15±26	5±1,12	1,6	>0,02
21,1-22,1	0.008	10±1,0	11±1,30	0,5	>0,50

Кесте 3 - Жаужұмырдың тамырынан дайындалған 10% тұндырмасының ақ тышқандардың жұмыс істеу қабілетіне әсері

Тышқандардың салмағы, г	Доза, г/кг	Жүзудің орташа ұзақтығы, мин		t	P
		жаужұмырды енгізген соң	бақылау		
17,7-21,3	0.005	16±4,70	13±3,2	0,67	<0,050
22,0-22,9	0.006	29±5,24	5±0,3	3,70	<0,01
20,5-22,0	0.007	16	16	-	-

Жүргізілген зертеулердің нәтижесінде мынандай тұжырым жасауға болады: жаужұмыр өсімдігінің тамырынан және жер үсті бөлігінен дайындалған (сығынды, тұндырма, қайнатпа) дәрілік зат 0.005-0.006-0.007 г/кг ақ тышқандардың жұмыс істеу қабілетін жоғарылатады. Әсіресе, жаужұмырдың тамырынан дайындалған 10% сығындысы ақ тышқандардың

жұмыс істеу қабілетін 5-23 мин арттыратындықтан өте тиімді болып шықты. анықталды.

Әдебиет:

1. Брехман И.И. Сравнительная оценка стимулирующего действия различных образцов и препаратов корня жень-шеня. Л., 1957, стр. 30-33.

Изучение фармакодинамики кодонописа климатисовидного**С.Б. Сламжанова****Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова, Алматы**

Изучена фармакодинамика растения кодонописа климатисовидного на работоспособность животных. Лекарственные средства из корней и надземных частей кодонописа (экстракты, настои, отвары) в дозах 0,005-0,006-0,007 г/кг повышают работоспособность лабораторных животных. Особенно эффективны 10% -ные растворы экстракта из корней кодонописа, увеличивающие продолжительность плавания на 23-30 мин.

The study of the Codonopsis clematidea pharmacodynamics**S.B. Slamzhanova****Kazakh national medical university of S.D Asfendiyarov, Almaty**

To studied of the *Codonopsis clematidea* pharmacodynamics, on the animal's workability. Medicaments from the root, overhead parts of the *Codonopsis clematidea* (extracts, tincture) in the dosages 0,005-0,006-0,007 gr/kg the increased the workability of laboratory animals. The effective especially 10% -solutions of the extracts from the *Codonopsis clematide*, which the increased the duration of the swim for 20-30 minutes.

УДК 616.2+614.876-053.2

СОПРЯЖЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ЕСТЕСТВЕННОГО ИММУНИТЕТА СРЕДИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ОБЛУЧЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ЧАСТОТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**Е.Р. Шакенов****НИИ радиационной медицины и экологии, г Семей**

Введение. Установлено, что на территориях, прилегающих к Семипалатинскому полигону в настоящее время проживает около 170 тысяч лиц, непосредственно подвергавшихся облучению в различном диапазоне доз – I поколение и 190 тысяч, представляющие их потомков – II и III поколение. Такое распределение групп радиационного риска и их неравнозначное отношение к действию радиационного фактора (прямого – для I поколения и опосредованному – для их потомков) предполагает наличие среди них различных патогенетических механизмов формирования ранних и отдаленных медицинских последствий в виде нарушений гемопоэза и иммунного статуса. В этой связи, наиболее информативными при оценке популяционных эффектов ионизирующего излучения для населения Казахстана могут быть исследования в области изучения распространения и особенностей клинического течения, массовых социально-значимых заболеваний, к которым, в том числе, относятся инфекционные и инфекционно-воспалительные заболевания системы органов дыхания [1,2].

Материалы и методы.

Среди потомков II поколения лиц, рожденных от облученных родителей основной группы проанализировано 1337 амбулаторных книжек; среди III поколения основной группы, родители подвергались в дозе 0,5 и более Зв – 499; по контрольной группе II поколения 475 и по контрольной группе III поколения – 489 амбулаторных книжек. Параметры естественного иммунитета, а так же

гемопоэза проанализированы среди 860 лиц с дозой облучения 0,5 Зв и 621 – контрольной группы.

Лабораторные методы исследования:

- выделение иммунокомпетентных клеток из крови;
- определение популяций и субпопуляций лимфоцитов;
- исследование фагоцитарной активности нейтрофилов и моноцитов;
- определение уровня Ig в плазме крови.

Результаты исследования

Установлено, что среди детей II поколения основной группы колебались в пределах от 355,4 до 460,8 на 1000 детей, среди детей III поколения основной группы были меньшими и колебались в пределах 284,5 – 340,5 и достоверно превосходили таковые показатели контрольной группы. Так уровень хронических заболеваний среди детей II поколения основной группы составил 402,6 (491,8 - 409,7) на 10³, в контроле 173,4 (166,5-179,2) RR=2,3; p<0,01. В 2001 г. – 438,6 (429,4-447,2) на 10³, в контроле 173,9 (166,5-179,2) RR=2,53; p<0,001. В 2005 г. – 432,4 (426,7-440,4) на 10³, в контроле 170,4 (162,3-177,2) RR=2,54; p<0,001. Та же картина наблюдалась и среди детей III поколения основной группы. Уровень этих заболеваний составил 320,7 (313,8-326,9) на 10³, в контроле 181,3 (173,9-178,6) RR=1,81; p<0,05. В 2000 г. – 300,5 (292,4-307,6) на 10³, в контроле 172,6 (164,5-178,8) RR=1,74; p<0,05. В 2004 г. – 300,8 (293,2-307,2) на 10³, в контроле 183,7 (180,4-189,2) RR=1,64; p<0,05.

Полученные результаты с патогенетической точки зрения предполагали наличие среди этих групп исследования определенных нарушений функционирования естественного иммунитета и развития, так называемых индуцированных опосредованным действием радиационного фактора вторичных иммунодефицитных состояний.

Анализ относительного содержания и распределения популяций и субпопуляций лимфоцитов среди групп исследования показал, что относительный уровень CD 20+ - лимфоцитов среди детей основных групп был достоверно снижен в 1,57 и в 1,44 раза соответственно ($p < 0,01$; $p < 0,01$).

Абсолютное количество В - клеток было снижено по сравнению с контрольными величинами на 41,5% и 43,2% ($0,58 \pm 0,04 \times 10\%$; $0,61 \pm 0,02 \times 10\%$ - основные группы, в контроле - $0,32 \pm 0,02 \times 10\%$) соответственно. Что касается уровня CD 16+ - клеток, то их относительное содержание в основных группах превышало контрольные показатели на 50% и 41% соответственно, а абсолютное на 32,5% и 30,3%. Изучение субпопуляций иммунорегуляторных Т-клеток выявило среди детей основных групп достоверное снижение количества CD 4+ - клеток. Относительный уровень Т-хелперов в 1,37 и 1,31 раза был меньше, чем в контроле ($p < 0,05$; $p < 0,05$). При этом и абсолютное содержание этих клеток было ниже контроль-

ного в 2,0 и 2,2 раза ($0,61 \pm 0,05 \times 10\%$; $0,63 \pm 0,05 \times 10\%$ в основных группах и $0,31 \pm 0,05 \times 10\%$), $p < 0,01$; $p < 0,01$.

Нами проведено исследование корреляционной зависимости уровня между CD 4+ - клетками и CD 8+ - лимфоцитами с показателями иммунорегуляторного индекса. Оказалось, что эта зависимость была достоверной и составляла среди детей II поколения основной группы $r = 0,812$, среди детей III поколения $r = 0,828$, $p < 0,05$; $p < 0,05$. Корреляционная зависимость показателей иммунорегуляторного индекса с CD 16+ - клетками составила 0,808 и 0,806; $p < 0,05$; $p < 0,05$.

Показатели НСТ – теста среди детей основных групп II и III поколения достоверно превышали контрольные в 2,1 – 2,35 раза соответственно, $p < 0,01$; $p < 0,01$. Одновременно с повышением показателей НСТ – теста у детей основных групп с инфекционно-воспалительными заболеваниями системы дыхания отмечено истощение в 1,6 – 1,5 раза резервных возможностей клеток, $p < 0,01$; $p < 0,01$.

Учитывая большую социальную значимость хронических инфекционно-воспалительных заболеваний системы дыхания детей, особенно проживающих на экологически неблагоприятных территориях, нами проведена оценка распределения хронических заболеваний этого класса среди детей II и III поколения основных групп и 50 детей контрольной группы (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение различных хронических форм инфекционно-воспалительных заболеваний системы органов дыхания среди детей - потомков (II-III поколение) лиц, подвергшихся прямому облучению и контрольной группы, %

Нозологические формы	Основная группа (II поколение) n=70		Контрольная группа n=50		P	r
	кол-во	%	кол-во	%		
Хронический тонзиллит	47	67,1	21	42,0	<0,05	0,721
Хронический аденоид	17	24,3	8	16,0	<0,05	0,709
Хронический тонзиллит, аденоид	15	21,4	3	6,0	<0,01	0,816
Хронический тонзиллит, рецидивирующий бронхит	24	34,2	8	16,0	<0,01	0,821
Хронический тонзиллит, рецидивирующий бронхит и анемия (Hb-менее 110 г/л)	17	24,3	5	10,0	<0,01	0,826
Все зарегистрированные формы заболеваний системы органов дыхания	58	82,8	22	44,0	<0,05	0,868

Примечание: p – степень достоверных различий между основной и контрольной группами.

Как следует из таблицы у 82,8% потомков лиц, рожденных от облученных родителей регистрировались хронические заболевания верхних и нижних дыхательных путей, в контрольной группе 44,0%, $p < 0,01$. При этом достоверно чаще диагностировались такие сочетания, как хронический тонзиллит и аденоиды (21,4% - в основной группе; 6,0% - в контрольной; $p < 0,01$), хронический тонзиллит и рецидивирующий бронхит (34,2% - 16,0% соответственно; $p < 0,01$), хронический и рецидивирующий бронхит в сочетании с анемией (24,3% - 10% соответственно; $p < 0,01$) чаще рецидивируют и переходят в хронические стадии. Это также является проявлением более выраженных изменений в иммунной системе.

Полученные результаты подтверждали достоверно более выраженную тяжесть иммуносупрессии выявленную нами среди детей основных групп.

Сәулеленуге ұшыраған ата-анадан туылған балалар арасында жоғары тыныс алу жолдарының созылмалы инфекцияндық-қабыну ауруларының сандары көбейіп, табиғи иммунитеттің қабаттасып бұзылуы Е.Р. Шакенов

250 эквиваленттік эквиваленттік сәулелену дозасы мен мЗв-ден артық сәулеленуге ұшыраған, табиғи иммунитеттерінің негізгі көрсеткіштері бұзылған ата-анадан туылған балалар арасында жоғары тыныс алу жолдарының созылмалы инфекцияндық-қабыну ауруларының жоғары корреляциялық тәуелділік жиілігі анализденді және анықталды.

Contingency infringes the natural immunity among children was born from irradiation parents with increase of frequency the chronic infections and inflammatory diseases of the top respiratory ways

E.R. Shakenov

It is analysed and established high correlation dependence of frequency of chronic infections and inflammatory diseases of the top respiratory ways among children was born from irradiation parents with an effective equivalent dose of an irradiation 250 and more mZv with infringements of the basic indications of natural immunity.

Литература:

1 Хабаров А.С. Клинико-иммунологические показатели потомков обученных II поколения на Семипалатинском полигоне: Сборник статей всероссийской конференции «Лимфоэпителиальные образования верхних дыхательных путей в норме и при патологии». - Белокуриха, 2002. - С. 81-87.

2. Шойхет Я.Н., Киселев В.И., Колядо В.Б., Богданов С.В. Исследование и оценка последствий радиационного воздействия в период ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне на населения Алтайского края. - М.: 2003. - 125 с.

УДК 616.342-07-08

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ**Е.К. Ибраимов****Государственный медицинский университет г.Семей**

Гастродуоденальные кровотечения в настоящее время являются одной из ведущих причин смертности больных язвенной болезнью [1,2]. По ряду причин различного характера их частота в популяции не имеет динамики к снижению [3]. Поэтому повышение эффективности мероприятий направленных на остановку язвенных кровотечений, особенно из язв луковицы двенадцатиперстной кишки, является актуальной задачей в абдоминальной хирургии.

Развитие способов эндоскопического гемостаза в последние десятилетия позволило в значительной степени снизить необходимость в проведении экстренных оперативных вмешательств для лечения первичных и особенно повторных язвенных кровотечений, смертность при которых особенно высока [4].

Очень существенным при этом является и возможность точной и быстрой диагностики источника кровотечения.

Современные гибковолоконные эндоскопы и видеоинформационные системы не оставили «слепых» зон в пищеводе и во всех органах гастродуоденальной заоны, поэтому при хорошей подготовке верхних отделов желудочно-кишечного тракта к исследованию выявление источника кровотечения зависит лишь от опыта и внимательности специалиста [5]. Определенный навык требуется для того, чтобы отличить артериальные изменения, вызванные неправильным использованием желудочного зонда (присоски в проксимальных отделах желудка, разрывы слизистой оболочки пищевода и желудка), от оригинального источника кровотечения [6]. Реальные трудности связаны с тем, что плотные сгустки, как правило, скапливающиеся на большой кривизне тела желудка или в просвете двенадцатиперстной кишки, затрудняют или делают невозможным осмотр этих областей. При массивном продолжающемся кровотечении большое количество поступающей крови также затрудняет точную идентификацию кровоточащего участка, даже при отсутствии плотных сгустков [7].

В начале эндоскопического исследования кровь, сгустки и остатки промывных вод по возможности полностью удаляются из просвета и со слизистой оболочки через биопсийный канал прибора. Существенно облегчает эту задачу использование операционного эндоскопа с 6 мм рабочим каналом и мощного вакуум-отсоса. Если кровь и сгустки не удается убрать полностью, выведение источника кровотечения в доступную для осмотра и удобную для манипуляций позицию достигается изменением положения больного на эндоскопическом столе, разрушением и смещением сгустков инструментами [8], прицельным отмыванием источника кровотечения путем интенсивной струйной подачи жидкости через отдельный канал эндоскопа (предпочтительно) либо через катетер [9].

Трудности и ошибки диагностики на этом этапе были обусловлены следующими причинами [10]:

1. Плохой визуальный обзор из-за наличия в просвете значительного количества излившейся крови, гематин в виде «замазки», фиксированные и свободно расположенные сгустки крови в большинстве наблюдений позволили сформулировать окончательный диагноз не при первичном, а при повторном исследовании после промывания желудка.

2. Продолжение осмотра и проведение лечебных мероприятий при переполненном желудке под местным обезболиванием ограничивали возможности диагностики в связи с угрозой аспирации желудочного содержимого.

3. Концентрация внимания на выявленном одном источнике кровотечения приводила к утрате настороженности и пропуску других источников, независимых друг от друга или связанных в патогенезе, например: опухоль желудка и эрозивно-геморрагический гастрит.

4. Верификация одного или нескольких источников кровотечения при первичной ЭГДС не исключает возможность пропуска других источников, прикрытых кровью, а также возможности появления и дополнительных источников кровотечения по мере расстройства микроциркуляции. Отсутствие подобной информации у лечащего врача и отказ в связи с этим от динамической ЭГДС вызывал необоснованные претензии к эндоскопистам в случаях обнаружения во время операции ранее не диагностированных источников кровотечения.

5. На фоне анемизированной слизистой оболочки мелкие и даже крупные язвенные дефекты, а также полипы на ножке или широком основании во многих наблюдениях плохо дифференцировались. Визуальная диагностика таких образований становилась более доступной после восстановления общего и регионарного кровотока.

Следующим этапом при наличии показаний является эндоскопическая остановка кровотечения.

В настоящее время разработано большое число эндоскопических способов гемостаза, предусматривающих орошение источника кровотечения гемостатическими препаратами [11], обкалывание [12], коагуляцию [13,14], эндоклипирование сосудов [15] и др. Каждый из этих подходов имеет свои достоинства и недостатки. Не претендуя на наилучшую эффективность во всех случаях язвенного кровотечения, мы представляем свою разработку, обладающую комплексом безусловно положительных качеств.

Цель исследования – определение клинической эффективности способа эндоскопического гемостаза у больных с дуоденальными язвами, основанного на депонировании гемостатических препаратов под пленкой из медицинского клея.

Материалы и методы:

Обследованы 79 больных с язвенными дуоденальными кровотечениями. Из них 56 пациентов мужского пола (70,9%), 23 – женского пола (29,1%), средний возраст $41,3 \pm 2,2$ года. При поступлении состояние больных по APACHE II оценивалось в среднем в $31,3 \pm 2,2$ балла. Тяжесть кровотечения по Воробьеву А.И. у 17 пациентов (21,5%) оценивалась как легкое, у 40 – средней тяжести (50,6%) и 22 – тяжелое (27,9%).

В зависимости от способа остановки кровотечения все больные были разделены на две группы равного численного состава – основную (39 случаев) и сравнения (40 человек). Средний возраст пациентов основной группы составил $42,4 \pm 2,0$ года, а группы сравнения – $40,5 \pm 2,2$ года ($p > 0,1$).

Распределение обследованных по активности кровотечения (Forrest J., 1971) свидетельствовало о преобладании степени активности F-Ib (30,0% в группе сравнения и 33,3% - в основной группе), артериальное кровотечение было выявлено в 3 случаях в каждой из групп (7,5% и 7,7% соответственно), в остальных при первичном обследовании были определены признаки гемостаза F-IIabc (62,5% и 59,0% соответственно).

Различий между группами, выделенными в зависимости от лечения, по активности кровотечения и степени гемостаза, таким образом, не было.

Лечение больных с язвенными кровотечениями осуществлялось следующим образом: в группе сравнения (40 больных) использовалась системная консервативная гемостатическая терапия; в основной группе (39 больных) осуществлялось применение местного эндоскопического лечения, заключающееся во введении гемостатического препарата (тромбин) с депонированием под клеевой пленкой (сульфакрилат или латексная клеевая композиция). При этом применение гемостатического препарата сочеталось с использованием средств для местного этиопатогенетического лечения. В частности, уже начиная с этапа осуществления гемостаза кроме тромбина под клеевой пленкой депонировались препараты де-нол и метронидазол.

В качестве непосредственных результатов лечения определялось состояние гемостаза в первые сутки после начала лечения, поздних – частота рецидивов кровотечения в течение нахождения больных в стационаре, отдаленных – данные проспективного наблюдения в течение 2 лет и более (средний срок наблюдения за больными основной группы – $3,5 \pm 0,2$ года, группы сравнения – $3,8 \pm 0,3$ года, $p > 0,1$).

Результаты исследования и их обсуждение:

Таблица 1 - Результаты остановки кровотечения у больных с исходной активностью Forrest-Ia

Состояние гемостаза после проведения мероприятий по остановке кровотечения	Клиническая группа			
	сравнения (n=15)		основная (n=16)	
	абс.	%	абс.	%
F-Ia	2	$13,3 \pm 8,8$	1	$6,3 \pm 6,1$
F-Ib	3	$20,0 \pm 10,3$	0	0,0
F-IIa	2	$13,3 \pm 8,8$	1	$6,3 \pm 6,1$
F-IIb	2	$13,3 \pm 8,8$	1	$6,3 \pm 6,1$
F-IIc	1	$6,7 \pm 6,4$	1	$6,3 \pm 6,1$
F-III	5	$33,3 \pm 12,2$	12	$75,0 \pm 10,8^*$

* - различия между группами достоверны, $p < 0,05$

Видно, что абсолютное и относительное число больных с признаками продолжающегося кровотечения и нестабильного гемостаза в группе сравнения по всем категориям Forrest превосходило показатели основной группы. В результате в срок контрольного обследования наблюдались достоверные различия по числу случаев

Эндоскопические признаки устойчивого гемостаза выявлены в 28 случаях в группе сравнения (70,0%) и в 36 (92,3%) – в основной группе. По причине продолжающегося кровотечения экстренные оперативные вмешательства были выполнены в 5 случаях в группе сравнения (12,5%) и в 1 случае – в основной группе (2,6%).

В исследование было включено небольшое число лиц с кровотечением из артериального сосуда (F-Ia), что не позволяло в данном случае провести численный анализ. В то же время, из 12 больных с кровотечениями класса F-Ib в группе сравнения не удалось достигнуть остановки их путем использования консервативных мероприятий в 1/4 случаев, тогда как при применении эндоскопического способа местной остановки кровотечения устойчивый или неустойчивый гемостаз был достигнут во всех случаях. При этом частота устойчивого гемостаза (F-III) в основной группе достигала 87,2%, а в группе сравнения – только 70,0%.

В таблице 1 представлены результаты остановки продолжающегося на момент первичного обследования кровотечения (F-Iab).

устойчивого гемостаза в сравниваемых группах. В основной оно достигало 75,0%, тогда как в группе системного консервативного гемостаза составило только 33,3%.

В таблице 2 показаны результаты лечения пациентов с F-IIabc.

Таблица 2 - Результаты гемостаза у больных с исходной активностью Forrest-IIabc

Состояние гемостаза после проведения мероприятий по остановке кровотечения	Клиническая группа			
	сравнения (n=25)		основная (n=23)	
	абс.	%	абс.	%
F-IIc	2	$8,0 \pm 5,4$	1	$4,3 \pm 4,3$
F-III	23	$92,0 \pm 5,4$	22	$95,7 \pm 4,3$

* - различия между группами достоверны, $p < 0,05$

Из таблицы видно, что в подавляющем большинстве случаев у обследованных больных данной категории обеих клинических групп был достигнут устойчивый гемостаз.

Данные о частоте ранних рецидивов кровотечения из дуоденальных язв представлены в таблице 3.

Таблица 36 - Частота ранних рецидивов кровотечения (в течение пребывания больных в стационаре)

Показатель	Клиническая группа			
	сравнения (n=40)		основная (n=39)	
	абс.	%	абс.	%
Число ранних рецидивов кровотечения	4	$10,0 \pm 4,7$	1	$2,6 \pm 2,5$

В группе сравнения ранний рецидив кровотечения наблюдался в 4 случаях (1 – с исходно F-Ia, 2 – с F-Ib и 1 – с F-IIa).

В основной группе зарегистрирован только 1 рецидив кровотечения в условиях стационара – у больного с исходно F-Ib активностью (венозное кровотечение).

У 9 больных группы сравнения (22,5%) и только у 2 – основной группы (5,1%, $p < 0,05$) в экстренном порядке было проведено оперативное лечение.

В ряде случаев кровотечения в обеих группах также были выполнены отсроченные оперативные вмеша-

тельства. Распределение больных в зависимости от частоты их проведения и отдаленных исходов представлено в таблице 4.

Таблица 4 - Отдаленные результаты у больных с кровотечениями из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, подвергавшихся остановке консервативными методами

Результаты	Группа сравнения, гемостатическая терапия (n=40)		Основная группа (n=39)	
	абс.	%	абс.	%
Оперативное лечение	28	70,0	21	53,8
Повторного кровотечения не наблюдалось в срок более 2 лет	4	10,0	12	30,8
Повторное кровотечение в срок от 1 до 2 лет	4	10,0	4	10,3
Повторное кровотечение в срок до 1 года	4	10,0	2	5,1

Как видно из таблицы 4, оперативное лечение было проведено в 70% случаев в группе сравнения и в половине – в основной группе.

В то же время, отдаленные результаты у тех больных, которые были пролечены только с использованием консервативных мероприятий, оказались несколько различными. Так, относительное число пациентов без развития повторного кровотечения в срок до 2 лет и более в основной группе было втрое большим, чем в группе сравнения.

Напротив, повторное кровотечение в срок от 1 года до 2 лет было зарегистрировано в равном числе случаев.

Ранние рецидивы кровотечения (в срок до 1 года) отмечались существенно чаще в группе сравнения (в 2 раза). Как мы считаем, снижение их частоты при применении местного лечения связано не столько с результатами гемостатической терапии при кровотечении, сколько с более частым и более надежным заживлением язвы, увеличением продолжительности ремиссии, в том числе за счет повышения эффективности эрадикации НР.

Таким образом, в целом использование разработанного способа эндоскопической остановки кровотечения давало значительно лучшие результаты, чем консервативные методы. Следует указать на простоту выполнения данного способа, его безопасность, возможность применения в условиях любой клиники, располагающей оборудованием для ФГДС, небольшую стоимость.

Литература:

1. Рыбачков В.В., Дряженков И.Г. Осложненные гастродуоденальные язвы // Хирургия. – 2005. - №3. – С.27-29.
2. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. - №1. – С.58-64.
3. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. - №1. – С.27-32.
4. Панцырев Ю.М., Михалев А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2003. - №3. – С.43-49.
5. Шапкин Ю.Г., Климашевич В.Ю., Потахин С.Н., Матвеева Е.Н. Возможности совершенствования хирур-

гической тактики при кровоточащей гастродуоденальной язве // Вестник хирургии. – 2000. - №2. – С.24 - 26.

6. Панченков Р.Т., Семенов В.В., Попов Ю.П. и др. Лечебная эндоскопия у больных с острыми кровотечениями из верхнего отдела пищеварительного тракта // Хирургия. - 1988. - № 9. – С.39-45.

7. Федоров Е.Д., Михалев А.И., Орлов С.Ю. и соавт. Диагностика и лечение кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта с использованием эндоскопических вмешательств. Методические рекомендации / под ред. проф. Ю.М. Панцырева. – М., 2001.

8. Синев Ю.В., Соломатин А.Д., Утешев Н.С. Эндоскопическая остановка и профилактика рецидива кровотечения у больных с язвами пилоробульбарной зоны // Острые хирургические заболевания органов брюшной полости. - М.: 1992. – С.21-25.

9. Юхтина Е.М. Острые гастродуоденальные кровотечения // Экстренная хирургия органов брюшной полости / Труды 2-го ММИ. - М, 1999. - Том 87, Вып.28. - С.22-41.

10. Тимен Л.Я., Хаит Б.А., Черепанин А.И. и соавт. Кровоточивость. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений // <http://www.rusmedserv.com/misc/021/021.htm>.

11. Станулис А.И., Прикупец В.Л., Кузеев Р.Е. и др. Эндовидеохирургия в лечении пилородуоденальных язвенных стенозов и кровотечений. В кн.: 6-ой Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2002. – С.367-369.

12. Тимошенко В.О. Инъекционно-коагуляционный метод в лечении острых язвенных гастродуоденальных кровотечений // Реконструкция. – 2000. - №1. – С.56-60.

13. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И., Сулейманов Б.Р. и др. Эндоскопическая диатермокоагуляция при желудочно-кишечных кровотечениях // Хирургия. - 1976. - № 4. - 153-154.

14. Cook D.J. Guyatt G.H., Salena B.J., et al. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis // Gastroenterology. - 1999. - Vol.102. - P.139-148.

15. Jensen D.M. Endoscopic control of non-variceal upper gastrointestinal hemorrhage. In: Yamada T, Alpers D, Owyang C, Powell O, Silverstein F, editors. Textbook of gastroenterology. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1995. p. 29913011.

УДК 616-08-039.35+616-036.8

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ У УМЕРШИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ИНТЕНСИВНУЮ ТЕРАПИЮ**А.А.Дюсупова, Б.Б.Дюсупова, Ю.С.Васьковская, А.М.Досбаева, А.Е.Нуржанова, Г.Б.Жумагулова, И.Х.Альпаева**
Государственный медицинский университет г.Семей

До сих пор в клинической медицине существует много дискуссионных моментов. Одним из таких вопросов является проблема отрицательных влияний интенсивной терапии, когда возникает сомнение в том, что причина смерти пациентов обусловлена осложнениями основного заболевания [1]. Показатель центрального венозного давления (ЦВД) имеет важное клиническое значение при травматическом, геморрагическом и ожоговом шоке, когда обязательным элементом оказания экстренной медицинской помощи является инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) [2]. В качестве исходных показателей венозного давления на периферических венах конечностей (ПВД): в локтевой вене и в венах стопы приводятся величины от 50-60 до 110-120 мм вод.ст. [2,3]. Исследователи более позднего периода [4,5] в качестве показателей ЦВД в верхней полой вене приводят почти аналогичные цифровые данные от 50 до 120 мм вод.ст., совпадающие с данными ПВД предыдущих исследователей.

В связи с этим нормальные показатели ЦВД (60-120 мм вод.ст.), используемые в современной клинической практике подвергаются сомнению, требуют дальнейшего целенаправленного исследования.

Цель работы: изучить некоторые параметры гемодинамики у умерших больных, которым при жизни проводилась ИТТ.

Материалы исследования: 146 историй болезни умерших травматологических больных, получавших лечение в палате интенсивной терапии (ПИТ) в больнице скорой медицинской помощи г. Семей в период с 2001 по 2008 годы и гистологические микропрепараты органов 103 вышеуказанных больных.

Результаты и обсуждение. Анализ историй умерших больных показал следующее. Среди умерших 34,4% больных получали лечение в реанимационном отделении по поводу термического ожога различной локализации, 41,1% с сочетанной травмой, 13,9% с отморожениями, остальные 10,6% больных с комбинированной травмой. Средний возраст больных составил 49,5±4,4 лет. При этом больные

находились в условиях стационара 5,6±1,3 дней. ИТТ проводилась в объеме 3751±205,6 мл/сутки.

Нами проведен анализ основных параметров гемодинамики (ЦВД, АД, ЧСС, частоты дыхательных движений (ЧДД), диурез) в трех группах умерших больных, которым проводилась ИТТ в условиях реанимации. Разделение на группы проводилось в зависимости от объема инфузионной терапии. В первой группе больных (36,3%) объем жидкости составил до 3000 мл в сутки, во второй (38,4%) – от 3000 до 4000 мл и в третьей (25,3%) – более 4000 мл в сутки.

Результаты проведенного анализа показателей гемодинамики у больных в палате интенсивной терапии приведены в таблице 1.

По данным таблицы исходный уровень ЦВД во всех группах был практически одинаковым и составил соответственно 12,9±6,5, 15,07±3,0 и 14,0±7,1 мм вод.ст. В процессе оказания неотложной помощи, а именно проведения ИТТ показатели ЦВД достоверно повышались. Следует отметить, что в III группе в связи с тем, что эти больные получали больший объем жидкости, отмечались более высокие в сравнении с больными I и II групп цифры ЦВД 112±14 мм вод.ст. (P<0,05). Статистически значимых различий в показателях АД не обнаружено. ЧСС-109,4±2,3 и ЧДД - 22,2±0,4 в минуту достоверно превышали соответствующие значения в I (99,6±3,7 и 21,0±0,4) и II (101,8±2,3 и 21,6±0,2) группах больных. Что касается диуреза, то какой-либо закономерности по группам согласно таблицы не обнаружено (P>0,05). Температура тела больных во всех трех группах не превышала нормальные значения. Следует отметить, что основными причинами смерти больных явились отек головного мозга, легких и других паренхиматозных органов в результате механических повреждений, действия высоких, низких температур и пр. Последние состояния, как правило, клиницисты связывают с осложнениями основного заболевания, с таким часто используемым заключением как полиорганная недостаточность.

Таблица 1.

Больные	ЦВД до ИТТ (мм вод.ст.)	ЦВД после ИТТ (мм вод.ст.)	АД, сист. (мм рт.ст.)	АД диаст. (мм рт.ст.)	ЧСС	ЧДД	Диурез, мл/час
I группа	12,9±6,5	75,8±7,1	103,7±4,5	59,7±3,1	99,6±3,7	21,0±0,4	56,6±9,5
II группа	15,07±3,0	103,6±6,2	112,5±4,0	65,1±2,7	101,8±2,3	21,6±0,2	49,3±3,9
III группа	14,0±7,1	112±14	110,8±4,9	66,4±3,2	109,4±2,3	22,2±0,4	50,1±6,8

Однако изучение основных параметров системы гемодинамики у умерших больных, которым при жизни проводилась ИТТ в реанимационном отделении косвенно свидетельствует о том, что больным проводилась несбалансированная ИТТ. В частности, у больных наблюдались высокие, по нашему мнению, цифры ЦВД и соответственно повышенные значения ЧСС и ЧДД, что также может говорить о перегрузке системы кровообращения. При этом у исследуемых больных отсутствовали признаки профузного кровотечения, септических состояний, обусловленных развитием ожоговой болезни, наблюдались достаточный диурез и нормальная температура тела во всех группах.

Ожоговый шок в среднем продолжается по данным литературы и клиническим наблюдениям до 3 суток, травматический шок до 6 часов. По данным Пермякова Н.К. не существует затяжного шока! Расстройства микроциркуляции при истинном шоке настолько серьезны, что уже в первые двое суток приводят к необратимым изменениям жизненно важных органов и необратимой дезинтеграции их функций. О чем тогда свидетельствует развитие выраженного отека тканей органов у вышеуказанных больных, которые находились в ПИТ в пределах 5,6±1,3 суток с мо-

мента получения травмы, ожога на фоне проводимой массивной ИТТ, после выведения больных из состояния шока.

Таким образом, для того, чтобы разрешить сомнения о причинах смерти вышеуказанных больных нами решено было оценить морфологическое состояние тканей основных жизненно важных органов умерших больных. Основное внимание при этом уделялось степени выраженности отека тканей при различных значениях ЦВД. Исследование показало, что чем выше был уровень ЦВД (>30 мм вод.ст.), тем более выражена степень отека тканей (P<0,05). Более детальный анализ морфологических изменений в органах умерших больных отражен в наших предыдущих работах.

Таким образом, анализ клинических, гемодинамических и морфологических данных свидетельствует о том, что проблема рациональной противошоковой ИТТ при неотложных состояниях в клинической практике остается открытой и требует оптимизации используемых стандартов ИТТ.

Литература:

1. Рыбакова М.Г., Жидков К.П., Клечиков В.З. Клиническая патоморфология критических состояний // Архив патологии. – 2005. – Т.67, №5. – С. 41-48.
2. Аденский А.Д. Методика и техника исследования венозного давления // Венозное давление и значение его в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. – Минск. – 1953. – С. 8-56.
3. Мартынов А.Н., Никитина Н.И., Трунин М.А. Краткие анатомо-физиологические данные о венозном

давлении // Венозное давление в хирургической клинике. – М., 1963. – С. 5-17.

4. Чибуновский В.А. Центральное венозное давление. Его роль при оценке кровообращения и в контроле инфузионной терапии. Методы его измерения. Алматы. 1991/2005г.

5. Чеберев Н.Е., Пакалев Г.М., Шабанов В.А. и др. Венозное давление // Венозная гипертензия. – Нижний Новгород. – 2003. – С. 13-15.

Retrospective analysis of haemodynamic indexes for died patients, which took intensive therapy

The well known criterion of a rational infusional therapy, which one is a central venous pressure (CVP). It was determined at research of 146 case histories of patients died in reanimation unit for period from 2001 to 2008 and morphologic researches of its (103) organs. In the carried out work the important diagnostic meaning of an index of CVP has determined and it needs in following research.

Қарқынды терапиядан кейін қайтыс болған науқастардың гемодинамикасының көрсеткішін ретроспективті талдау

Орталық көк тамырдағы қан қысымы бізге белгілі. Рациональды инфузиялық терапияның белгілерінің бірі орталық көк тамырдағы қан қысымының тепе-теңдігі болып табылады. 2001-2008 жылдары жан сақтау бөлімінде емделіп қайтыс болған 146 аурудың клиникалық және 103-ң ішкі ағзаларының морфологиялық зерттелуі нәтижесінде орталық көк тамырдағы қан қысымының шамасы диагностикалық орнының ерекше екендігі дәлелденді және де осы қағида мақсатталған болашақ зерттеулерді қажет етеді.

УДК 616-036.22:51

ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ПРОЦЕСТЕРДІ МАТЕМАТИКАЛЫҚ МОДЕЛДЕУ ӘДІСІ КӨМЕГІМЕН ЗЕРТТЕУ (ТЕОРИЯЛЫҚ АСПЕКТ)

¹Г.Ж. Есенбекова, ²Б.А. Жетписбаев, ³Б.А. Мукушев

¹«Кайнар» (Семей) университеті, ²Семей қаласындағы мемлекеттік медициналық университет, ³Семей мемлекеттік педагогикалық институты

Көптеген ғасырлар бойы адам баласына орасан зор қайғы-қасірет әкелген факторлар ішіндегі ең бастысы әр түрлі аурулардың (оба, испан грипі) эпидемиясы болды. Тарихи мәліметтерге үңілсек жүздеген жылдарда эпидемиядан көз жұмған адамдардың саны астрономиялық цифрлармен өлшенетініне көз жеткізуге болады. Тіпті кейбір аймақтарда халықтың барлығы дерлік өлім-жітімге ұшырады.

XIV ғасырда Европада оба эпидемиясынан (черная смерть) халықтың 25%-і көз жұмды. Сол кезде Европада 100 миллиондай адам тұрған. Қазіргі уақытта мұндай масштабтағы катаклизмнен адам баласы құтылғанымен, Африка құрлығында және оңтүстік шығыс Азияның, Латын Америкасының кейбір елдерінде локальді жаппай эпидемия факторлары кездесіп қалады.

Мұндай эпидемиялардың болу факторлары тек сол елдерге ғана зиянын тигізіп қоймайды, жұқпалы аурулардан толықтай құтылған аймақтарға да қауіп төндіреді. Мұндай елдерде денсаулық сақтау ісінің жақсы жолға қойылғандығының арқасында және ондаған жылдар бойы белгілі бір аурулар жоғалып кеткендіктен адамдарда сол ауруларға қарсы иммунитеттері әлсіреген. Қазіргі дамыған транспорттық коммуникация жағдайында бір елде болған эпидемияның өршуі сол эпидемияға қарсы иммунитеті әлсіреген елдерде аз уақыт ішінде пайда болуы мүмкін.

Әр түрлі эпидемиялық аурулармен күресу және оларды жою мәселесі медицина ғылымдарының басты міндеті болып отыр. Қазіргі уақыттағы көптеген ауруларды емдейтін дәрілік заттардың пайда болуы эпидемиялардың өршуін азайтты. Алайда, денсаулық сақтау мекемелері үшін жұқпалы аурулардың жайылуының динамикасын білу және олардың қандай жағдайда тарайтынын алдын ала болжап отыру аса маңызды міндетке айналып отыр. Сондықтан, эпидемиялық ауруларға қарсы күресуде тек фармацевтикалық индустрияны дамыту және халыққа фармакологиялық көмек көрсету ісі жеткіліксіз. Бұл

мәселені шешуде тек медицина саласы қызметкерлерінің ғана емес, әр түрлі бағытта жұмыс жасайтын көптеген мамандардың көмегі керек.

Қазіргі уақытта медициналық диагностика және клиникалық болжау (прогнозирование) жұмысында көптеген шешілмеген мәселелер пайда болды. Атап айтқанда:

- жаңа дәрілік заттарды фармакология тұрғысынан зерттеу;
- аурудың организмдегі даму және жойылу динамикасының биологиялық механизмі;
- эпидемияның ел ішінде таралу механизмі;
- карантин енгізу, егу, адамдардың контактілерін шектеу, мектептердің және моншаларды жабу және т.б. сияқты эпидемиямен күресу құралдарының салыстырмалы артықшылықтарын сандық түрде бағалау.

Аталып кеткен, мәселелердің барлық аспектілерін жүйелі түрде зерттеу жемісті болу үшін *математикалық моделдеу* әдісін қолданады.

Эпидемиялық аурулардың даму динамикасын математика тұрғысынан сипаттамай тұрып, кейбір медициналық және биологиялық терминдерге тоқтала кетейік. Бұл терминдер микроскопиялық фактор - бактерия клеткалары және вирустардың жай-күйінен бастап, макроскопиялық фактор - эпидемияның адамдар ортасындағы таралуына дейін қамтиды.

Жеке адам белгілі бір жұқпалы ауруды *қабылдайтындар*, немесе *қабылдамайтындар* (яғни иммунитеті күшті) болуы мүмкін. Ауруды таратқыш адам – *инфекция көзі* болады. Қабылдағыштық қасиеті бар жеке адам инфекцияны жұқтырғаннан кейін, біраз уақыт ол ауырғанын сезбейді, өйткені аурудың сырқы белгілері білінбейді. Осы уақыт аралығын – *латенттік период* деп атайды. Мұнан кейін *жұқпалылық* периоды басталады, ауырған адам ауруды қабылдайтын адамдарға жұқтыра бастайды, қабылдамайтындарға жұқпайды. Эпидемияны жұқтырған адамда аурудың әр түрлі симптомдары пайда болады, сонан кейін ол адамды адамдармен контактіде

болмауы үшін жазылып кеткенше (немесе, мүмкін, қайтыс болғанша) ортадан оқшаулайды. Егер ауырған адам жазылып кетсе ол ауруды қабылдамайтындар қатарына біраз уақытқа дейін қосылады. Адамдар ортасынан оқшаулау ауруды тарату факторын тоқтатады. Ауруды жұқтыру және осы аурудың симптомдары пайда болған уақыт аралығын *инкубациялық период* дейді. Сонымен қатар, бір адамда аурудың симптомдары пайда болған кезден бастап, ол ауру жұқтырған екінші адамда осы симптомдардың пайда болу аралығы *сериальдық интервал* деп аталады.

Модель қарапайым болу үшін, адамдар ортасындағы барлық индивидум үздіксіз және бірқалыпты араласу жағдайында деп есептеледі. Дегенмен, бұл шарт нақты өмірде орындалмайды. Өйткені кез келген адамдар ортасы немесе биологиялық популяция өте күрделі жүйе болып табылады. Өйткені адамдар ортасының жай – күйіне әлеуметтік жағдайларының әркелкілігі, әр түрлі географиялық жағдайлардың болуы, адамдардың өзара араласуының уақыттық және кеңістіктік схемалары әсер етеді. Осы айтылған факторларды ескере отырып эпидемия динамикасын математикалық модельдеу тұрғысынан зерттеу әлі де болса қарқын алмай отыр.

Эпидемияның математикалық теориясында мынандай екіге бөлу бар: үлкен топты зерттеу және шағын топты зерттеу. *Үлкен топтар теориясы* эпидемияның пайда болу және таралу динамикасының жалпы сипаттамаларын бүтін адамдар қоғамы үшін жасалған эпидемияның қарапайым математикалық моделдері арқылы зерттейді. Мұндай модельдеу негізінде қоғамдық денсаулық сақтау органдарының жұмыстары жоспарланады және негізгі міндеттері анықталады. *Шағын топ теориясы* негізінде белгілі бір эпидемияның мысалы, мектептегі оқушылар тобы ішінде немесе семьяда таралуы зерттеледі. Мұндай зерттеулер нәтижесінде нақты клиникалық маңызы бар ақпараттар алынады (мысалы, латенттік және жұқпалылық периоды туралы мәліметтер).

Эпидемияның бірінші математикалық моделі.

Эпидемия тарайтын ортада текауруды қабылдайтындар ғана бар жағдайдағы қарапайым модельді қарастырайық. Ал өлім-жітім, аурудың жазылуы, оларды оқшаулау және ауырмайтын адамдардың болу факторларын модельге енгізбейміз. Мұндай қарапайым модельді кейбір жоғары тыныс алу органдарының ауруының бастапқы кезеңі үшін қолдануға болады. Өйткені мұндай аурудың эпидемиясының бастапқы кезінде адамдар арасында өлім-жітім болмайды деп есептейміз, аурулар бірден жазылып кетпейді және оларды оқшаулағанша көп уақыт өтеді. Мысалы, белгілі бір ауруды қабылдағыш n индивидум болсын және $t = 0$ уақыт моментінде топқа бір инфекция ошағы енеді. Мұндай модель детерминистік болғандықтан топтағы жұқпалы ауру жұқтырғандардың аз санының статистикалық тербелісі тіпті n өте үлкен болса да елерліктей болады.

n индивидумнан тұратын біртекті араласқан топты қарастырайық. t уақыт моментінде топта инфекция қабылдайтын x сау индивидум және инфекция ошағы y болсын. Сонда $x + y = n + 1$. Сонда Δt уақыт аралығында жаңадан ауырған адамдар саны Δx жалпы ауру жұқтырғандар санына да, инфекция қабылдайтын сау адамдар санына да тура пропорционал болады. Егер осы топтың мүшелері арасындағы контакт жиілігі β болса, Δt уақыт аралығында жаңадан ауырған адамдар санының өзгерісі мына теңдеумен өрнектеледі: $\Delta x = -\beta xy \Delta t$, ал әлі

де ауырмаған адамдар санының өзгерісі $\beta xy \Delta t$ - $y \Delta t$ өрнегімен сипатталады. Төменде Рунге – Кутты әдісін қолдана отырып Mathcad 14 ортасында жасалған программамен жасалған есептеулер берілген.

Уақыт шкаласын мынандай түрге келтірсек $\tau = \beta t$, жоғарыдағы теңдеу мына түрге келеді:

$$\frac{dx}{d\tau} = -x(n - x + 1) \quad (1)$$

Бастапқы шарт бойынша

$$x=n, \tau=0 \quad (2)$$

Шындығында біз ауру жұқтырған индивидум сол ауруды жұқтыра сала басқа ауру қабылдайтын сау индивидумдар үшін инфекция ошағына айналып отыр. Яғни латенттік период нөлге тең.

(2) шарт орындалған жағдайдағы (1) теңдеудің шешімі мынандай болады

$$x = \frac{n(n+1)}{n + e^{(n+1)\tau}}$$

Практикада эпидемия кезінде бір сәттеке немесе бір аптада жаңадан ауырған адамдар саны есепке алынады. Сондықтан жаңадан ауырған адамдар санының динамикасын қарастырған дұрыс. Бұл жағдайды *эпидемиялық қисық* сипаттайды. Оған сәйкес теңдеу мына түрде болады.

$$-\frac{dx}{d\tau} = x(n - x + 1) = \frac{\beta n(n+1)^2 e^{(n+1)\tau}}{[n + e^{(n+1)\tau}]^2}$$

$n = 999$ болған жағдайды қарастырайық. Бұл – өрнектің графигі бір төбесі бар симметриялы қисық болып табылады (2 - сурет). Бұл қисықтың максимумы

$$\tau = \frac{\ln n}{n+1} = 0,0068 \text{ нүктесінде болады.}$$

Сонымен, эпидемияға тән қасиеттерді анықтадық: жаңадан ауырғандардың саны басында тез өседі де бір моментте максимумға жетеді. Сонан кейін нөлге дейін азаяды. Бұл жерде біз вируленттік факторын ескерген жоқпыз.

Эпидемияның екінші математикалық моделі.

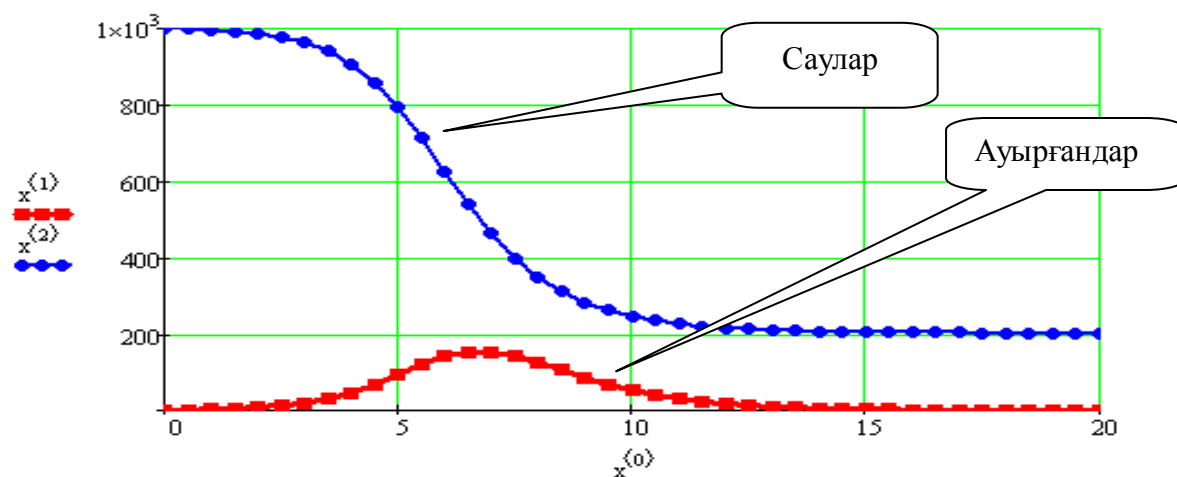
Ауру жұқтырған индивидумдарды коллективтен аластатқан жағдайдағы эпидемияның математикалық моделінің нәтижелерін жалпылаудың практикалық маңызы өте үлкен.

Мысалы, n біртекті араласқан индивидумдардан тұратын топта t уақыт моментінде x қабылдайтын индивидумдар, y инфекции ошағы және z аластатылғандар (яғни оқшауландырылғандар, қайтыс болғандар немесе жазылып кеткендер, инфекцияны қабылдамайтындар) болсын. Сөйтіп $x+y+z=n$ өрнегін жаза аламыз. Егер осы топтың мүшелері арасындағы контакт жиілігі β болса, Δt уақыт аралығында жаңадан ауырған адамдар орташа саны $\beta xy \Delta t$ тең. Енді топтан индивидумдарды аластату жиілігі γ енгізіміз. Сонда Δt уақыт аралығында жаңадан аластатылған индивидумдар $\gamma \cdot y \Delta t$ болады.

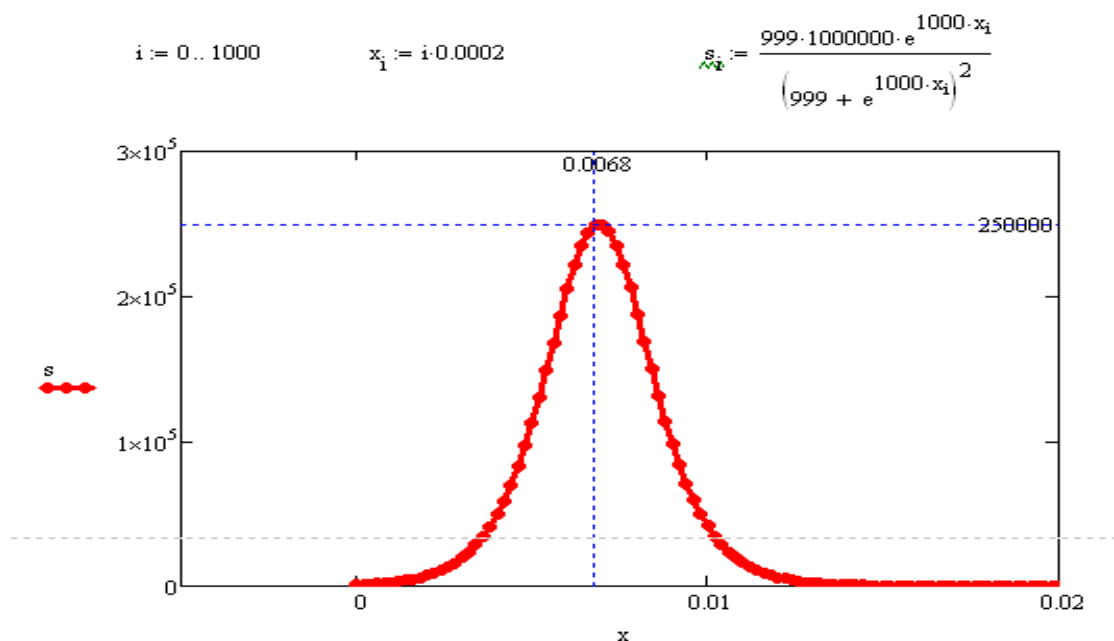
Осы процесс үшін теңдеулер жүйесі мына түрде болады:

$$\left. \begin{aligned} \frac{dx}{dt} &= -\beta xy, \\ \frac{dy}{dt} &= \beta xy - \gamma y, \\ \frac{dz}{dt} &= \gamma y \end{aligned} \right\}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{Саулар}_0 := 1000 \quad \text{Ауырғандар}_0 := 1 \quad \beta = \text{Пр} := 0.002 \\
 & t_1 := 0 \quad t_2 := 20 \quad n := 40 \quad f(t, x) := \begin{bmatrix} x_0(\text{Пр} \cdot x_1 - 1) \\ -\text{Пр} \cdot x_0 \cdot x_1 \end{bmatrix} \\
 & x := \text{rkfixed} \left(\begin{bmatrix} \text{Ауырғандар}_0 \\ \text{Саулар}_0 \end{bmatrix}, t_1, t_2, n, f \right) \quad \text{Max_Ауырғ} := \max(x^{(1)}) \quad \text{Max_Ауырғ} = 152.969
 \end{aligned}$$



Сурет 1 – Эпидемияның бірінші моделінің Mathcad 14 ортасында алынған графигі

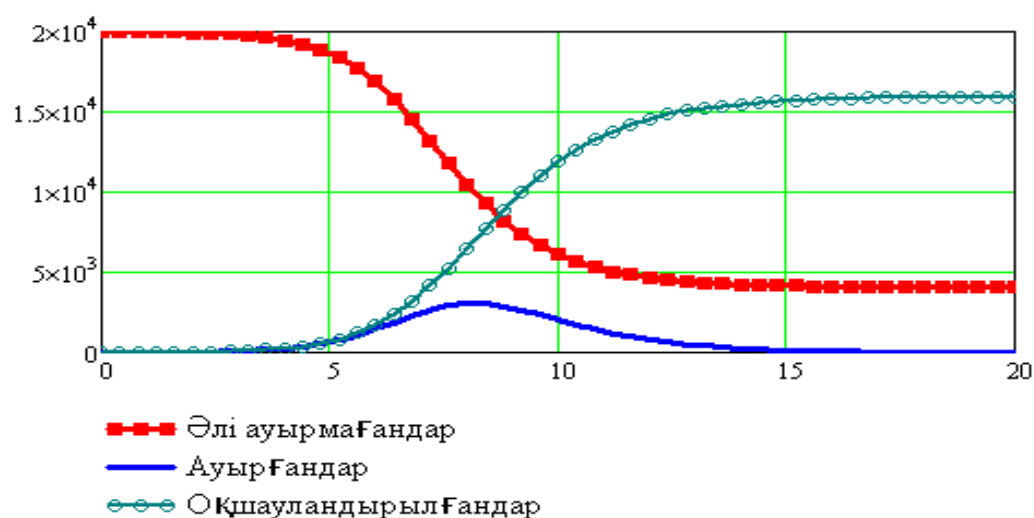


Сурет 2 - Mathcad 14 ортасында алынған эпидемиялық қисық

ORIGIN := 1

$\beta := 0.0001$ $\gamma := 1$ $x := \begin{pmatrix} 20000 \\ 5 \\ 4 \end{pmatrix}$ -Сау адамдардың бастапқы саны
-Басындағы инфекция жұқтырған адамдар саны
-Басындағы оқшауланған адамдар саны

$$F(t, x) := \begin{pmatrix} -\beta \cdot x_1 \cdot x_2 \\ \beta \cdot x_1 \cdot x_2 - \gamma \cdot x_2 \\ \gamma \cdot x_2 \end{pmatrix} \quad X := \text{rkfixed}(x, 0, 20, 50, F)$$



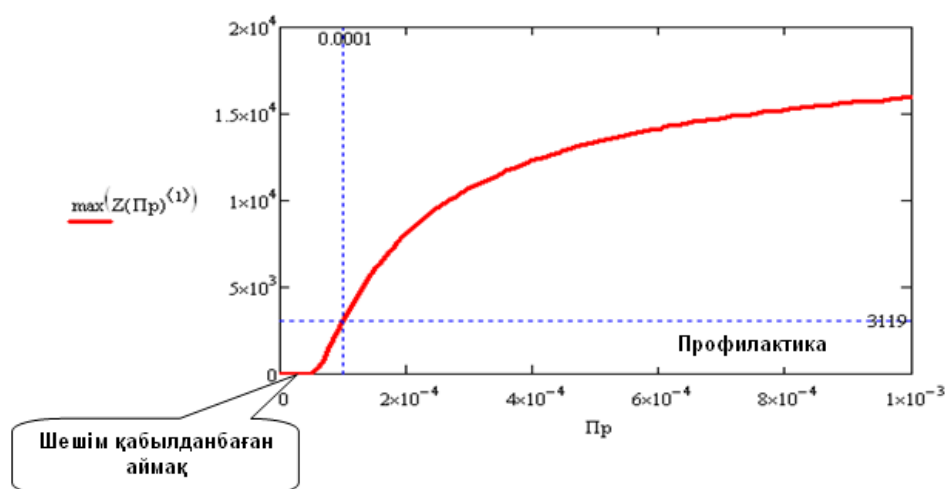
Сурет 3 – эпидемияның екінші моделінің графигі

$S_{a0} := 20000$ $A_{a0} := 5$ $\Pr := 0.0001$ $t_1 := 0$ $t_2 := 30$ $n := 500$

$$Z(\Pr) := \begin{cases} f(t, x) \leftarrow \begin{bmatrix} x_0(\Pr \cdot x_1 - 1) \\ -\Pr \cdot x_0 \cdot x_1 \end{bmatrix} \\ \text{rkfixed} \left(\begin{bmatrix} A_{a0} \\ S_{a0} \end{bmatrix}, t_1, t_2, n, f \right) \end{cases}$$

+

$\Pr := 0.000000, 0.000001 \dots 0.001$



Сурет 4 - Ауру жұққан индивидуумдардың максимал саны мен пропорционалдық коэффициент арасындағы тәуелділік графигі

Мұнда мынандай бастапқы шарттар орындалу керек: $t = 0$ уақыт моментінде $(x, y, z) = (x_0, y_0, 0)$. Егер бастапқы инфекция ошақтарының саны өте аз болса, $x_0 \approx n$ деп есептеуге болады. (3) жүйедегі 2-теңдеуден мынаны көруге болады: егер $x_0 > \gamma / \beta$ болса ғана эпидемия басталады. $\gamma / \beta = \rho$ шаманы аластатудың салыстырмалы жиілігі деп атайды. Бұл шаманың шектілі мәні $\rho = x_0 \approx n$. Инфекцияны қабылдайтындардың тығыздығы бұл шамадан төмен жатса, инфекция басқа индивидуумға беріліп үлгергенше инфекция жойылып кетеді. Егер тығыздық шектілі мәннен жоғары жатса, онда бастапқы инфекция ошақтарының саны болымсыз аз болса да эпидемия өрши бастайды.

Жоғарыда айтылғандардан мынандай қорытынды жасаймыз: егер инфекция қабылдайтын индивидуумдардың тығыздығы үлкен, ал инфекция жұқтырғандарды коллективтен аластатудың салыстырмалы жиілігі аз болса эпидемия тез өршиді. Егер жақсы әлеуметтік жағдай орнап, инфекция қабылдайтын индивидуумдардың тығыздығын азайтса және жақсы ұйымдастырылған денсаулық сақтау жұмысының нәтижесі – инфекция жұқтырғандарды коллективтен аластатудың салыстырмалы жиілігі жоғары болса, онда эпидемияның тарауы шектілі болады.

Эпидемияға қарсы алдын алу (профилактика) жұмысының нәтижелілігін Mathcad 14 ортасында программалау. Жоғарыда айтып кеткендей эпидемияның өршу жылдамдығы және оның жойылуы денсаулық сақтау мекемесінің жұмысты ұйымдастыру қарқынына тікелей байланысты. Денсаулық сақтау мекемесінің жұмысы және әрбір адамның денсаулық сақтау мәдениетінің деңгейі жоғарыда айтып кеткен

пропорционалдық коэффициентті анықтайды. Егер, мысал үшін айтсақ, қала тұрғындары марлі байлауышпен тыныс алу органдарын жауып жүрсе және егуден өтіп отырса, бұл коэффициент азаяды. Төменде эпидемияға қарсы алдын алу жұмысының қарқындылығы мен жұқпалы ауру жұқтырғандар саны арасындағы тәуелділікті Mathcad 14 программалау тілімен көрсетіп отырмыз.

График орналасқан координат өстерінің абсциссасында профилактикалық коэффициент берілген. Ал ордината өсі белгілі бір Пр пропорционалдық коэффициентке сәйкес келетін ауру жұққан индивидуумдардың максимал санын көрсетеді.

Сонымен, әр түрлі эпидемиялық процестердің моделін жасап және оны компьютерлік техника көмегімен талдау барысында медицинадағы денсаулық сақтау жұмысын ұйымдастырудың көптеген мәселелері шешіледі. Атап айтқанда, медицинаның диагностика, болжамдар жасау, мониторинг және алдын алу жұмыстарын математикалық моделдеу арқасында қарқынды дамытуға болады.

Әдебиеттер:

1. Есенбекова Г.Ж., Утепбергенов И.Т. Математическое моделирование экологических систем – Алматы 2004. – 104 б.
2. Белман Р. Математические методы в медицине / Перевод с английского А.Л.Лсаченкова, И.Л.Шалькова, под редакцией Белых. – Мир, 1987. – 200 с.
3. Mathcad 14 для студентов, инженеров и конструкторов. Санкт – Петербург «БХВ -Петербург» 2007- 360с.

Исследование эпидемиологических процессов на основе математического моделирования (теоретический аспект)

Г.Ж. Есенбекова, Б.А. Жетписбаев, Б.А. Мукушев

Статья посвящена использованию математического моделирования в исследовании эпидемиологических процессов.

Mathematical modeling in epidemiological process research (theoretical aspect)

G.Zh.Esenbekova, B.A. Zhetpisbayev, B.A. Mukushev

This article is devoted to using mathematical modeling in epidemiological process research.

УДК 612.79:612.882:612.89.53:612.014.482-55-616.839

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ НАРУШЕНИЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ И ИХ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГАВШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Р.Т. Булеуханова¹, И.Я. Клейнбок², Е.Ж. Габдуллина², Б.И. Гусев¹, К.Н. Апсаликов¹

¹НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей,

²Институт физиологии человека и животных, г. Алматы

Введение. Среди экологических факторов, неблагоприятно влияющих на биологические объекты и организм человека, особая роль отводится ионизирующей радиации. Острое или хроническое радиационное воздействие способствует перестройке различных процессов, что вначале приводит к диссоциации взаимодействий основных систем организма, сопровождающихся изменениями представительства фаз неспецифических адаптационных реакций, а затем – к напряжению и даже

несостоятельности механизмов поддержки адаптивных процессов (1,2).

«Малые» дозы радиации, повышая риск развития свободнорадикальных и геномных повреждений, формируют радиационно-индуцированные заболевания. Ионизирующие излучения, действуя на мембраны, изменяют функциональную активность клеток, их чувствительность к нейрогуморальным факторам. При этом индивидуальная чувствительность организма к дей-

ствию ионизирующего излучения определяет спектр и диапазон биохимических изменений в поврежденных клетках. Формирующаяся нестабильность генома является причиной наследственного полиморфизма, модифицирующего изменчивость в популяции (3,4).

В последние 5 лет ведущими учеными в области физиологии, радиобиологии, радиационной медицины дискутируется вопрос о роли стрессирующего действия радиационных и нерадиационных факторов риска на основные гомеостаты организма. При этом существует общая точка зрения, что ведущим патогенетическим механизмом этого воздействия является развитие нарушений неспецифической резистентности организма, сопровождающихся изменением синхронности смены представительства фаз адаптационных реакций, являющихся неспецифической основой здоровья, предболезни и болезни (5).

Поддерживая этот тезис, при комплексной оценке состояния здоровья населения, проживающего на радиоэкологически неблагоприятных территориях, можно получить информацию о временном «срезе» регистрируемых на данный момент нарушений в отдельных гомеостатах и их регуляторных системах при действии техногенных, антропогенных и психозомоциональных нагрузок. Исчерпывающая информация о состоянии здоровья конкретного человека и группы лиц на доклиническом уровне поможет разрабатывать и внедрять медико-ментозные и немедикаментозные методы коррекции этих нарушений с целью минимизации эффектов сочетанного действия различных факторов риска (6).

Методы клинико-эпидемиологической, инструментальной и лабораторной индикации нарушений неспецифической резистентности и физиологических механизмов ее формирования в группах исследования.

Действие ионизирующей радиации на организм человека рассматривается как стрессирующий фактор, в первую очередь влияющий на пороговую и сверхпороговую динамику неспецифических адаптационных реакций. Поэтому стресс представляется всего лишь одной из реакций, составляющих общую периодическую систему неспецифической резистентности. Неспецифические реакции – количественные реакции, связаны в основном с силой, дозой, величиной биологической активности каждого действующего фактора (7).

При изучении физиологических механизмов формирования ранних и поздних эффектов ионизирующего излучения, связанных с нарушениями неспецифической резистентности у населения пострадавших районов Казахстана, материалами исследования могут служить соответствующие группы радиационного риска с установленными дозами облучения.

По данным НИИ радиационной медицины и экологии, по состоянию на 2008 г., на территориях ВКО, Павлодарской и Карагандинской областей проживало около 210 тысяч лиц, подвергшихся прямому облучению, и 370 тысяч их потомков. С 2003 г. в институте формируется база данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения, подвергавшегося радиационному воздействию.

В настоящее время в базу данных внесены сведения о численном, возрастном-половом составе и основным показателям здоровья на более чем 168 тысяч человек.

Предварительная работа по эпидемиологическому анализу распространенности заболеваний, в том числе и индуцированных радиацией, может быть проведена на достаточных по численности группах исследования.

В результате будут получены данные по ранжированию индикаторного к радиационному воздействию класса заболеваний, на доклинических стадиях которых проявляются различные нарушения неспецифической резистентности и дисбаланс регуляторных систем в основных гомеостатах жизнеобеспечения организма.

С точки зрения объективизации динамических вариаций неспецифических адаптационных реакций на гомеостатическом уровне наиболее оправданно изучение функционирования таких гомеостатов как гемопозитический, иммунный, системы ПОЛ/АОЗ и вегетативной регуляции.

К неспецифическим адаптационным реакциям организма относят: реакцию тренировки (ответ на пороговую, относительно малую величину действующего фактора); реакцию активации (ответ на разные по качеству факторы средней величины), которая подразделяется на реакцию спокойной и повышенной активации, и реакцию переактивации, являющейся, как и стресс, неспецифической основой многих патологических процессов. В общем плане биологический смысл реакции тренировки заключается в сохранении гомеостаза в пределах нижней половины зоны нормы в условиях действия слабых раздражителей. Реакция активации – неспецифическая антистрессорная адаптационная реакция организма на действие факторов средней интенсивности, биологическим смыслом которой является повышение активности защитных систем в ответ на раздражитель средней силы, что соответствует оптимальному уровню защитного ответа организма (8).

В исходном периоде изучения показателей неспецифической резистентности на сформированных группах наиболее важным является определение и ранжирование исходного представительства фаз адаптационных реакций. В этом плане классическими являются методы их установления по так называемому сигнальному показателю – содержанию лимфоцитов в периферической крови. При этом содержание лимфоцитов (20-27%) характерно для реакции тренировки; 28-33% – для реакции спокойной активации и 40-45% – для реакции повышенной активации. Эта методика проста и удобна для применения, особенно в случаях, когда изучение гемопоэза проводится в течение длительного периода на больших по численности группах.

Весомым с физиологической точки зрения дополнительным методом верификации исходного представительства фаз адаптационных реакций является динамика продукции гормонов щитовидной, половых желез и гипофиза. Их уровни при реакции тренировки находятся в пределах нижней половины зоны нормы, тогда как секреция АКТГ, глюкокортикоидов – в пределах верхней половины зоны нормы.

При реакции повышенной активации регистрируется достоверно более высокое увеличение активности органов тимико-лимфатической системы, клеточного иммунитета, секреции гормонов щитовидной железы, половых желез, тропных гормонов гипофиза. Установлено, что при реакции спокойной активации это повышение лежит в пределах верхней половины зоны нормы, а при реакции повышенной активации – захватывает верхнюю треть зоны нормы и верхнюю границу нормы и несколько выше (9).

Исходя из вышеизложенного, наиболее оправданной при физиологической объективизации состояния неспецифической резистентности, в том числе различных представительства фаз адаптационных реакций, является оценка динамики содержания инсулина, кор-

тизола, АКТГ, эстрадиола, прогестерона, ФСГ (фолликулостимулирующего гормона), ЛГ (лютеинизирующего гормона), Т₃(трий-одитиронина), Т₄ (тироксина), ТТГ (тиреотропного гормона).

В настоящее время изучению и оценке динамики показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты (ПОЛ/АОЗ) в экспериментальных и клинических исследованиях уделяется большое внимание, т.к. эта система является одной из ведущих сигнальных систем чувствительность которой к восприятию эндо- и экзофакторов различной силы наиболее высока. Показатели динамики свободно-радикального окисления (СРО) позволяют в большинстве случаев при радиационном воздействии на организм животных и человека судить о таком постулированном эффекте как «доза – эффект», в т.ч. опосредованного воздействия на потомков (10).

Учитывая эти современные в физиологии, радиобиологии и радиационной медицине тенденции, мы считаем необходимым использование метода оценки состояния показателей системы ПОЛ/АОЗ при индикации неспецифических адаптационных реакций организма у лиц, рожденных от облученных родителей. В практическом плане в плазме крови и эритроцитах определяется содержание продуктов ПОЛ (диеновые конъюгаты (ДК), триеновые конъюгаты (ТК), основания Шиффа (ОШ), малоновый диальдегид (МДА) и АОЗ (каталаза, супероксиддисмутаза (СОД)).

В результате полученные данные могут помочь ранжировать группы исследования по вышеуказанным показателям.

Принимая во внимание, что неспецифической основой нарушений компенсаторно-приспособительных реакций, в том числе, являются изменения энергетического обмена, при котором обеспеченность или недостаток «энергии» определяют дальнейшую последовательность метаболических и структурных изменений в организме, представляется важным его индикация (установление физиологических маркеров) и объективизация.

Наиболее достоверным критерием оценки влияния ионизирующего излучения и других факторов риска на функционально-энергетический статус жизненно важных органов и организма в целом является цитохимическое исследование показателей энергетического обмена лимфоцитов, в частности, активности сукцинатдегидрогеназы (СДГ).

По мере повышения интенсивности действующего фактора (в частности, радиационного воздействия в диапазоне «малых» доз) происходит повторение основных неспецифических адаптационных реакций организма – тренировки, спокойной активации, повышенной активации, а затем стресса или переактивации. При этом каждая реакция может быть вызвана стимулами различной модальности, поскольку является неспецифической (11). При изменении интенсивности стимула реакция переходит в соседнюю. Совокупность всех известных адаптационных реакций составляет один **уровень реактивности**. Установлено, что на низких уровнях реактивности изменения в организме менее благоприятны и в этих случаях регистрируются т. наз. элементы напряженности реакций. Элементы напряженности, так же как и сигнальный показатель в классическом плане, можно определять по лейкоцитарной формуле. Если тип реакции определяется процентным содержанием лимфоцитов, то другие элементы лейкоцитарной формулы определяют уровень реактивности.

По мере снижения уровня реактивности процентное содержание форменных элементов крови (эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов, базофилов) существенно отклоняется от нормы. Напряженность характеризуется также отклонением от нормы общего содержания лейкоцитов и увеличением СОЭ. В более широком смысле к элементам напряженности относят любые отклонения от нормы в организме, в том числе и нарушения метаболизма (12).

Как было указано выше, выбор контингента исследования продиктован необходимостью ранжирования индикаторных классов заболеваний у потомков лиц, подвергавшихся прямому радиационному воздействию, и формированию групп с доклиническими нарушениями отдельных регуляторных систем организма. При этом предполагается, что в функциональном плане синдромологическими проявлениями этих нарушений могут быть астенический, астено-вегетативный, вегетовисцеральный синдромы. Клиническая объективизация этих синдромов, в т.ч. и неспецифических адаптационных реакций, будет строиться на результатах оценки функционирования гемопозитического, иммунного, системы ПОЛ/АОЗ и вегетативного гомеостатов. Особое место при изучении функционирования системы вегетативной регуляции может быть отведено объективизации нарушений реактивности, что в дополнение к классическим – рутинным методам их индикации даст более полную картину ее сопряженности с изменениями динамики распределения представительства фаз неспецифических адаптационных реакций.

В настоящее время наиболее эффективным инструментальным методом индикации нарушений вегетативной регуляции, помимо общепринятых рутинных методов, является ВРС-метод (вариабельность ритма сердца), который в достаточной степени апробирован и используется в Институте физиологии человека и животных и в НИИ радиационной медицины и экологии. С помощью этого метода может быть получена исчерпывающая информация по таким показателям вегетативной регуляции как вегетативный тонус, вегетативная реактивность и вегетативное сопровождение деятельности организма.

Значительное место в объективизации и оценке физиологических проявлений представительства различных фаз неспецифических адаптационных реакций занимают методы, позволяющие регистрировать количественные и качественные изменения процессов адаптации в исследуемых системах организма, т.к. усиление или ослабление этих процессов соответствуют различным физиологическим состояниям, в т.ч. требующим соответствующей коррекции.

На наш взгляд, наиболее простым и эффективным методом количественного и качественного определения физиологических адаптационных эффектов может быть капельный метод, определяющий адаптацию вкусовых рецепторов, и метод Эльсберга-Леви – обонятельных рецепторов.

В контексте возможных разработок методов немедикаментозной коррекции нарушений неспецифической резистентности у исследуемых групп значительное место в объективизации физиологических процессов адаптации может занимать метод адекватной температурной стимуляции чувствительных зон кожи (13).

Таким образом, проанализированные нами литературные сведения, касающиеся проблем объективизации физиологических механизмов формирования нарушений неспецифической резистентности организма чело-

века, и представленные предложения по применению высокоинформативных и эффективных методов их определения у населения, пострадавшего от деятельности Семипалатинского полигона, помогут в разработке и внедрении реабилитационных мероприятий, направленных на минимизацию постлучевых эффектов у населения Казахстана.

Литература:

1. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Клецкин С.В., Поляков Я.В. Массовые донозологические обследования населения как метод выявления и оценки хронического стресса //Стресс и адаптация. – Кишинев: Штиинца, 1998. – С.208 – 212.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С., Шихлярова А.И. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации как путь к здоровью через процессы самоорганизации. – Екатеринбург: «Филантроп», 2002. – 196 с.
3. Тельнов В.И., Сотник Н.В. Оценка риска неблагоприятных последствий облучения у людей с разными генотипами. //IV съезд по радиационным исследованиям (радиобиология, радиозология, радиационная безопасность).
4. Балева Л.С., Сусков И.И. Значение активности мутационного процесса для формирования радиационно-индуцированных заболеваний у детей различных когорт динамического наблюдения. //Проблемы радиационной генетики на рубеже веков. – М., 2000; 325-336.
5. Гаркави Л.Х., Татков О.В. Неспецифические адаптационные реакции у больных с сердечно-сосудистой патологией и остеохондрозом позвоночника //«Военно-медицинский журнал». – № 4. – 2003. – С. 36-42.

6. Удуд В.В., Наумов С.А. Закономерности организации и регуляции системы жизнеобеспечения в норме и при развитии патологического процесса. //Материалы объединенного пленума патофизиологов и фармакологов Сибири и Дальнего Востока.– Кемерово, 2004.–С. 11-117.

7. Агаджанян Н.А., Труханов А.И., Шендеров Б.А. Этюды об адаптации и путях сохранения здоровья. – М.: изд-во «Сирин», 2002. – 156 с.

8. Малов Ю.С. Адаптация и здоровье //«Клиническая медицина». – № 12. – 2001. – С. 61-65.

9. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Кузьменко Т.С. Антистрессорные реакции и активационная терапия. – М.: «ИМЕДИС». – 1998. – 656 с.

10. Голиков А.П., Бойцов С.А., Михин В.П. Свободно-радикальное окисление и сердечно-сосудистая патология //«Лечащий врач». – 2003, №4. – С. 70-74.

11. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. О принципе периодичности в развитии адаптационных реакций и ареактивности. //В кн. «Адаптационные реакции и резистентность организма». – Ростов-н-Д. – 1990. – С. 64-100.

12. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б. О критериях оценки неспецифической резистентности организма при действии различных биологически активных факторов с позиции теории адаптационных реакций //«Валеология» – № 2. – 1996. – С. 15-20.

13. Клейнбок И.Я., Габдуллина Е.Ж., Цицулин В.И., Апсаликов К.Н., Галич Б.В., Булеуханова Р.Т., Токанов А.М. Коррекция функционального состояния организма больных с проявлениями вегето-сосудистой дистонии методом адекватной температурной стимуляции чувствительных зон кожи //Известия НАН РК. Серия биол. и мед. – 2005. – № 4. – С.44-49.

Радияциялық әсерге ұшыраған тұлғалардың ұрпақтарының, ерекше төзімділігінің бұзылуларының клинико - эпидемиологиялық, аспапты және лабораториялық айқындылығымен мен физиологиялық коррекциялауы

Р.Т. Булеуханова, И.Я. Клейнбок, Е.Ж. Габдуллина, Б.И. Гусев, Қ.Н. Апсаликов

Бұл мақалада иондаушы радиацияның әсерінен кейін дамитын, организмнің төзімділігінің бұзылушылықтарының, мәліметі мол әдістерінің ерекше айқындылығына шолу көрсетілген. Яғни осы және басқа әдістердің бірі ретінде, көрсетілген күйлерді, терінің термосезімтал аймақтарына адекватты температуралық ынталандыру әдісін қолдану арқылы түзетуге болады.

The clinical-epidemiological, instrumental and laboratory objectification disturbances of unspecific recitation and their physiological correction beside descendants of persons exposed to radiating influence

R.T. Buleukhanova, I.I. Kleinbok, E.Zh. Gabdullina, B.I. Gussev, K.N. Apsalikov

The review of high informational methods of objectification disturbances of unspecific recitation organisms developing after the ionizing radiation influence is presented in the article. It is shown that these conditions, among the other methods, can be corrected by the method identical warm-up stimulation of sensitive zones of the skin.

УДК 615.015.6-616-097

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ ПАТОМОРФОЗ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А.С. Субханбердина, Л.Ю. Беспалова

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

В течение последних 20-30 лет отмечаются значительные изменения в структуре заболеваемости наркологического профиля и в особенностях клинических проявлений отдельных форм зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Это в полной мере относится и к зависимости от препаратов опия, в частности, широко распространенной в наши дни, героиновой зависимости (1,2,3,4).

Большинство исследователей склоняются к тому, что основной причиной изменения клинической картины и течения зависимостей от ПАВ являются разнообразие применяемых препаратов и частота аномалий личностей, злоупотребляющих наркотиками (2).

Вопросы патоморфоза зависимости от препаратов опия изучено крайне недостаточно и требуется даль-

нейшее накопление соответствующих наблюдений, а также специальных исследований.

В настоящем сообщении приводятся клинико-психопатологические данные, касающиеся патоморфоза зависимости от опиоидов, осложненной ВИЧ-инфицированием у 228 пациентов.

Известно, что ВИЧ-инфекция и зависимость от инъекционных наркотиков являются коморбидными заболеваниями. Каждая из этих болезней резко видоизменяет и утяжеляет течение второго заболевания (5,6,7,8).

Если понимать под патоморфозом изменения клиники и течения патологического процесса под влиянием различных факторов внешней и внутренней (биологического фактора) среды, то изучение этих изменений имеет большое практическое значение. Изучение патоморфоза вносит коррективы в критерии диагностики и лечения данного заболевания.

В ряде случаев в клинической психиатрии мы наблюдаем так называемый положительный патоморфоз. Например, лекарственный патоморфоз при эндогенных заболеваниях с изменением прогрессивности патологического процесса, со сдвигом психотического полюса болезни в невротический.

В наших наблюдениях при осложнении клиники опиоидной зависимости ВИЧ-инфицированием, следует говорить об отрицательном патоморфозе, обусловленного изменением иммунного статуса пациентов в результате хронической наркотической интоксикацией и ВИЧ-инфекцией. При этом дополнительной причиной отрицательного патоморфоза является полинаркотизация пациентов после присоединения ВИЧ-инфекции. Исходя из эталона, характерного для развития опийной наркомании (9,10,11) выделяются три стадии, характеризующих прогрессивность заболевания.

По данным И.Н.Пятницкой (1975) рельефными признаками прогрессивности опийной наркомании является изменение наркотика на организм:

I стадия – седативное действие,

II стадия – стимулирующее,

III стадия – исключительно стимулирующее.

Эти критерии, так же, как более длительные сроки формирования (I стадия 3-4 месяца, II стадия – 5-10 лет и III стадия – неопределенно длительное время) наркотической зависимости на сегодня не могут служить диагностически предопределяющими признаками. Для постановки диагноза основными ориентирами являются клинико-психопатологические проявления синдрома зависимости от опиоидов (F11.2) в виде патологического влечения с изменением толерантности и абстинентный синдром (F11.3) с постабстинентными проявлениями (F11.22). Также затруднительно было выделение определенных сроков формирования стадий болезни.

Однозначно развитие болезни и ее прогрессивность зависят от формы потребления опиоидов и, конечно же, от преморбидных особенностей личности.

В наших наблюдениях неоднократное употребление с вредными последствиями (F11.1) с длительной продолжительностью наркотизации до 8-11 лет, отмечено лишь у 24 (10,5%) пациентов с преобладающими истероидными чертами характера в преморбиде. При этом эти пациенты были достаточно социально адаптированы, имели постоянные работы. По их рассказам они употребляли хорошо очищенные препараты опия. У основной же массы (204 – 89,5%) до перехода к приему героина предшествовала полинаркотизация, этап поиска, без четкого сформированного синдрома зависимо-

сти к конкретному ПАВ. У этой категории пациентов (149 -73,0%) переход к опиоидам обусловлен был потребностью к стимуляции воображения, желанием испытать новые, таинственные ощущения, которые отсутствовали после приема алкоголя, токсикоманических средств, даже «после курения анаши». Не исключается доступность, «модность» и широкая распространенность опиоидов, сопровождающаяся не всегда негативной информацией среди потребителей. 31 (15,2%) человек не смогли вспомнить причину перехода на опиоиды из-за имеющихся у них когнитивных расстройств. А 24 (11,8%) пациента причину перехода на героин объясняли психологическим стрессом, изменением аффективной сферы. По описанию всех пациентов на начальных этапах наркотизации разовое введение опиатов приводит к развитию характерного для препаратов опия эйфории, описываемых в классической литературе как фазы острой интоксикации опиумом.

Однако к моменту нашего наблюдения и описания у всех пациентов начальный наркотический эффект отсутствует. У них более стойко сохраняются приятные воспоминания о первых эффектах наркотиков.

При обследовании 228 человек в центре СПИД клиника опиоидной зависимости у 65,9% пациентов соответствует II стадии, а у 34,1% – III стадии болезни с сформировавшимся синдромом отмены (абстиненции), компульсивным влечением к наркотику с достаточно высокой суточной толерантностью. Вместе с тем пациенты отмечают отсутствие прежнего физического комфорта в период интоксикации. При осмотре этих пациентов выявляется напряженность, озлобленность, черты расторможенности в поведении. Демонстративно-шантажное заявление о количестве принятых доз, нередко подчеркивание, что только героин может противостоять ВИЧ-инфекции или, наоборот, что им терять нечего.

Ретроспективный анализ динамики синдрома зависимости от опиоидов показывает ускоренное развитие основных стержневых симптомокомплексов наркотической зависимости: патологического влечения преимущественно компульсивного характера, синдрома отмены и изменения личности. Описание особенностей патологического влечения и синдрома отмены при ВИЧ-инфицированной героиновой наркомании нами даны в других сообщениях. При этом следует обратить особое внимание на частоту в структуре основных проявлений зависимости от опиоидов, аффективных расстройств в виде разнообразных атипичных депрессий, позволяющих относить их к облигатным проявлениям при ВИЧ-инфицированной героиновой зависимости.

В ряде случаев (21 – 9,2%) пролонгированные депрессии приобретают эндогенную окраску, сопровождаясь ангедонией и суточными колебаниями настроения, что создает необходимость проведения дифференцированной и щадящей тимолептической терапии. Оценка дифференциально-диагностических критериев исключает наличие у пациентов эндогенной патологии.

Часто наблюдаемые диссомнические нарушения с затруднением засыпания, частыми пробуждениями или «сплошной бессонницей» так же как эмоциональные расстройства входят в структуру патологического влечения и синдрома отмены.

По мнению В.Б. Альтшулера (2008) диссомнические нарушения у пациентов героиновой наркоманией по своей природе близки к депрессивным расстройствам и «интимно связаны между собой».

Изменения личности, описываемые как негативные психопатологические синдромы в клинике героиневой наркомании (12), до развития нарко-ВИЧ-энцефалопатии, характеризуются преобладанием астенических, эмоционально-волевых расстройств. А при присоединении ВИЧ-инфекции более выраженными являются когнитивные расстройства, достигающие в более тяжелых случаях болезни, степени «СПИД-дементного комплекса (СПИД-ДК)» (13) с грубыми нарушениями памяти и способности к концентрации внимания. Основной причиной нарушения познавательных функций и нарастающих поведенческих расстройств, на наш взгляд, помимо ВИЧ-инфекции с прогрессированием иммунодефицита, является полинаркотизация с беспорядочным употреблением алкоголя и седативно-снотворных препаратов.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяет сделать вывод о том, что осложнение героиневой зависимости ВИЧ-инфекцией усложняет клинические проявления синдрома зависимости от опиоидов. Патологическое влечение к наркотику носит преимущественно компульсивный характер с последующей беспорядочной полинаркотизацией.

Синдром отмены протекает в редуцированной форме. В его структуре доминируют аффективные расстройства с диссомниями. В более грубой форме проявляются поведенческие расстройства с наглядностью органического снижения личности.

Видоизменение структуры основных психопатологических синдромов и прогрессивности опийной зависимости после присоединения ВИЧ-инфекции следует расценивать как проявление отрицательного патоморфоза.

Литература:

1. Гулямов М.Г., Погосов А.В. Наркомания.- Душанбе. - Инфон.1987.-108с.
2. Гулямов М.Г., Погосов А.В. Диагностические критерии наркомании, обусловленной приемом опио-

сырца, обработанного уксусным ангидридом.- Методические рекомендации.-Душанбе.1991.- 15с.

3. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиневая наркомания.-Медпрактика.М.2000.-108с.

4. Мохначев С.О., Рохлина М.Л. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов//Рук.по наркологии.Под ред. Иванца Н.Н. Медицинское информационное агенство.-М.2008.-С.271-282.

5. Звартау Э.Э., Крупицкий Е.М. и др. Коморбидность наркологических и социально-значимых инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области//Вопросы наркологии.-2005.-№2.-С.68-73.

6. Игонин А.Л., Шаклеин К.Н. Злоупотребление ПАВ и ВИЧ-инфекция-М.2006.-268с.

7. Комарова О.Н., Катков А.Л. Особенности формирования терапевтических ремиссий у ВИЧ-инфицированных наркозависимых//Вопросы наркологии.-2008.-№4.-С.42-45.

8. Киржанова В.В. особенности поведения потребителей инъекционных наркотиков, связанные с риском гемоконтактных инфекций//Вопросы наркологии.-2008.-№8.-С.67-73.

9. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркоманий.-М.1956.-356с.

10. Бориневич В.В. Наркомании.-М.1963.256с.

11. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л.-д.Медицина.-1975.-323с.

12. Кусаинов А.А. Негативные психопатологические синдромы в клинике героиневой наркомании//Авторыф. дисс.к.м.н.Алматы.2010.

13. Janssen R.S., Cornblath D.R., Epstein L.G. et al. Nomenclature and resarch case definitions for neurological manifestations of human immunodeficiency virus type-1 (HIV-1) infection. Report of Working Group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force \\\ Neurology.- 1991.-Vol. 41. P.778-785/

Апиындық есірткенің негізгі клиникалық белгілері тығыздалған уақытта құрастырылып, аффективтік және когнитивтік бұзылыстардың қосылуы көрсетілген.

Formation of thebais drug addiction clinical manifestations with affective and cognitive disturbances during short are described.

УДК 616.9-053.2

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНТЕРОВИРУСНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ

Д.М. Секербаев

КГКП «Инфекционная больница», г.Семей

Ключевые слова: энтеровирусная инфекция, энтеровирусный менингит, гипертензионный синдром, плеоцитоз.

Серозный менингит одна из наиболее частых нозологических форм энтеровирусной инфекции протекающих с поражением нервной системы. Эпидемиологическая ситуация по энтеровирусному менингиту в Республике Казахстан сохраняется достаточно напряженной.

Только в Южно-Казахстанской области с начала 2009 года зарегистрировано 73 случая серозного менингита.

Целью проводившегося исследования явилось изучение клинко-эпидемиологических особенностей энтеровирусного менингита у детей, находившихся на стационарном лечении ГУ «Инфекционная больница» г.Семей.

Материалы и методы. В группу исследования были включены 105 детей с диагнозом: «Энтеровирусная

инфекция, менингит». Все больным было проведено вирусологическое и серологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. По возрастному составу подавляющее большинство составили дети старше пяти лет – 91%. В эпид.анамнезе - в 70% случаев инфекция передавалась водным путем (купание в открытых водоемах). В анамнезе жизни отмечено, что 28% заболевших детей имели отягощенный неврологический фон (перенесенный серозный менингит 2%; черепно-мозговая травма 6%; гипертензионный синдром - 20%). В большинстве случаев (75%) дети поступали в стационар в первые двое суток от начала заболевания. Максимальная выраженность интоксикационного и менингеального синдромов наблюдалась накануне обращения в стационар, и, как правило, эффективно купировались на фоне проводившихся терапевтических мероприятий. Особенностью течения энтеровирусных менингитов явились кратковременность клинических проявлений – положительная динамика отмечалась на четвертый день пребывания в стационаре. В 2% отсутствовал менингеальный симптомокомплекс при положительных изменениях в ликворе. Почти у всех детей (98% случаев) заболевание протекало по средней степени тяжести. При исследовании цереброспинальной жидкости у 62% случаев наблюдался плеоцитоз ≤ 100 клеток в 1 мкл, носящий в 39% случаев нейтрофильный характер. В общем анализе крови у 81% пациентов количество лейкоцитов оставалось в пределах нормы $5,6 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ у 40% больных было ускорено от 20 до 30 мм/час. При вирусологическом исследовании у 5 детей были выделены серотипы вирусов ЕСНО₃₀, у 3-х детей - ЕСНО₂ и одного ребенка - СОХАС1 В₃. Серологическое исследование выявило в динамике 4-х кратное и

более нарастание титра специфических антител к ЕСНО₃₀, ЕСНО₂₄ у 60% обследованных. В терапии всем детям с первых суток назначалась парентеральная дегидратационная терапия с дальнейшим переводом на пероральный прием в сочетании с препаратами калия. Купирование клинической симптоматики наблюдалось в среднем на 6-7 сутки госпитализации. Выписка детей проводилась с полным клиническим и лабораторным выздоровлением (санация ликвора) в среднем на 9-10 сутки госпитализации.

Выводы.

1. В 70% случаев в эпидемиологическом анамнезе имел место водный путь передачи энтеровирусной инфекции;

2. В возрастной структуре заболевших энтеровирусным менингитом преобладали дети старше 10 лет;

3. У всех детей энтеровирусный менингит имел доброкачественное течение и в 100% случаев заканчивался выздоровлением.

Литература:

1. Тимченко В.Н., Быстрыкова Л.В. Инфекционные болезни у детей. СПб.: Питер, 2001.
2. Лукашов А.Н. Роль рекомбинации и эволюции энтеровирусов. Микробиология. 2005, № 4, С. 83-89.
3. Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей. Ленинград, СПб.:1986 год.
4. Бегайдарова Р.Х. Нейроинфекции у детей. Учебно-методическая рекомендация, Караганда, 1997 г.
5. Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев А.П., Лесников А.Л. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. СПб.: Ленинград, 1999.

Балалардағы энтеровирусты менингиттің клинико-эпидемиологиялық сипаттамасы

Д.М. Секербаев

Зерттеу тобына «Энтеровирусты инфекция, менингит» диагнозымен 105 бала алынды. Сыркат жиі 5 жастан асқан балаларда тіркелді. Клиникалық көрінісі орташа ауырлық ағымда өтті және менингеальді белгілердің басым болуымен сипатталды. Сыркаттың бастапқы кезеңінде жұлын сұйықтығын зерттеуде аралас плеоцитоз 39%-ға дейін нейтрофилдердің басым болуымен анықталды.

Clinical-epidemiological characteristics of enteroviral meningitis in children

D.M. Sekerbaev

In the group of investigation has included 105 children with diagnosis: "Enteroviral infection, meningitis". The disease was more frequently registered predominantly at children older 5 years. The clinical picture of enteroviral meningitis was characterized by moderate degree current of diseases with prevalence of meningeal syndrom. At examination of cerebrospinal fluid it was observed the mixed pleocytosis in early stage of disease in 39% of cases neutrophils has predominated.

Государственный медицинский университет г.Семей

Подписано в печать 30.06.2010 г.

Формат А4. Объем 15,6 усл.п.л. Тираж 300 экз.

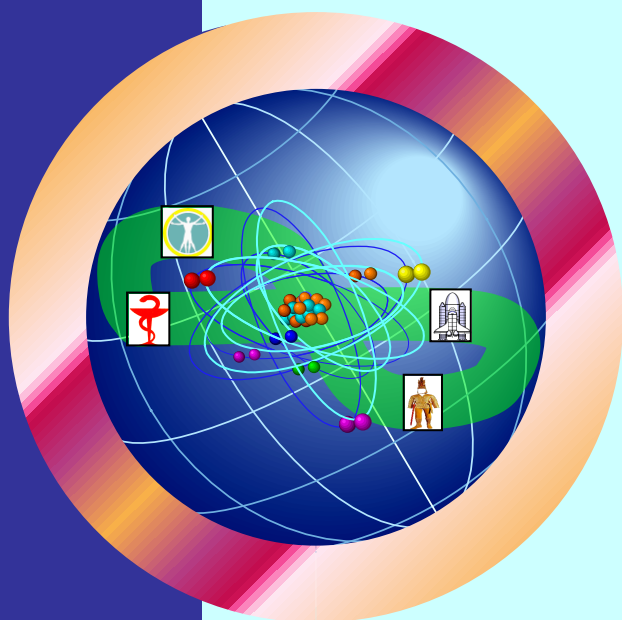
Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая, 103



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



3' 2010

ТОМ 2

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
ежеквартальный журнал

№ 3 (том 2) 2010 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)
Доскалиев Ж.А.	(Астана)
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	
А.М. Токешева	129
Результаты определения тиреоидного объема при солитарной форме узловой патологии щитовидной железы у жителей Семипалатинского региона	
А.А. Касымжанова	130
Биологические свойства сальмонелл, выделенных у больных сальмонеллезом в городе Семей	
А.С. Масадыков	131
Способ восстановления возвратного гортанного нерва при повреждениях с использованием каркаса из никелида титана	
Г.Г. Васьковский	133
Результаты склеротерапии доброкачественных узлов щитовидной железы препаратом полидоканол 3%	
Н.Е. Берикханов	135
Эффективность использования «Лаоджана» при лечении гнойных ран мягких тканей	
Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов	137
Методика определения риска развития острых нарушений мозгового кровообращения и ее практическое применение	
А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков	141
Коррекция факторов риска хронических неэпидемических заболеваний у сотрудников органов внутренних дел	
С.И. Ботабаев, Е.А. Мукушев, А.Ж. Бекбосынов, Т.Б. Кисаменов, М.К. Кирпин, Е.Д. Кыркымбаев	145
Способ лечения субкомпенсированной артериальной недостаточности нижних конечностей	
Н.Е. Берикханов	148
Современные принципы лечения парапроктита	
Ж.М. Жуманбаева	150
Семей қаласында ересек тұрғындар арасындағы қантты диабеттің 2-түрі мен инсулинрезистенттіліктің таралуы	
А.С. Масадыков	152
Школа гипотиреоза и ее роль в обучении больных с тиреоидной патологией и подготовке врачей	
Ж.М. Жуманбаева, М.Ж. Еспенбетова	155
Семей қаласындағы қантты диабетпен ауыратын науқастарды кезең бойынша талдау (2000-2009 жж)	
Ж.Ш. Нуразханова, Е.А. Кадырова	156
Этапы внедрения инновационных диагностических и лечебных технологий в РГП «ННМЦ»	
Т.А. Адылханов, А.А. Жакипова	159
Характеристика информативности цитологических исследований в диагностике новообразований молочной железы	
Г.М. Изтлеуова	161
Фармакологический эффект масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты при токсическом хромовом поражении почек в эксперименте	
Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова	163
Оценка показателей гемореологии у больных с инсультом	
Е.А. Кадырова, Ж.Ш. Нуразханова	163
История становления и результаты внедрения СМК	
А.А. Жакипова	167
Анализ экономической эффективности цитологических исследований с окраской по методу Папаниколау в ранней диагностике новообразований молочной железы	
М.К. Изтлеуов, Н.М. Мавлюдова, Г.М. Изтлеуова, Е.М. Изтлеуов	169
Влияние липоевой кислоты, масляных экстрактов лопуха и крапивы на течение индуцированной хромом нефропатии	
А.С. Масадыков	172
Қалқанша без ауруларымен сырқаттанған науқастардағы өмір сүру сапасын жақсартудың маңызын арттыру	
Қ.Е. Жарылқасынов	173
Хром қосындысының ішперде ішілік әсері кезіндегі пейер табақшаларындағы және шажырқай лимфа түйіндеріндегі өзгерістер	
Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова	175
Роль артериальной гипертензии как индикатора цереброваскулярной патологии	
З.Г. Хамидуллина	176
Морфологические особенности послета и плацентарного ложа матки при инфекционно-воспалительных осложнениях после операции кесарева сечения	
Қ.Е. Жарылқасынов	180
Пейер табақшаларының микроорганизмдердің құрылымдарының жасушалық құрамының химиялық әсерлерге байланысты өзгерістері	

Л.Г. Тургунова	182
Анемии неясного генеза на стационарном этапе	
Г.Д. Абильмажинова	184
Вопросы коррекции дислипидемий у женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда	
А.К. Мукажанова	187
Климато-географическая и социально-экономическая характеристика района падения отделяющихся частей ракетоносителя «Протон-М» на территории Курчумского района	
С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов	190
Комбинированный наркоз с использованием парацетамола при расширенных операциях	
А.К. Мукажанова	192
Современные формы организации и классификация систем мониторинга окружающей среды	
А.К. Жанатбекова, Л.К. Каражанова	193
Роль простагландинов в патогенезе резистентной артериальной гипертонии	
Ж.Е. Комекбай, Т.Ж. Умбетов	195
Динамика содержание клеток в функциональных зонах брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в перинатальный период развития	
А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова	197
Морфологические особенности гепатопротекторных свойств экстракта из корней девясила при лекарственной интоксикации	
С.А. Кабылова, Ж.Е. Акылжанова	200
Факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани у женщин репродуктивного возраста павлодарской области	
М.К. Жаналиева	204
Жынысына байланысты адам несепағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістері	
Ж.Е. Акылжанова, С.А. Кабылова	206
Медико-экономические характеристики профилактики и коррекции остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста	
К.Б. Шегірбаева	211
Ірі өнеркәсіптік аймақ халқының денсаулығын қалыптастырудың әлеуметтік-экономикалық аспектілері	
А.К. Мусаханова, Ж.Б. Базарбек, Н.М. Елемесова, О.В. Шишкина, З.Ж. Абдильдина	213
Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в Восточно-Казахстанской области	
К.Б. Шегірбаева	216
Халық денсаулығына әсер ететін факторлар туралы өнеркәсіптік аймақтар халқының пікірлерін сараптамалық бағалау	
Г.Д. Абильмажинова	218
Гипергомоцистеинемия как фактор риска инфаркта миокарда у женщин	
К.Р. Акильжанов, А.З. Дюсупов	220
Лечение переломов пяточной кости методом чрескостного остеосинтеза при производственном и бытовом травматизме	
Вопросы медицинского образования	
Ж.Қ. Смаилова, Т.Қ. Рахыпбеков, Л.Қ. Қаражанова	224
Жоғары медициналық білім беру ұйымдарында мамандарды дайындаудағы құзыреттілік тұрғының тенденциялары мен болашағы	
Ж.К. Смаилова, Л.К. Каражанова, Е.С. Кулуспаев	228
Применение современных образовательных технологий в формировании профессиональной компетентности врачей - интернов	

УДК 616.441-071(574.42)

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТИРЕОИДНОГО ОБЪЕМА ПРИ СОЛИТАРНОЙ ФОРМЕ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА**А.М. Токешева****Государственный медицинский университет г.Семей**

Неуклонный рост патологии щитовидной железы (ЩЖ), в том числе узловых форм, повышает актуальность проблемы диагностики и лечения тиреоидных заболеваний [1,2,3,4]. Использование УЗИ в настоящее время рассматривается как один из базисных методов диагностики узловой тиреоидной патологии, позволяющих определить размеры ЩЖ и степень ее увеличения, количество и размеры узлов, а также осуществлять динамическое наблюдение за объемом органа и узла при лечении и в послеоперационный период [4,5].

Цель нашего исследования заключалась в определении тиреоидного объема при солитарном узловом поражении ЩЖ у жителей Семипалатинского региона.

Материал и методы исследования. Обследовано 110 человек с единственным узловым образованием ЩЖ (из них мужчин 28, женщин 82), постоянно проживающих в населенных пунктах региона Семипалатинского ядерного полигона Большая Владимировка, Долонь, Канонерка с периода проведения наземных ядерных испытаний (1949 года рождения и ранее). У каждого больного определялся объем ЩЖ с помощью УЗИ, проводимого на аппарате EUВ-405 фирмы Hitachi, по формуле J.Brunn с учетом коэффициента эллипсоидности 0,479.

Результаты и обсуждение. Таблица 1 отражает результаты определения тиреоидного объема у обследованных больных.

Таблица 1. - Показатели тиреоидного объема у больных с солитарной формой узловой патологии ЩЖ ($M \pm m$, см³)

Больные лица	Село Большая Владимировка	Село Долонь	Село Канонерка
Больные с узловой патологией ЩЖ	9,547±0,952 (n=28)	9,898±0,845 (n=28)	10,325±1,377 (n=54)
Женщины с узловой патологией ЩЖ	9,019±0,552 (n=27)	9,004±1,038 (n=16)	9,489±1,719 (n=39)
Мужчины с узловой патологией ЩЖ	23,797 (n=1)	11,090±1,290 (n=12)	12,500±1,069 (n=15)

Как следует из таблицы, солитарное узловое поражение ЩЖ у жителей трех обследованных сел не сопровождалось признаками зобной трансформации тиреоидной ткани. Согласно международным нормативам, по формуле J.Brunn у взрослых зоб выявляется, если объем ЩЖ у женщин превышает 18 мл, а у мужчин – 25мл. У жителей села Канонерка с солитарной формой узловой патологии ЩЖ показатель тиреоидного объема несущественно превышал показатели сел Большая Владимировка и Долонь. Следует указать, что показатели тиреоидного объема у обследованных больных колебались в следующем диапазоне: в селе Большая Владимировка - от 3,850см³ до 23,797см³; в селе Долонь - от 2,444см³ до 20,140см³; в селе Канонерка - от 3,737см³ до 49,907см³. В зависимости от половой принадлежности больных значения объема ЩЖ варьировали в следующем интервале: у мужчин – в селе Долонь - от 6,192см³ до 20,140см³; в селе Канонерка - от 4,760см³ до 18,640см³; у женщин – в селе Большая Владимировка - от 3,850см³ до 15,114см³; в селе Долонь - от 2,444см³ до 16,636см³; в селе Канонерка - от 3,737см³ до 49,907см³. Также следует отметить, что у женщин при минимальных значениях объема ЩЖ узловые образования имели размер от 0,5 до 1,5см, а при максимальных значениях тиреоидного объема – от 2 до 6см, тогда как у мужчин при наименьших и наибольших значениях объема ЩЖ размеры узлов не достигали 1см. С нашей точки зрения, величина тиреоидного объема у обследованного контингента зависит от ряда факторов: 1) от уровня йодопотребления, так как зоны проживания обследованных лиц являются йододефицитными; 2) дозы облучения ЩЖ, полученной в результате ядерных испытаний; 3) размера узлового поражения органа; 4) антропометрической характеристики больного: по данным L.Hegedus et al. (1983), должный тирео-

идный объем следует соотносить не только с возрастом и полом, но и с весом пациента.

Таким образом, при солитарном узловом поражении ЩЖ у жителей Семипалатинского региона показатель тиреоидного объема по данным УЗИ составил: у жителей села Большая Владимировка 9,547±0,952см³; у жителей села Долонь 9,898±0,845см³; у жителей села Канонерка 10,325±1,377см³.

Литература:

1. Косивцов О.А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни больных после операции. Автореферат дисс. канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – 28с.
2. Петров В.Г. Оптимизация медицинской помощи пациентам с узловым зобом в регионе легкого йодного дефицита. Автореферат дисс. докт. мед. наук. – Челябинск, 2008. – 45с.
3. Хазиев В.В., Штандель С.А., Караченцев Ю.И. Распространенность рака щитовидной железы и факторы, влияющие на ее динамику//Проблемы эндокринологии, 2008, Т.54, № 4. – С.18-21.
4. Видюков В.И., Касаткин Ю.Н., Перфильева О.М. Определение объема функционирующей ткани щитовидной железы с использованием радионуклидных методов//Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2006, том 51, №6. – С.40-47.
5. Корнев С.В. Оценка методов диагностики рака щитовидной железы у больных, проживающих на территориях, загрязненных в результате аварии на ЧАЭС//Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2005, том 50, №2. – С.27-33.
6. Hegedus L., Perrild H., Poulsen L. et al. The determination of thyroid volume by ultrasound and its relationship to body weight, age and sex in normal subjects//J.Clin.Endocrinol. Metab. – 1983. – Vol.56. – P.260-263.

Семей аймағы тұрғындарында қалқанша безінің түйінді патологиясының солитарлы формасы кезінде тиреоидты көлемді анықтау нәтижелері

А.М.Токешева

Семей аймағы тұрғындарында қалқанша безінің түйінді патологиясының солитарлы формасы кезінде тиреоидты көлемді анықтау нәтижелері көрсетілген. Тиреоидты көлем көрсеткіштері Үлкен Владимировка ауылының тұрғындарында $9,547 \pm 0,952 \text{ см}^3$, Долон ауылының тұрғындарында $9,898 \pm 0,845 \text{ см}^3$, Канонерка ауылының тұрғындарында $10,325 \pm 1,377 \text{ см}^3$ болды.

The results determination of thyroid volume at solitary form of thyroid gland nodular pathology in inhabitants of Semipalatinsk region

A.M.Tokesheva

The results determination of thyroid volume at solitary form of thyroid gland nodular pathology in inhabitants of Semipalatinsk region were presented. The indicator of a thyroid gland volume at inhabitants of Bolshaya Vladimirovka village is equal of $9,547 \pm 0,952 \text{ см}^3$, at inhabitants of Dolon village is equal of $9,898 \pm 0,845 \text{ см}^3$, at inhabitants of Kanonerka village is equal of $10,325 \pm 1,377 \text{ см}^3$.

УДК 616.9(574.42)

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА САЛЬМОНЕЛЛ, ВЫДЕЛЕННЫХ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

А.А. Касымжанова

Бактериологическая лаборатория ЦСЭЭ, г. Семей

В городе Семей Восточно-Казахстанской области 15.05.2009 года был зарегистрирован случай пищевого отравления, когда одномоментно заболело 7 человек. При бактериологическом обследовании у четырех человек в промывных водах была обнаружена *S. enteritidis*, а у троих больных диагноз Сальмонеллез был выставлен по характерной клинике, причем трое больных были из 1 домашнего очага.

Было проведено санитарно-эпидемиологическое расследование, при котором выяснено ряд общих признаков, характерных для пищевого отравления микробной природы:

- острое, внезапное начало заболевания
- одновременное начало заболевания у группы лиц
- характерное острое, короткое течение заболевания
- по типу острого гастроэнтерита
- связь начала заболевания с употреблением одного пищевого продукта, в данном случае все связывали с употреблением «заварного пирожного с масляным кремом, купленном из магазина «Флория», торгового дома «Семей» и магазина «Продукты», находящихся в одном Жана-Семейском районе города и как позже выяснилось изготовителем всех продуктов оказалось частное лицо К.
- прекращение возникновения новых случаев заболевания после проведения расследования и изъятия продукта, послужившего причиной пищевого отравления.

Расследование данного случая было проведено тщательно, комплексно: в нем принимали участие различные специалисты: санитарные врачи, врачи-эпидемиологи и работники бактериологических лабораторий. Санэпидрасследование велось путем изучения медицинской документации составленными медработниками, путем опроса пострадавших с целью установления – общего для всех пострадавших, продукта и его реализаторов был установлен пищевой объект (подпольный цех) по производству и реализации кондитерских изделий ч.л. К. 1974 г.р., где работало около 10 человек, в том числе и реализаторы в вышеуказанных торговых точках города.

Всего бактериологически было обследовано 80 человек из которых у реализатора Б. из магазина «Флория» была обнаружена *S. enteritidis*, были взяты пробы пищевых продуктов из вышеуказанных торговых точек и домашних очагах пострадавших больных всего: 3617 из которых выделено 4 культуры сальмонелл в том числе мясoproductов отобрано: 1144 выделена 1 культура, яиц отобрано 297 выделена, также, 1 культура, отобрано проб кондитерских изделий 128 выделены 2 культуры сальмонелл, отобрано смывов на патогенную микрофлору 8138, в том числе из очагов 4903 из которых выделены 4 культуры сальмонелл.

Все выделенные культуры: их всего 4-от больных, 1-от реализатора, 8-культур, выделенные из объектов внешней среды были нами тщательно изучены с целью определения эпидемиологического маркера, то есть изучена их эпидемичность путем проведения внутривидового типирования и определен биовар, более того определена идентичность штамма с помощью постановки антибиотикограммы и получена подтверждение из выше стоящей бактериологической лаборатории «РГКП ВКО ЦСЭЭ».

Все указанные 12 культур идентичны по своим морфологическим, культуральным, тинкториальным, биохимическим свойствам, по антибиотикограмме и относятся к *S. enterica* l. *enteritidis* var. *jena*, но только 1 культура за № 90 по антибиотикограмме отличается от остальных. Это культура, выделенная из яйца из ТОО «Восток Кондитер» пр-во «Ардагер» не имеет отношения к произошедшему случаю отравления не эпидемичен, что установлено по антибиотикограмме, хотя и относится к *S. enterica* l. *enteritidis* var. *jena*.

Поданному случаю пищевого отравления были приняты все оперативные меры:

- запрещены использование пищевого продукта, послужившего причиной отравления.
- забраковка и уничтожение кондитерских изделий, производимых нелегально в установленном порядке.
- отстранена от работы бак.носитель Б.
- закрыт подпольный цех,

- ч.л. К. 1974 г.р. привлечена к административной ответственности и признана виновной в производстве, выпуске и реализации продукта, вызвавшего пищевое отравление.

Литература:

1. «Инструкция по расследованию и лабораторной диагностике пищевых отравлений». МЗ РК Институт

питания национальной академии наук ГНПЦС «МЕДСТАНДАРТ». – Алматы - 1996 год.

2. Алешин А.И. Практическое руководство «Микробиологическая диагностика сальмонеллезов». – Алматы – 1992г.

3. Покровский В.И. «Энтеробактерии. Руководство для врачей. - Москва.- 1995 год

Резюме

Внутривидовое типирование, то есть определение сероварианта, биоварианта, антибиотикограммы, а при наличии возможности и фаговарианта возбудителя сальмонеллезной инфекции позволяет сделать заключение о наиболее вероятном источнике сальмонеллеза, установить механизм и путь передачи инфекции.

Biological properties of salmonell, isolated obtained from patiets salmonellosis of city Semei

A.A. Kasymzhanova

Intra-specific typing, that is to say determination of serotype, biotype, antibiogramma, in presence of an opportunity and phagotype of exciter of salmonellosis infection let make a conclusion about the most possible souse of salmonellosis, ascertain machinery and way of transmission of infection.

УДК 616.833.191-089

СПОСОБ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРКАСА ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА

А.С. Масадыков

Региональный онкологический диспансер г.Семей

Повреждения возвратного гортанного нерва относятся к числу наиболее распространенных осложнений при операциях на щитовидной железе. Его частота достигает 13,5%, а в структуре осложнений – от 15% до 25% [1].

Особенно часто повреждения возвратного гортанного нерва происходят при оперативном лечении больных со злокачественными новообразованиями железы, поскольку они требуют наиболее объемных оперативных вмешательств, в том числе расширенных, с удалением всего органа [2].

Повреждение возвратного гортанного нерва может происходить не только в результате непосредственно его повреждения при операции, но и являться результатом его сдавления рубцовыми тканями, образующегося в ходе заживления после операционной раны. Частота таких поражений по данным литературы, достигает 20% от общего числа радикальных оперативных вмешательств на щитовидной железе [3].

Поэтому восстановление возвратного гортанного нерва при его повреждении является актуальной задачей, решение которой может способствовать улучшению функциональных результатов лечения больных раком щитовидно железы, повышению качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Целью работы является разработка способа восстановления возвратного гортанного нерва у больных, оперированных по поводу узловых образований щитовидной железы при наличии его повреждений с профилактикой повторных нарушений функции путем создания каркаса вокруг нерва из никелида титана.

Известен подход к восстановлению иннервации голосовых связок, заключающийся в применении консервативных методов, способствующих регенерации периферических нервов [4]. С этой целью применяются витаминные группы В и прозерин по схеме. Недостатком данного способа является его малая эффективность и даже в случаях успешного восстановления

иннервации необходимость длительного промежутка времени для регенерации нерва.

Разработанный подход включает следующие мероприятия. У больных, подвергавшихся оперативным вмешательствам по поводу узловых, в том числе злокачественных образований щитовидной железы, с симптомами повреждения возвратного гортанного нерва, осуществляется повторное оперативное вмешательство, предусматривающее ревизию возвратного гортанного нерва с нахождением участка повреждения, мобилизацию обнаруженных поврежденных концов, сопоставление их и ушивание тремя узловыми швами, отступая на 2-3 мм от границы повреждения со вколлом иглы с периферии нерва и выколлом в центре. В качестве шовного материала используется викрил 0000. После этого вокруг нерва создают каркас из заранее подготовленной пластины из никелида титана [5] размером 2,5*0,5 см и толщиной 0,5 мм (рисунок 1).

Далее каркас оставляли в области нерва незакрепленным (в силу быстрой и плотной адгезии суперпористого никелида титана к окружающим тканям, или закрепляли не более чем одним швом (рисунок 2). Ушивание раны осуществляли послойно.

Данный способ применен в клинике у 27 больных. В том числе у 18 пациентов повреждения возвратного гортанного нерва при оперативном вмешательстве на щитовидной железе имело место в срок до 1 года, у 9 больных – более 1 года до момента восстановительной операции.

В качестве группы сравнения были проанализированы ретроспективные данные и обследованы в динамике 35 пациентов, у которых попытки восстановления функции возвратного гортанного нерва после его повреждения осуществлялись путем применения консервативных методов.

Полученные сравнительные результаты представлены в таблице 1.



Рисунок 1 – Каркас из никелида титана, подготовленный к установке



Рисунок 2 – Каркас из никелида титана, установленный над ВГН

Таблица 1 - Частота и сроки восстановления функции возвратного гортанного нерва

Группа	Срок восстановления							
	до 3 месяцев		3-6 месяцев		более 6 месяцев		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Консервативное лечение, n=35	-	-	2	5,7	8	22,9	10	28,6
Применение разработанного способа, n=27	6	22,2	12	44,4*	3	11,1	21	77,7*

Примечание - * - различия между группами достоверны, $p < 0,05$

Восстановление фонации произошло в 21 случае из 27 обследованных в основной группе, при этом в срок до 3-х месяцев наблюдения – у 6 больных, до 6-и месяцев – у 12, и более 6-и месяцев – у 3 пациентов.

В остальных 8 случаях были получены негативные результаты, что вероятно связано с развитием местных рубцовых изменений при первичном и повторном оперативных вмешательствах, а также со снижением регенерации.

нераторных свойств нервной ткани у пожилых ослабленных больных.

В то же время, в группе сравнения результаты восстановления функции возвратного гортанного нерва были куда более скромными.

Из 35 проанализированных случаев восстановления фонации было достигнуто только у 10 пациентов, причем в основном в поздние сроки (более чем через 6 месяцев, а чаще – более 12 месяцев после начала лечения).

Между группами обследованных достоверно различались результаты в срок 3-6 месяцев (7,8 раза в пользу группы разработанного лечения) и в целом по всем срокам восстановления (в 2,7 раза, $p < 0,05$ в обеих парах значений).

Клинический пример:

Больная С., 56 лет, диагноз – рак щитовидной железы III ст., T3N0N0, папиллярная форма.

Проведена операция тиреоидэктомия. Через 4 месяца после операции выявлена утрата звучного голоса. При ларингоскопии наблюдается паралич голосовых связок с левой стороны. Через 7 месяцев проведена реконструктивная операция на возвратном гортанном нерве по описанной методике. Через 2 месяца наблюдается восстановление фонации, при ларингоскопии смыкание голосовых связок полное, асимметрии нет.

Т.е. в настоящем клиническом примере определена эффективность примененного разработанного способа

восстановления анатомической целостности и функции возвратного гортанного нерва.

Таким образом, эффективность разработанного способа составила 77,7%, что более чем в 2,5 раза превышает результаты консервативной терапии.

Литература:

1. Thermann M., Feltkamp M., Elies W., Windhorst T. Recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid gland operations. Etiology and consequences // Chirur. – 1998. – Vol.69(9). – P.951-956.
2. Савенок В.У., Савенок Э.В., Огнерубов Н.А. Экстрафасциальные операции при раке и узловых образованиях щитовидной железы. – Воронеж: Издательство Воронежского государственного университета, 2006. – 168 с.
3. Магомедов Р.Б. Профилактика повреждений возвратного гортанного нерва при операциях на щитовидной железе: дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2000. – 120 с.
4. Оториноларингология: Под ред. И.Б. Солдатова, В.Р. Гофмана. – СПб: ЭЛБИ, 2000.
5. Шинкарев С.А., Мухамедов М.Р., Подольский В.Н., Корнев А.А. Опыт использования материала на основе пористого никелида титана в хирургическом лечении распространенного рака щитовидной железы // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т19, №4. – С.85-87.

УДК 616. 441

РЕЗУЛЬТАТЫ СКЛЕРОТЕРАПИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИДОКАНОЛ 3%

Г.Г. Васьковский

Государственный медицинский университет г.Семей

В экологически неблагоприятных регионах диагностика и лечение больных с узловыми заболеваниями щитовидной железы остается актуальной проблемой. В последние годы в клинической практике широко внедрены малоинвазивные пункционные методы лечения узловых доброкачественных заболеваний щитовидной железы (1,3,5). Непосредственные результаты лечения свидетельствуют об определенных преимуществах указанных методов лечения. В то же время практически нет работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения, а также критериев эффективности пункционных методов лечения (2,4).

Цель настоящей работы: изучить отдаленные результаты склеротерапии доброкачественных узлов щитовидной железы препаратом полидоканол 3%.

Материалы и методы исследования склерозирующая терапия полидоканолом проведена 112 больным с различными доброкачественными узловыми образованиями. Из них 23 человек были с аденомами, 22 с аденомами с некротической дегенерацией, 22 с аденомой с кистозной дегенерацией, а также 23 человека с коллоидными узлами и 22 человека с кистами щитовидной железы. Размеры узлов были от 0,5 см³ в диаметре и 23,7 см³.

Для изучения эффективности использованного метода, учитывая структурную характеристику узлов, мы выделили 5 групп больных. Первую группу составили больные с цитологическим диагнозом – аденома. Во

вторую группу вошли больные с диагнозом аденома с кистозной дегенерацией. Третью группу составили больные с цитологически подтвержденным диагнозом аденома с кистозной дегенерацией. Четвертую группу составили больные с диагнозом коллоидный зоб. Пятая группа – больные с кистами щитовидной железы.

Для определения сравнительной эффективности лечения доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы, мы распределили больных на 4 группы в зависимости от объема узлового образования (Таблица 1). Первую группу составили больные с объемом узла от 0,6 до 2,5 см³, вторую группу составили больные с объемом узла от 2,6 до 5,0 см³, третью группу составили больные с объемом узла от 5,1 до 8,0 см³, четвертую группу составили больные с объемом узла 8,1 см³, и больше.

Результаты и их обсуждение. После введения препарата полидоканол 3% в аденоматозные узлы, наблюдали следующую динамику уменьшения объема узловых образований, через 6 месяцев регресс узлов в среднем достигал 45,2%, через 1 год составил 54%, через 2 года 54,7%, через 3 года оставался на уровне 54,7%.

Уменьшение объема аденом с некротической дегенерацией к 6 месяцам в среднем был 50,2%, через 1 год 57,6%, через 2 года достигал 59,2% и оставался неизменным в течении последующего года наблюдения.

Таблица 1 - Характеристика клинического материала

Группа узлов	Объем узла в см ³	Диагноз				
		Аденома	Аденома с некротической дегенерацией	Аденома с кистозной дегенерацией	Коллоидный узел	Киста
Малые	до 2,5	6	5	4	7	7
Средние	2,6 – 5,0	8	7	6	6	6
Большие	5,1 – 8,0	6	7	7	6	6
Гигантские	8,1 и больше	3	3	5	4	3
Всего		23	22	22	23	22

Уменьшение объема аденом с кистозной дегенерацией было более интенсивным, чем аденом и коллоидных узлов и к 6 месяцам соответствовало 57,2%, к 1 году достигало 65,4% и оставалось неизменным в течении последующих 2 и 3 лет наблюдений.

Регресс объема коллоидных узловых образований протекал интенсивно в первые 6 месяцев наблюдений и достигал 61,7%, затем процесс уменьшения объема узлов замедлялся и к 1 году соответствовал 67,7%,

дальнейшего уменьшения узловых коллоидных образований не наблюдалось.

Выявлено, что при лечении доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы, препаратом полидоканол, эффективность уменьшения аденом с кистозной дегенерацией и коллоидных узлов в процентном отношении выше, чем аденомы и аденомы с некротической дегенерацией.

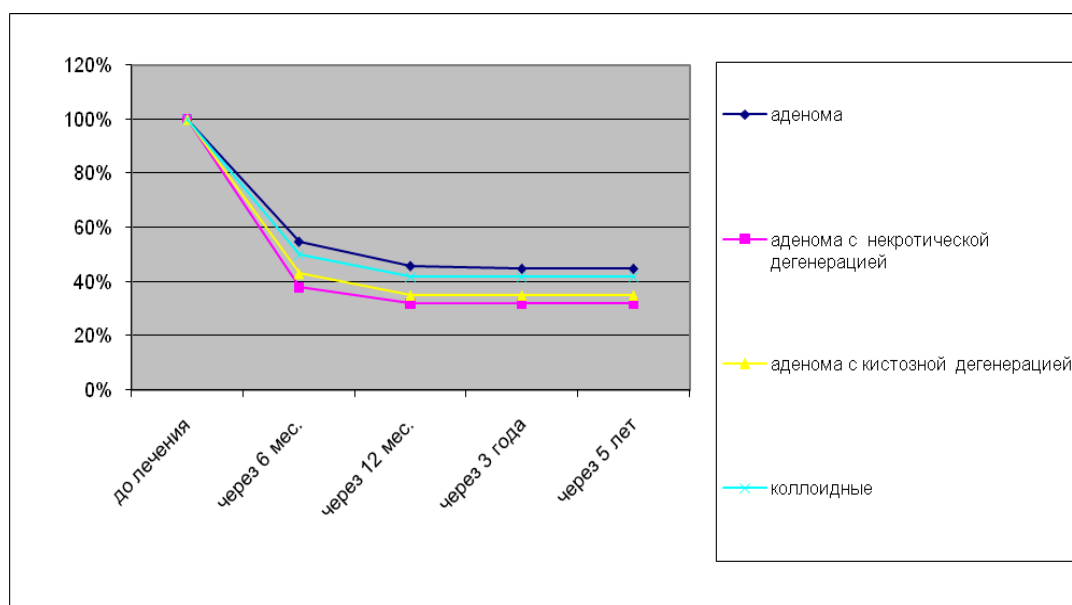


График 1: Динамика уменьшения узловых образований щитовидной железы после склеротерапии препаратом полидоканол 3%

При изучении функционального состояния щитовидной железы выявили, что до лечения в сыворотке крови отмечалось повышенное содержание гормонов Т4, ТSH, через 1 год показатели содержания гормонов в сыворотке крови улучшались и становилось близким к норме.

Заключение

Результаты чрескожного внутриузлового пункционного лечения доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы препаратом полидоканол 3% в сроки наблюдения от 1 до 5 лет не выявили рецидивов и осложнений, а также малигнизации узлов.

Регресс объема узловых образований зависит от его размера, морфологической структуры.

Критериями эффективности лечения должны быть функциональное состояние щитовидной железы, регресс объема узлового образования щитовидной железы по данным ультразвуковых исследований.

Для выработки адекватной тактики лечения, контроля его эффективности и мониторинга следует выделять следующие формы доброкачественных узловых заболеваний щитовидной железы: аденома, аденома с кистозной дегенерацией, аденома с некротической дегенерацией, коллоидный и кистозный узлы.

Литература:

1. Zhumadilov Zh., Land C., M. Hartshorne L. et al. Characterization, follow-up, and remediation of thyroid abnormalities in a screened population from the Semipalatinsk nuclear test site area // Endocrine Journal. 12th International Thyroid Congress, 2000, P.162.
2. Мусинов Д.Р. Скрининг, ранняя диагностика и лечебная тактика при доброкачественных и злокачественных заболеваниях щитовидной железы в Семипалатинском регионе. Автореферат дис. д-ра мед. Наук, Алматы, 1999, 46 с.
3. Knudsen N., Bols B., Bulow I. et al. Validation of ultrasonography of the thyroid gland for epidemiological purposes // Thyroid, 1999, Vol.74, №9, P.1069.
4. Симбирцев С.А., Трофимов Т.Н., Бубнов А.Н. и соавт. Биопсия и этаноловая деструкция деструкция узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука // Учебное пособие, Санкт-Петербург, 2002, 13 с.
5. Цыб А.Ф., Паршин В.С., Нестайко Г.В. и соавт. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы // Медицина, Москва, 1997, С.332.

Склеротерапияның қорытындысы этанол емімен жақсы қорытындыға келді

Соңғы жылдары ультрадыбыспен тексеру қалқанша бездің катерсіз ісіктерін тері арқылы түйінге дері егіп емдеуге мүмкіндік ашты. Бұл хирургиялық және радиойодпен емдеуге альтернативті ем болып отыр. Түйінге дері егіп емдеу результаттарын ұзақ уақыт бойы бақылау бұған дейін істелмеген. Полидоканолмен склеротерапиядан кейін 112 науқас 5 жыл бойы бақыланды. Түйіндердің кішіреюі емдеудің алғашқы жылында көбірек байқалды және 3-5 жылдай бойы қайта үлкейген жоқ. Қалқанша без түйінді ауруларын этанол мен тері арқылы егіп емдеу анализі бұл тәсілдің эффективті, арзан, рецидив бермейтін және емханаларда қолдануға болатын тәсіл екенін дәлелдейді. Бұл тәсіл хирургиялық жолмен емдеу тәсіліне альтернатив бола алады. Тері арқылы түйінге дері егіп емдеуді хирургиялық операцияға немесе йодпен емдеуге қарсы көрсеткіші болған науқастарға, жасы ұлғайған науқастарға және косметикалық мақсатпен қолдануға болады.

The long term follow up study results of the intranodular injection therapy ethanol has not been evaluated

In recent years ultrasound guided percutaneous intranodular injection therapy has been used as an alternative to surgery or radio iodine for treatment of benign thyroid nodular disease. Of them 112 patients over a period of 5 years after sclerotherapy with polidokanoly 3%. The reduction rates of nodules were more intense during the first year of the treatment and there after slowed down or remained static over a period from 3-5 years. The analysis of the treatment results revealed that percutaneous intranodular injection therapy with ethanol is effective and maybe used as an alternative to surgery in the treatment of patients who are contraindicated to surgery or to radioiodine, in elderly aged patients and also for aesthetic purpose. The method is inexpensive safe well tolerated and can be used on an out patient basis.

УДК 616-001.43-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ «ЛАОДЖАНА» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Н.Е. Берикханов

Городская поликлиника № 2, г. Тараз

В литературе встречаются разноречивые данные о тактике лечения гнойных ран мягких тканей. В последнее время широко стали внедряться активное ведение гнойных ран с адекватной первичной хирургической обработкой гнойного очага и применением различных лечебных мероприятий, направленных на сокращение сроков заживления ран. Для этой цели применяют магнитотерапию, лазеротерапию, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, озонотерапию, фотодинамическую терапию, криообработку раны, электрохимическую стимуляцию раны, вакуумную обработку раны, промывание пульсирующей струей жидкости, гипербарическую оксигенацию, сорбенты с включенными в их состав различными лекарственными препаратами [Slutsky С., Abramson R., Bogorowsky N., 1981, Кадамов Г.К., 1987, Стенько В.Г. и соавт., 1988, Игнатьев В.Ф., 1988, Юхтин В.И. и соавт. 1989, Коплатадзе А.М. и соавт., 1989, Носов В.А., 1989, Жакиев П.С., Веселов Ю.Е., 1993, Адамян А.А. и соавт., 1998, В.А. Девятков и соавт., 1998, Хакимов А.М., 2000, Ханин А.Г., 1997, Слесаренко С.С. и соавт., 1998, Воленко А.В., 1998, Булынин В.И. и соавт., 1998, Боженов Ю.Г., Иванова В.М., 1991, Странадо Е.Ф. и соавт., 2000, Липатов К.В. и соавт., 2002]. Однако все эти способы лечения ран имеют отрицательные стороны, связанные с применением дорогостоящей аппаратуры, травматичностью для грануляционной ткани. Изложенное обосновывает целесообразность изучения эффективности клинического применения препарата «Лаоджан», создающего благоприятные условия при лечении гнойных ран мягких тканей.

Цель работы: улучшить результаты лечения гнойных ран мягких тканей, путем применения препарата «Лаоджан» фирмы «Flower of sago susas».

Лечение больных с гнойными ранами мягких тканей заключалось во вскрытии абсцесса, санации гнойной полости с частичной некрэктомией, раны тщательно промыты антисептиками. Затем производили обработку гнойных полостей раствором лаоджана в течение 1-2

дней, что привело к быстрому очищению раны. Затем производили орошение стенки гнойной полости 0,2% раствором куриозина фирмы «Гедеон Рихтер А.О.» и тут же закрыли рану первично-отсроченными швами. Этот способ мы использовали при лечении 27 больных в городской поликлинике № 2 г. Тараз в период с 2009 по 2010 годы. У всех больных имелись глубокие гнойные полости мягких тканей. Эти больные вошли в основную группу. Возраст больных колебался от 17 до 63 лет. Среди пролеченных больных мужчин было 21, женщин 6. Контрольную группу составили 32 больных с гнойными ранами мягких тканей, пролеченных традиционным методом.

Для изучения эффективности данного способа лечения гнойных ран мягких тканей использованы следующие клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования:

- общеклинические;
- инструментальные - рентгенография;
- изучение клинического процесса заживления раны;
- бактериологический посев из раны на микрофлору и ее чувствительность к антибиотикам;
- цитологические исследования процесса заживления послеоперационной раны на 2,5,7,9 сутки;
- лабораторные - иммунологический анализ крови, упрощенный гематологический показатель интоксикации (УГПИ) до и после проведенного лечения. УГПИ мы определяли по формуле:

УГПИ = лейкоциты × СОЭ

$$\frac{Ми + Ю + П / я + С / я + Пл}{(Л + Моноц + Э + Б)^2},$$

где Ю - юные, Ми - миелоциты, С/я - сегментоядерные, П/я - палочкоядерные нейтрофилы, Л - лимфоциты, Моноц - моноциты, Б - базофилы, Э - эозинофилы, СОЭ - скорость оседания эритроцитов [Колкер И.И., Жумадилов Ж. Ш., 1988]. Цитологическое исследование дина-

мики заживления раны проведено по Камаеву (1970г) и методом пункционной биопсии из раны. Препарат окрашивали по Романовскому-Гимзе и по Папаниколу. Традиционное лечение больных с острыми гнойными ранами мягких тканей заключалось во вскрытии гнойных ран мягких тканей, санации и дренировании гнойной полости, с дальнейшими ежедневными перевязками с антисептиками. После очищения раны от гноя применялись повязки с мазью Вишневского или левомеколя. Антибактериальная терапия проведена внутримышечно препаратами группы пенициллина и аминогликозидов в течение 7-10 дней.

При бактериологическом исследовании посева из раны чаще высевалась *E. coli*, стрептококк, стафилококки, чувствительные к гентамицину, канамицину и цефазолину. У всех больных контрольной группы раны заживали вторичным натяжением.

Результаты лечения по предложенному способу показали более раннее заживление послеоперационной раны по сравнению с контрольной группой больных. На 2-3 сутки отмечались исчезновение местно-воспалительных явлений (гиперемия, отек, инфильтрация тканей, болевой синдром). Лаоджан активно очищает гнойную рану, что дает возможность для затягивания

первично - отсроченных швов на 2-3 сутки. У всех больных, которым применен данный метод, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Препарат «Лаоджан» обладает иммуностимулирующим действием, стимулирует эритропоэз, в результате чего, увеличивается количество клеток гранулоцитарного, моноцитарного ряда, повышается фагоцитарная активность макрофагов и гранулоцитов. Значительно улучшаются показатели гуморального звена, а также лимфоцитарно-клеточного: увеличивается уровень Т-хелперов, Т-супрессоров, общий уровень Т-лимфоцитов и натуральных киллеров, а также повышается количество сывороточного интерферона. «Лаоджан» обладает мощным репаративным и противовоспалительным свойством, особенно при местном применении. В состав «Лаоджана» входят около 20-ти лечебных трав.

Результаты лечения по предложенной схеме показали более раннее заживление послеоперационной раны, по сравнению с больными контрольной группы. За наблюдаемый период рецидивов и осложнений не наблюдались. Длительность лечения больных основной группы составило, в среднем, 8,6 дней. Длительность лечения больных контрольной группы составило в среднем 23,7 дня амбулаторного лечения.

Таблица №1 - Результаты лечения больных с гнойными ранами мягких тканей

Группа больных	Число больных	Заживление раны	Длительность лечения (дни)
Основная	27	Первичное 100%	8,6±0,38
Контрольная	32	Вторичное 100%	23,7±0,56

Таким образом, разработанный способ лечения гнойных ран мягких тканей позволяет ускорить процесс заживления раны, сократить сроки лечения в 2,7 раза, позволяет наложить первично-отсроченные швы, что приводит к первичному заживлению раны.

Литература:

1. Добыш С.В., Васильев А.В., Шурупова О.В. Со-временные перевязочные средства для лечения ран во второй фазе раневого процесса. Материалы Международной конференции. Под ред. В.Д. Федорова, А.А. Адамяна. М 2001; 115.
2. Гостищев В.К., Ханин А.Г. Клинико-цитологические особенности местного лечения явло

гранулирующих ран мягких тканей 0,2 % раствором куриозина во 2 фазе раневого процесса // Хирургия. - 1999. - №10. - С.72-74.

3. С.Л.Лопатин, В.Е.Разин. Клиническое испытание отвара «лаоджан». НИИ клинической иммунологии. г.Новосибирск. 1999 год.

4. Фадеев С.Б., Чернова О.Л., Киргизова С.Б., Бухарин О.В. Особенности хирургической инфекции мягких тканей. //Хирургия. 2002.- №7.- С.42-44.

5. Колкер И.И., Вуль С.М. // Микробиология ран. Раны и раневая инфекция. - М.-Медицина. 1981.-С. 185-213.

6. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция.- М. Медицина. 1990.- 688с.

Жұмсақ тіндердегі іріңді жараларды емдеуде Лаоджанды қолданудың тиімділігі

Н.Е. Берікханов

№ 2 қалалық емхана, Тараз қ.

Жұмсақ тіндердегі іріңді жараларды емдеуде Лаоджанды қолдану нәтижесінде жара тез тазаланып, біріншілік-шегерілген тігіс салуға мүмкіндік туды.

Клиникалық, цитологиялық және иммунологиялық тексерулер бақылау тобымен салыстырғанда жараның жетілу процесінің тездегенін көрсетті. Жаңа тәсіл жұмсақ тіндердің іріңді жараларын емдеуде жараның алғашқы жетіліммен жазылуына, уақытша жұмысқа жарамсыздық мерзімінің қысқаруына, экономикалық нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік берді.

Effective usage of "Laodzhan" in the treatment of purulent diseases of soft tissues

N.E. Berikhanov

City polyclinic № 2, Taraz

In surgical treatment of purulent diseases of soft tissues usage of "Laodzhan" helps in rapid debridement of wound, which gives us the possibility to apply delayed primary suture.

Clinical, cytological and immunological examinations demonstrated acceleration of wound healing process compared with the control group patients, treated by traditional method. This method of treatment of purulent diseases of soft tissues allows healing of wounds by a primary intension, to reduce terms of treatment and gives economic benefit.

УДК 616.831-005-07

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЕЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Ж.Ш. Жумадилов, А.Ж. Бекбосынов

АО «Медицинский университет Астана», Городская больница №1, г.Павлодар

Прогнозирование риска развития сосудистых осложнений атеросклероза и артериальной гипертензии, а также других патологических состояний, сопровождающихся повышенной частотой артериальных тромбозов, остается весьма актуальным в современном здравоохранении [1,2].

Определение степени риска позволяет осуществлять коррекцию лечения – в плане необходимости увеличения или, напротив, возможности снижения интенсивности терапевтических воздействий и уточнения показаний к проведению оперативных вмешательств [3,4].

До настоящего времени было разработано много различных схем определения сосудистого, в том числе цереброваскулярного, риска. Однако значительная их часть представляет только исторический интерес [5]. Быстрый прогресс медицинской науки, изменения представлений об этиологии и патогенезе сосудистых заболеваний головного мозга, совершенствование диагностических методик требуют их учета в плане разработки прогностических подходов.

В последние десятилетия, в частности, были усовершенствованы подходы к ультразвукографической диагностике церебрального атеросклероза [6,7], широкое распространение в клинике получили методы оценки нарушений функции сосудистого эндотелия [8], развились представления о роли нарушений цитокиновой и кининовой регуляции в возникновении и прогрессировании сосудистой патологии [9].

Данные изменения требуют разработки новых подходов к прогнозированию цереброваскулярного риска.

Цель исследования – разработка методики прогнозирования риска острых нарушений мозгового кровообращения на основании учета клинко-анамнестических факторов и инструментально-лабораторных показателей.

Материалы и методы: Представленные данные базируются на материалах проспективного и ретроспективного анализа комплекса клинических и параклинических обследований 735 больных с наличием факторов риска острых нарушений мозгового кровообращения.

Для разработки методики расчета с учетом современных научных данных нами были выделены следующие группы факторов риска:

1) популяционно-анамнестические факторы: возраст; пол; наличие семейной предрасположенности к развитию нарушений церебрального кровообращения; наличие неблагоприятных факторов условий труда и проживания; вредные привычки; предшествующие ОНМК в анамнезе (оценивались по результатам анкетирования и опроса).

2) клинические факторы: артериальная гипертензия; сахарный диабет; антифосфолипидный синдром (оценивались по данным анкетирования и объективного обследования).

3) факторы риска развития атеросклероза: гиперхолестеринемия; гипертриглицеридемия; дислипидемия.

4) нарушения церебрального кровоснабжения по данным ультразвуковых исследований: атеросклероз магистральных церебральных артерий

5) нарушения со стороны системы гемостаза: сосудисто-тромбоцитарного звена (АДФ-индуцированная

агрегация тромбоцитов); плазменно-коагуляционного звена (содержание ранних фибрин-мономерных комплексов, активность антитромбина III); фибринолиза.

6) нарушения функционирования регуляторных систем организма: гипергомоцистеинемия; изменения цитокиновой регуляции (фактор некроза опухоли-альфа, интерлейкин-10); изменения кининовой регуляции (антитела к брадикинину); изменения вегетативной регуляции.

В зависимости от значимости каждого из факторов риска, определенной в процессе обследования эпидемиологических и клинических групп в рамках работы, они были распределены на 4 градации:

1 порядка значимости (коэффициент риска 0,8-1,0)

2 порядка значимости (0,5-0,7)

3 порядка значимости (0,3-0,4)

4 порядка значимости (0,1-0,2)

На основании проведенных расчетов с учетом удобства пользования прогностической системой и неизбежного наличия недостаточной и/или недостоверной информации в процессе обследования конкретных пациентов, нами были приняты следующие границы степени риска развития ОНМК при суммировании выявленных факторов:

Низкий риск – 0-1,0

Средняя степень риска – 1,1-2,0

Высокая степень риска – 2,1-3,5

Очень высокая степень риска – 3,6 балла и более.

Максимальное суммарное количество баллов в предлагаемой прогностической системе равнялось при этом 10,0.

Результаты исследования и их обсуждение.

Распределение вышеуказанных параметров по выделенным градациям, характеристики данных градаций и прогностические коэффициенты, определенные при проведении основного объема собственного исследования, представлены в таблицах 1-18.

Таблица 1 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от возраста и пола

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Менее 40 лет	0
40-45 лет	0,1
46-50 лет	0,2
51-60 лет	0,3
61-65 лет	0,5
66 лет и более	0,4
Пол - женский	0
мужской	0,3

Наиболее высокий неблагоприятный прогностический коэффициент в отношении возрастной градации был присвоен группе 61-65 лет (0,5). В возрасте менее 40 лет значение коэффициента было принято равным 0.

Большая распространенность ОНМК у мужчин в исследованной популяции послужила причиной установления данного коэффициента у них равным 0,3, у женщин – 0.

Таблица 2 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от семейной предрасположенности к развитию нарушений церебрального кровообращения

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Семейная предрасположенность отсутствует	0
Семейная предрасположенность имеется	0,3
Примечание – под семейной предрасположенностью принималось наличие ОНМК в анамнезе у старших кровных родственников 1 и 2 степени родства	

Наличие у ряда больных семейной предрасположенности к атеросклерозу церебральных сосудов и его проявлениям в виде ОНМК являлась причиной выделения данного прогностического критерия, равного 0,3 в случае наличия достоверно известных случаев ОНМК у родителей обследуемого и лиц старшего поколения 2 степени родства.

Таблица 3 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от неблагоприятных факторов условий труда и проживания

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Нет вредных факторов	0
Есть вредные факторы	0,2

Выделенный компонент вредных факторов условий труда и проживания, включающий стрессогенные воздействия, а также наличие неблагоприятных факторов производственной среды, как на момент обследования, так и в анамнезе, при его наличии был приравнен к 0,2.

Таблица 4 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия вредных привычек

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	0
Курение	0,2
Злоупотребление алкоголем	0,1

К числу основных вредных привычек были отнесены курение (коэффициент риска 0,2) и злоупотребление алкоголем (0,1).

Таблица 5 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от предшествующих ОНМК

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	0
Имеются	1,0

Важным фактором риска мы сочли наличие предшествующих ОНМК. Во всех случаях у больных данной категории он был принят равным наибольшему возможному значению – 1,0.

Следующим разделом факторов риска были определены клинические данные.

Таблица 6 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия артериальной гипертензии (по ВОЗ/МОАГ, 1999)

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Артериальная гипотензия	0,3
Отсутствует	0
Пограничная АГ	0,2
АГ I ст.	0,4
АГ II ст.	0,7
АГ III ст.	1,0
ИСГ	0,7

Наличие у больного артериальной гипертензии было признано независимым фактором риска, степень которого зависела от уровня АД. Для дифференцировки была использована его классификация по ВОЗ/МОАГ, 1999.

Наиболее высокий прогностический коэффициент (1,0) был принят у больных с АГ III ст. Наличие более умеренного повышения АД или его стойкая компенсация путем применения антигипертензивных препаратов соответствовали меньшим значениям фактора риска.

Таблица 7 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия сахарного диабета

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствует	0
Нарушение толерантности к глюкозе	0,1
Компенсированный	0,2
Субкомпенсированный	0,4
Декомпенсированный	0,9

Важным фактором во всех классификациях и прогностических системах, в том числе и в нашей, признано наличие сахарного диабета и степень его компенсации. Декомпенсированный ИНСД был установлен в качестве фактора риска первого порядка (0,9), субкомпенсированный – третьего (0,4).

Кроме того, в качестве третьего клинического фактора риска было выделено наличие верифицированного антифосфолипидного синдрома.

Таблица 8 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от наличия АФС

Выделенные градации	Прогностический коэффициент
Отсутствует	0
Имеется	1,0

Коэффициент риска данного состояния был принят равным 1,0, учитывая приоритетную роль синдрома в развитии ОНМК у лиц молодого возраста. При этом учитывались как первичные, так и вторичные формы синдрома.

Факторы третьей группы включали показатели лабораторного и инструментального обследования.

Таблица 9 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от гиперхолестеринемии

Выделенные градации	Значения содержания общего холестерина, мм/л	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,1
Выраженная	более	0,4

Гиперхолестеринемия рассматривалась в первую очередь как фактор отсроченного риска, реализуемого посредством развития и прогрессирования атеросклероза. В то же время, имеются и механизмы реализации высокого содержания холестерина в отношении повышения риска развития эндотелиальной дисфункции, повреждений покрышки атеросклеротических бляшек и острых тромбозов.

Таблица 10 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от гипертриглицеридемии

Выделенные градации	Значения содержания триглицеридов, мм/л	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,2
Выраженная	более	0,3

Аналогичные эффекты имеются и при наличии триглицеридемии, поэтому ей также были присвоены прогностические коэффициенты 3 порядка.

Таблица 11 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от дислипотеидемии

Выделенные градации	Соотношение ХС ЛПНП/ЛПВП	Прогностический коэффициент
Отсутствует	менее	0
Умеренная	от до	0,2
Выраженная	более	0,5

Повышение атерогенности крови за счет нарушения баланса содержания холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности при выраженной степени было признано важным фактором риска с прогностическим коэффициентом 0,5.

Таблица 12 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности атеросклероза магистральных церебральных артерий

Выделенные градации	Степень стеноза	Прогностический коэффициент
Отсутствует	нет	0
Компенсированный	менее 50%	0,5
Субкомпенсированный	от 50% до 75%	0,8
Декомпенсированный	более 75%	1,0

Важнейшим фактором является наличие стеноза церебральных артерий. Учитывая имеющиеся возможности диагностики, в структуре системы прогнозирования мы использовали данные УЗ доплерографии о степени стеноза магистральных артерий каротидного бассейна. Наличие декомпенсированного стеноза считалось максимально выраженным фактором риска, субкомпенсированного – также 1 порядка, компенсированного – 2 порядка.

Таблица 13 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	СИАТ менее 60%	0
Компенсированные	СИАТ от 61% до 75%	0,2
Декомпенсированные	СИАТ более 75%, ИДТ менее 10%	0,4

В качестве оцениваемых факторов сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза избраны:

величина СИАТ при проведении теста с АДФ-зависимой агрегацией тромбоцитов, а также величина ИДТ.

Критерии декомпенсированных нарушений включали отклонение обоих показателей и считались фактором риска 3 порядка (0,4).

Таблица 14 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений плазменно-коагуляционного звена гемостаза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	АПТВ более с	0
Компенсированные	АПТВ от до с	0,3
Декомпенсированные	РФМК более мм/л и/или РПДФ более мм/л	0,6

Важным фактором риска было определено наличие декомпенсированных нарушений плазменно-коагуляционного гемостаза (прогностический коэффициент 0,6), определяемых при появлении маркеров внутрисосудистого свертывания крови. Компенсированные нарушения данного звена предусматривали снижение времени свертывания и расценивались как фактор 3 порядка.

Таблица 15 - Основные градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости от выраженности нарушений фибринолиза

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	время 12-АКЗФ более 6 мин	0
Имеются	время 12-АКЗФ менее 6 мин	0,3

Нарушения фибринолиза определялись при его удлинении более 6 минут и расценивались как фактор 3 порядка важности (прогностический коэффициент 0,3).

Таблица 16 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости нарушений цитокиновой регуляции

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	соотношение ФНОα/IL-10 менее 3,5	0
Умеренные	соотношение ФНОα/IL-10 от 3,6 до 5,0	0,1
Выраженные	соотношение ФНОα/IL-10 более 5,0	0,2

Нарушения цитокиновой регуляции, заключающиеся в превышении содержания в крови провоспалительных цитокинов, являлись фактором 4 порядка важности (прогностический коэффициент 0,1 – при умеренной и 0,2 – при значительной выраженности).

Таблица 17 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости нарушений кининовой регуляции (содержание в крови Е-АТБ)

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	Е-АТБ 0,80-1,00 ЕОП	0
Умеренные	Е-АТБ 0,60-0,79 ЕОП	0,1
Выраженные	Е-АТБ 0,59 ЕОП и менее	0,2

Оценивалось только снижение содержания естественных антител к брадикинину в крови, соответствующее преимущественной тенденции к вазоконстрикции.

Повышение данного показателя, по нашему мнению, не являлось фактором риска, хотя и наблюдалось при развитии ОНМК в большинстве случаев. Мы рассматривали его как одну из форм стрессорной адаптационной реакции системы кровообращения. Согласно полученным данным, снижение Е-АТБ было фактором 4 порядка важности.

Наличие и выраженность нарушений эндотелиальных факторов оценивалось по степени отклонений (снижения) эндотелийзависимой вазодилатации. При ЭЗВД менее 10% прогностический коэффициент принят равным 0,4, нахождении в пределах 10-15% - 0,2.

На материале проспективного обследования 172 больных АГ и атеросклерозом церебральных сосудов с наличием различного уровня риска (34 – среднего, 63 – высокого и 75 – очень высокого), определенного путем использования разработанной методики, были получены результаты, представленные на рисунке 1.

Таблица 18 - Градации и прогностические коэффициенты развития ОНМК в зависимости нарушений регуляции эндотелия

Выделенные градации	Параметры соответствия	Прогностический коэффициент
Отсутствуют	ЭЗВД более 15%	0
Умеренные	ЭЗВД от 10% до 15%	0,2
Выраженные	ЭЗВД менее 10%	0,4

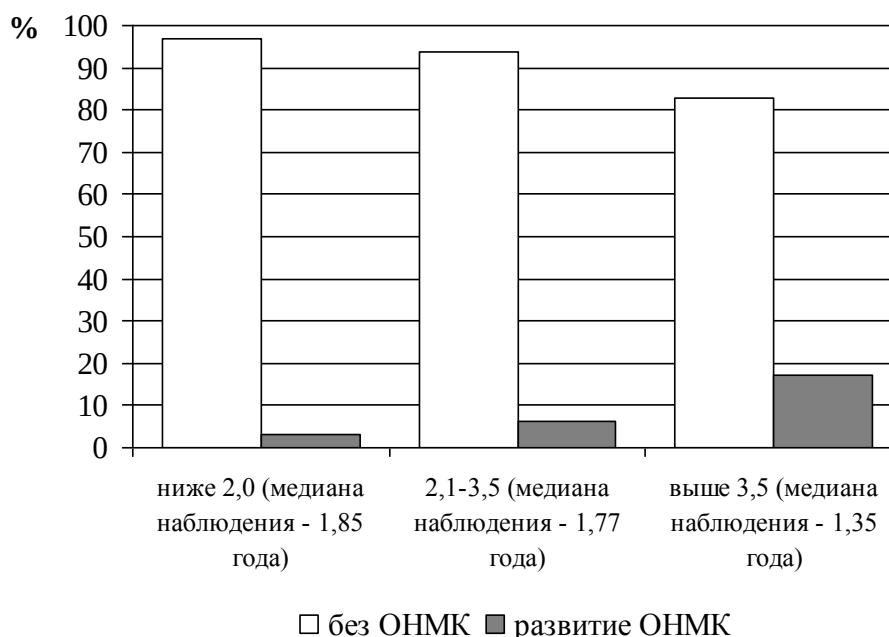


Рисунок 1 – Частота развития ОНМК у обследованных больных в зависимости от уровня риска

При этом также оценивались сроки развития ОНМК.

В группе среднего риска частота конечной точки исследования составила в течение $1,85 \pm 0,12$ года всего 2,9%, высокого риска – 6,3% и очень высокого риска (медиана наблюдения – 1,35 года) – 17,3% ($p < 0,05$ в отношении обеих вышеназванных групп).

Срок развития единственного ОНМК в группе среднего риска составил 1 год и 4 месяца от начала исследования, средний срок в группе высокого риска был равен $1,15 \pm 0,09$ года, в группе очень высокого риска – $0,93 \pm 0,08$ года.

Таким образом, полученные клинические данные служат подтверждением эффективности применения прогностической методики.

Литература:

1. Борисов А.В. Проспективное прогнозирование и профилактика мозговых инсультов у лиц с высокой степенью их риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Гродно, 2003. — 19 с.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: Метод. рекомендации. — М., 2000.

3. Inzitari D, Eliaziw M, Gates P et al. The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal-carotid-artery stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators // N Engl J Med 2000; 342 (23): 1693–700.

4. ACCF/SCA/SVMB/SIR/ASITN 2007 Clinical Expert Consensus Document on Carotid Stenting // J Am Coll Cardiol. - 2007; 49: 126–70.

5. Семак А.Е., Адамович В.И., Корнацевич Ю.С. Прогнозирование мозговых инсультов, ключ к их индивидуальной профилактике // Здравоохранение. - 1997. - №7. - С 34-35.

6. Семак А.Е., Адамович В.И., Евстигнеев В.В., Смычек В.Б. Система прогнозирования возникновения мозговых инсультов и их профилактики: Метод. рекомендации. — Мн., 1999.

7. Дамулин И.В., Парфёнов В.А., Скоромец А.А., Яхно Н.Н. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге // Болезни нервной системы / Под редакцией Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — М.: Медицина, 2003. — Т. 1. — 744 с.

8. Гельцер Б.И., Котельников В.Н., Агафонова И.Г. и соавт. Эндотелиальная дисфункция церебральных со-

судов при артериальной гипертензии // Бюлл. физиологии и патологии дыхания. – 2007. – Т.25. – С.22-25.

9. Грицай Н.Н., Мищенко В.П., Пинчук В.А. Система гемостаза при нарушении мозгового кровообращения //

Международный неврологический журнал. – 2006. – №5(6).

Қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуының даму қаупін анықтау әдістемесі және оны тәжірибеде қолдану

Ж.Ш. Жұмадилов, А.Ж. Бекбосынов

Зерттеу мақсаты – инструменталды-зертханалық көрсеткіштер мен клиника-анамнестикалық факторлар есебі негізінде, қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуын болжамдау әдістемесін өндеу.

Қауіпті жіті қан айналым жүйесінің бұзылуымен 735 науқасқа параклиникалық және клиникалық кешенді ретроспективты және проспективты талдау өткізілді.

ҚАЖБ қаупін анықтау негізінде, ортақ қауіп структурасына олардың үлесі анықталды, әр түрлі деңгейдегі қауіпке арналған коэффициенттер ұсынылды.

Әдістемені қолданудың нәтижелік талдауы, бас ми тамырларының атеросклерозымен үйлестіруде, артериалды гипертензияның клиникалық ағымымен болжамы сәйкес келгенін көрсетті.

УДК 616-022.258

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕЭПИДЕМИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков

Государственный медицинский университет г.Семей

Служба в органах внутренних дел (ОВД) требует от сотрудников большого напряжения и самоотдачи, связана с необходимостью противостоять преступности, имеющей самые разные проявления. Кроме того, работа сопряжена с соблюдением строгой иерархии организационного построения и межличностного общения, дисциплины, приближающейся к военной, повышенной социальной и профессиональной ответственностью и высокой степени риска потери здоровья, а иногда и жизни [1,2].

Работа в ОВД сопряжена с постоянной психической напряженностью, неблагоприятным режимом труда и отдыха.

Все вышеперечисленное обуславливает высокий риск развития у сотрудников ОВД хронических неэпидемических заболеваний, имеющих приоритетную медико-социальную значимость. К их числу относятся: артериальная гипертензия (и ее кардио- и цереброваскулярные осложнения); хронические заболевания легких (бронхиальная астма, хронический обструктивный бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких); воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронические гастриты, дуодениты, колиты и т.д.) [3-5].

Данные заболевания относительно редко имеют выраженные клинические проявления в течение службы в ОВД, поскольку их сотрудники относительно рано выходят на пенсию (после 25 лет службы). Однако пенсионеры ОВД – лица вполне трудоспособного возраста – редко оказываются здоровыми. Наличие хронических неэпидемических заболеваний резко снижает их трудоспособность, а тем самым – и потенциальную общественную полезность, и качество жизни.

Поэтому своевременная профилактика хронических неэпидемических заболеваний посредством коррекции факторов риска является приоритетным направлением в медицинском обслуживании контингентов сотрудников ОВД.

На современном этапе данная профилактика осуществляется согласно требованиям, сформулированным для общей лечебной сети [6]. В то же время, учет неблагоприятных факторов, связанных с работой в ОВД, требует определенного пересмотра данных подходов, адаптации их к преимущественному воздействию

психогенных факторов, а также использования методов объективной диагностики в прогнозировании и контроле эффективности коррекции факторов риска [7].

Нами была проведена разработка данных подходов, включающих определение ведущих факторов риска, разработку способа верификации риска с использованием исследования показателей вегетативной нервной системы, разработку оригинальных алгоритмов профилактики, включающих обучение сотрудников ОВД, работу психолога, контроль эффективности посредством анкетирования и объективного обследования.

Целью исследования является оценка степени коррекции основных факторов риска артериальной гипертензии (АГ), хронических заболеваний, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции (бронхиальная астма и ХОБЛ), а также язвенной болезни с использованием разработанных подходов.

Материалы и методы исследования:

В рамках данного раздела исследования были обследованы 366 сотрудников ОВД в возрасте от 27 до 45 лет, имеющих в различных комбинациях факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, хронических обструктивных заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции и язвенной болезни.

При этом обследованные были распределены на три основных группы в зависимости от преобладающего риска (без повторов). В группу риска сердечно-сосудистой патологии были включены 172 человека, заболеваний органов дыхания – 81 и 113 – язвенной болезни и других хронических заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Проводилось анкетирование, полное объективное обследование и по результатам данных исследований – определение показателей вегетативной нервной системы с использованием методики вариационной интервалометрии по Баевскому [8], компьютерной спирометрии [9] и ФЭГДС – в качестве объективных методов обследования.

После этого в течение 3-6 месяцев проводились необходимые профилактические мероприятия согласно разработанным алгоритмам. Далее проводилось контрольное исследование, результаты которого определяли степень коррекции факторов риска.

Результаты исследования и их обсуждение:

Из 172 сотрудников ОВД, включенных в группу риска сердечно-сосудистых заболеваний, подгруппа коррекции факторов риска составила 97 обследованных, под-

группа сравнения – 75 человек, репрезентативных по возрасту и составу факторов риска основной.

Данные, характеризующие динамику основных факторов риска в подгруппе коррекции относительно исходных, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота выявления факторов риска АГ и сердечно-сосудистых заболеваний до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До использования алгоритма		После использования алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	66	68,0	53	54,6
Психо-эмоциональный стресс	70	72,2	64	66,0
Снижение физической активности	47	48,5	33	34,0
Повышение ИМТ	25	25,8	14	14,4
Гипергликемия	19	19,6	13	13,4
Гиперхолестеринемия	7	7,2	6	6,2
Симпатикотония	49	50,5	42	43,3
Высокий нормальный уровень АД	20	20,6	19	19,6
Пограничная АГ	8	8,2	3	3,1

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

В качестве основных факторов риска, поддающихся в той или иной мере коррекции, нами были избраны: курение; стресс; гиподинамия; повышение ИМТ; гипергликемия; гиперхолестеринемия; симпатикотония; повышение АД.

В динамике наблюдения отмечалось определенное снижение частоты всех вышеуказанных факторов. В наибольшей степени уменьшилось число случаев пограничной АГ, причем через 12 месяцев только у 1 человека из 8 (в исходке) были зарегистрированы значения АД, соответствующие артериальной гипертензии I ст., а у остальных 4 отмечалось снижение показателей до уровня высокого нормального АД.

Значительные успехи были получены в плане коррекции повышения ИМТ. Относительно исходного показателя количество обследованных с повышенными и высокими уровнями ИМТ уменьшилось на 44,0%. Отмечалась коррекция гипергликемии (в первую очередь, связанной с нарушениями толерантности к глюкозе). Различия с исходным показателем частоты данных нарушений составили 31,6%. Мы связываем это с резким увеличением приверженности лиц, прошедших коррекцию, диете.

Отмечалось также повышение физической активности обследованных. В сравнении с исходными показателями число лиц с гиподинамией уменьшилось на 29,8%. В меньшей степени удалось скорректировать курение. Снижение частоты наличия данного фактора риска составило 19,7% относительно исходной.

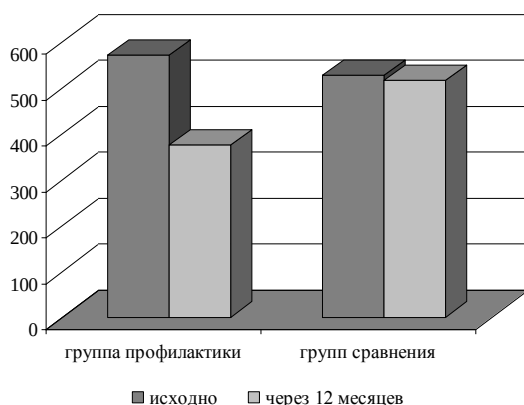


Рисунок 1 - Динамика показателя ИН вариационной интервалограммы у сотрудников ОВД, проходивших и не проходивших обучение профилактическим мероприятиям

Незначительно изменялись частоты остальных факторов.

Динамика основных поведенческих факторов риска и некоторых параметрических признаков, также характеризующих риск развития АГ и сердечно-сосудистых осложнений в сравнении с показателями группы обследованных, не подвергавшихся профилактическим мероприятиям, представлены на рисунках 1-3.

На рисунке 2 отображено среднее содержание глюкозы в крови обследованных лиц сравниваемых групп.

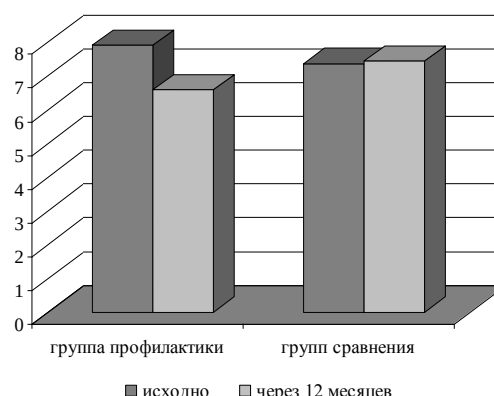


Рисунок 2 - Динамика содержания глюкозы в крови у сотрудников ОВД, проходивших и не проходивших обучение профилактическим мероприятиям

В результате проведенных профилактических мероприятий и обучающей программы, за счет внедрения в случае необходимости адекватного диетического питания, а также, при необходимости, применения сахароснижающих препаратов, было достигнуто уменьшение среднего уровня глюкозы в крови при гликемической пробе с $7,92 \pm 0,35$ до $6,60 \pm 0,31$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Динамика содержания общего холестерина у обследованных группы риска в зависимости от проведения обучения профилактическим мероприятиям и целенаправленного амбулаторного ведения представлена на рисунке 3.

Отмечалось недостоверное снижение показателя (с $4,87 \pm 0,30$ до $4,41 \pm 0,25$ ммоль/л). В то же время, у обследованных группы сравнения имела тенденция данного показателя к росту.

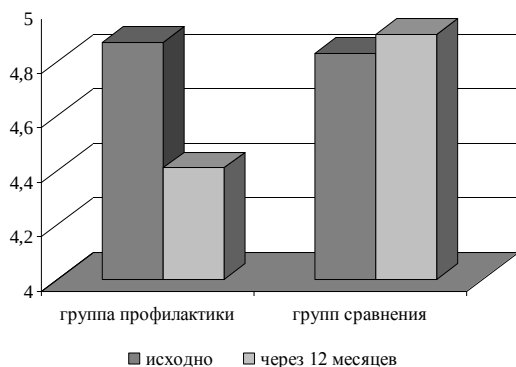


Рисунок 3 - Динамика содержания холестерина в крови у сотрудников ОВД, проходивших и не проходивших обучение профилактическим мероприятиям

Результаты профилактических мероприятий в отношении факторов риска хронических заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции оценива-

лись на материале повторного обследования 81 сотрудника ОВД. При этом у 44 человек проводилась коррекция факторов риска путем обучения методам профилактики и их использования, а в 37 случаях осуществлялось только динамическое наблюдение (группа сравнения).

В качестве основных регулируемых факторов риска хронических заболеваний, связанных с наличием синдрома бронхиальной обструкции, были избраны курение, явления сезонных аллергических реакций, хронические заболевания ЛОР-органов. Кроме того, как следует из данных ряда исследований, высокая вариабельность ПСВ, даже в отсутствие клинической симптоматики, является одним из ключевых признаков, свидетельствующих о возможности развития бронхиальной обструкции (при БА).

Результаты анализа вышеуказанных показателей у лиц с высоким риском развития хронических заболеваний, связанных с наличием синдрома бронхиальной обструкции до и после внедрения профилактической программы и алгоритма, представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Частота выявления факторов риска БА и ХОБЛ до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До внедрения алгоритма		После внедрения алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	39	88,6	26	59,1
Явления поллиноза	17	38,6	13	29,5
Хронические заболевания ЛОР-органов	13	29,5	5	11,4
Высокая вариабельность ПСВ	10	22,7	4	9,1

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

Из таблицы 2 видно, что относительное число курящих обследованных снизилось в результате проведенной работы на 33,3%. Благодаря проведению противоаллергической терапии (в том числе специфической) удалось снизить частоту явлений сезонного поллиноза на 23,5%.

Очень значительно снизилась частота несанированных хронических заболеваний ЛОР-органов (на 61,5%).

Частота случаев высокой вариабельности ПСВ уменьшилась на 60,0%, что свидетельствует об адекватной стабилизации состояния слизистой оболочки бронхиального дерева.

В таблице 3 представлены данные динамического обследования показателей ПСВ в группе проведения обучения профилактическим мероприятиям.

Таблица 3 - Динамика показателей ПСВ и спирометрии у сотрудников ОВД с факторами риска хронических заболеваний легких, сопровождающихся синдромом бронхиальной обструкции в результате проведения профилактических мероприятий

Показатель	До внедрения алгоритма	После внедрения алгоритма
ПСВ	77,2±6,1	88,5±6,4
Вариабельность ПСВ	15,9±1,1	9,6±0,8*
ОФВ ₁	82,2±5,9	89,4±6,0
ПОС	83,0±6,6	91,7±6,5
ЖЕЛ	96,5±6,8	97,3±7,0
ФЖЕЛ	92,8±6,2	96,5±7,7
МОС ₂₅	79,4±5,7	85,2±5,6
МОС ₅₀	82,3±6,5	88,0±5,9
МОС ₇₅	83,1±6,0	90,3±7,2

Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$

Видно, что по отношению к ситуации до внедрения алгоритма отмечалось улучшение практически всех функциональных показателей легких. В то же время, достоверных различий с исходным обследованием не было, за исключением одного параметра – вариабельности ПСВ, которая снизилась на 39,7% ($p < 0,05$).

В целом полученные результаты свидетельствуют больше в пользу профилактической, чем лечебной эффективности разработанного подхода. В то же время, его основная направленность является именно таковой.

Курение, нарушения диеты и в целом режима питания, наличие психо-эмоционального стресса, геликобак-

терная инфекция являются компонентами этиологии язвенной болезни согласно различным теориям ее генеза и современной многофакторной теории [10].

Поэтому нами была проведена коррекция именно этих факторов и оценка ее эффективности в группе из 58 обследованных с высокой частотой таковых и наличием хронического гастрита.

В группу сравнения вошли 55 обследованных, аналогичных по возрасту, стажу работы в ОВД и отношению к категориям личного состава основной группе.

Полученные в результате исследования данные представлены в таблице 4 и на рисунках 4-5.

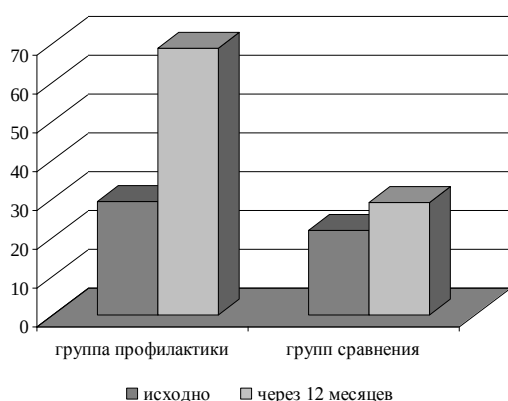
Таблица 4 - Частота выявления факторов риска язвенной болезни до и после внедрения алгоритма профилактики

Фактор риска	До внедрения алгоритма		После внедрения алгоритма	
	абс.	%	абс.	%
Курение	51	87,9	41	70,7
Нарушения режима питания	41	70,7	28	48,3
Психо-эмоциональный стресс	39	67,2	33	56,9
Контаминация слизистой НР	41	70,7	6	10,3
Поверхностный гастрит	33	56,9	21	36,2
Примечание - * - различия между показателями до и после внедрения алгоритма достоверны, $p < 0,05$				

Частота курения в результате проведения профилактических мероприятий снизилась на 19,6% относительно исходной, нарушений режима питания – на 31,7%. В меньшей степени уменьшилось, по мнению обследованных частота психо-эмоционального стресса.

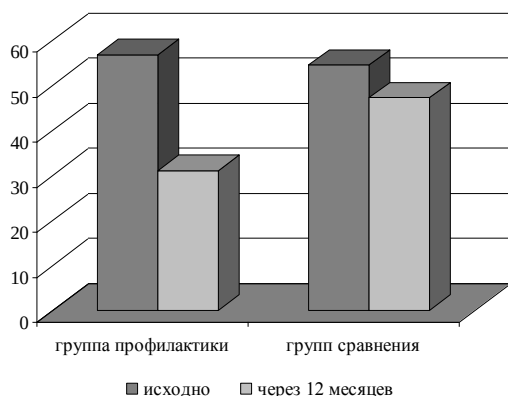
Проведенная в составе лечения на фоне применения профилактических подходов эрадикационная терапия дала эффект в 85,4% случаев контаминации слизистой НР.

Снизилась частота поверхностного гастрита. Различия с исходным показателем составили 36,4%.

**Рисунок 4 - Динамика числа лиц, соблюдающих рекомендованную диету в группах профилактических мероприятий и сравнения**

Как видно на рисунке 4, отмечался достоверный рост числа лиц, соблюдавших рекомендованную диету в группе обучения профилактическим мероприятиям. У обследованных группы сравнения подобной динамики не было зарегистрировано.

Определенный интерес представляли изменения частоты функциональных расстройств ЖКТ (рисунок 5).

**Рисунок 5 - Динамика симптоматики функциональных расстройств ЖКТ в группах профилактических мероприятий и сравнения**

Отмечалось снижение этого показателя в группе профилактических мероприятий и практическое отсутствие изменений в группе сравнения.

В выделенной группе применения профилактических мероприятий результат эрадикации был выявлен гораздо чаще, и только в этой группе он соответствовал требованиям консенсуса Маастрихт-3.

Вероятно, данный результат был связан с более частым проведением полного курса эрадикационной терапии после осуществленных с сотрудниками профилактических бесед и обучающих курсов.

Таким образом, в целом полученные данные свидетельствовали о достоверном снижении частоты факторов риска во всех случаях – сердечно-сосудистой патологии, хронических заболеваний легких с синдромом бронхиальной обструкции и язвенной болезни.

Применение разработанного подхода и алгоритмов по каждой из групп заболеваний, как мы считаем, позволит снизить частоту развития хронических неэпидемических заболеваний у сотрудников ОВД не только к исходу, но и в процессе службы, повысить их трудоспособность и качество жизни.

Литература:

- Бовин Б.Г., Киселева Е.А., Калашников М.О. Профессионально-личностные качества сотрудников ОВД // Известия МЦПО и КНИ. - 1996. - №2. - С.35-47.
- Вахов В.П., Лопушанская Н.А. Особенности психотерапии инвалидов, бывших сотрудников МВД // Материалы II Всероссийской учебно-практической конференции по психотерапии. - М., 1997.
- Чазова И.Е. Лечение АГ как профилактика сердечно-сосудистых осложнений // Сердечная недостаточность. - 2002. - №1. - С.14-16.
- Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких. - М., 2002.
- Передерий В.Т., Ткач С.М., Скопченко С.В. Язвенная болезнь: прошлое, настоящее, будущее. - К., 2003. - 256 с.
- О совершенствовании профилактических услуг в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи / Приказ МЗ РК №644 от 25.12.2006 г.
- Колотилин Г.Ф., Косых Н.Э., Савин С.З. Модели распространения социально значимых заболеваний // Фундаментальные исследования. - 2006. - №2. - С. 47-48.
- Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М., 1984. - 222 с.
- Aggarwal A.N., Gupta D., Jindal S.K. Development of a simple computer program for spirometry interpretation // J. Assoc. Physicians India. - 2002. - Vol.50, № 4. - P.567-570.
- Маев И.В., Самсонов А.А. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. Гастроэнтерология. - 2004. - №6 (1). - С.10-15.

Ішкі істер органдары қызметкерлерінің созылмалы эпидемиялық емес ауруларының тәуекел факторларын коррекциялау
А.А. Калкенова, Т.К. Рахыпбеков

Зерттеу мақсаты – әзірленген тәсілдердің көмегімен артериалды гипертензия, бронхиалды обструкция синдромы бар созылмалы аурулардың және ойық жара ауруларының негізгі тәуекел факторларын коррекциялау дәрежесін бағалау.

Зерттеу барысында жүрек тамыры ауруы, бронхиалды обструкция синдромы бар созылмалы обструктивті өкпе ауруы және ойық жара ауруы дамуының әр түрлі комбинациядағы тәуекел факторлары бар ішкі істер органдарының 27-45 жас аралығындағы 366 қызметкері байқалды.

Алынған мәліметтер тәуекел факторлары жиілігінің барлық жағдайда төмендегенін көрсетеді. Аурулардың әрбір тобы бойынша коррекциялаудың әзірленген тәсілдер мен алгоритмдерін қолдану ішкі істер органдары қызметкерлерінің созылмалы эпидемиялық емес ауруларының даму жиілігін қызметінің барысында және аяғына қарай төмендетуге, олардың еңбек қабілеттілігін және өмір сүру сапасын арттыруға мүмкіндік береді.

УДК 616.8-009.186-08

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

С.И. Ботабаев, Е.А. Мукушев, А.Ж. Бекбосынов, Т.Б. Кисаменов, М.К. Кирпин, Е.Д. Кыркымбаев
Государственный медицинский университет г. Семей

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей является одним из наиболее распространенных проявлений системного атеросклероза [1]. Частота его развития в популяции достигает 5-7%, а у лиц пожилого возраста – до 15% (чаще у мужчин – 20-25%).

Совершенствование лечения облитерирующего атеросклероза и его осложнений является одной из важных задач современной ангиологии.

Вышеуказанный результат может быть достигнут только путем комплексного подхода, включающего консервативные и оперативные методы лечения данной патологии.

В настоящее время разработаны и широко применяются в клинической практике новые подходы к коррекции эндотелиальной дисфункции, основанные на применении медикаментозных препаратов, активирующих продукцию вазодилатирующих, антитромботических факторов, важнейшим из которых является оксид азота (NO) [2,3]. С другой стороны, хорошие результаты достигаются в клинике посредством использования препаратов простагландина, часть эффектов которых также опосредуется нормализующим влиянием на состояние сосудистого эндотелия [4].

Положительное влияние препаратов вышеуказанных классов при их комплексном применении могут суммироваться или взаимно усиливаться, что послужило основанием для разработки предлагаемого способа лечения.

Предлагаемый способ [5] осуществляется следующим образом. При поступлении больного проводится

комплексное обследование с определением степени функциональных нарушений артерий нижних конечностей. При установлении субкомпенсированной степени артериальной недостаточности нижних конечностей назначается сочетание препаратов небиволол по 1 таблетке (5 мг) 1 раз в сутки (утром) и вазопростан внутривенно капельно 40 мкг в сутки курсом продолжительностью 14 дней.

Способ был применен у 25 больных с субкомпенсированным стенозом артерий нижних конечностей. Все пациенты находились в возрасте от 50 до 62 лет, средний возраст – $58,6 \pm 1,6$ года, все – мужского пола. В группу сравнения были включены 23 пациентов мужского пола, средний возраст – $57,4 \pm 2,0$ года, получавших традиционную терапию (аспирин постоянно, трентал 5 мл внутривенно в течение 14 суток, реополиглюкин 200 мл внутривенно капельно ежедневно в течение 7 суток, солкосерил по 2 мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 14 суток, галидор по 2 мл внутривенно 1 раз в сутки в течение 14 суток, витамины группы В в течение 14 суток).

Нами проведен сравнительный анализ показателей динамики содержания метаболитов NO в крови больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей на фоне традиционной терапии и использования разработанного способа (на 10 сутки лечения в условиях стационара). Результаты исследования отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика содержания метаболитов NO у больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей в зависимости от проводимого лечения (общая группа)

Содержание метаболитов NO (мкг/мл)	Группа обследованных				
	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Больные облитерирующим атеросклерозом, получавшие традиционную терапию, n=23		Больные облитерирующим атеросклерозом, получавшие разработанную терапию, n=25	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
- в крови	$0,23 \pm 0,01$	$0,13 \pm 0,01^{**}$	$0,16 \pm 0,01^{**}$	$0,13 \pm 0,01^{**}$	$0,20 \pm 0,01^{*##\wedge}$
- в моче	$0,42 \pm 0,02$	$0,27 \pm 0,02^{**}$	$0,31 \pm 0,01^{*#}$	$0,29 \pm 0,01^{**}$	$0,40 \pm 0,02^{##\wedge}$
Примечания					
Достоверность различий с контрольной группой – * (p<0,05), ** (p<0,01)					
Достоверность различий с показателем до лечения – # (p<0,05), ## (p<0,01)					
Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ (p<0,05)					

В среднем по всей группе обследованных на фоне традиционной терапии без применения средств, оказывающих влияние на состояние сосудистого эндотелия, содержание метаболитов NO имело тенденцию к росту, недостоверную – в крови и достоверную (на 14,8%) – в моче ($p<0,05$).

При применении небиволола данная динамика была достоверной в обоих случаях и составляла, соответственно, 53,8% ($p<0,01$) – в крови и 37,9% ($p<0,01$) – в моче.

Различия по показателю между группами после лечения также были достоверными ($p<0,05$ как в отношении уровня в моче, так и в крови).

В целом динамика к повышению содержания метаболитов NO в крови характерна для хронической сосу-

дистой (артериальной) недостаточности в различных бассейнах при улучшении функции эндотелия и, соответственно, повышении кровоснабжения тканей.

Таким образом, рост содержания метаболитов NO в крови у больных с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей на фоне применения небиволола был ассоциирован главным образом с пациентами, у которых отмечалось быстропрогрессирующее течение с резким исходным снижением показателя.

Взаимосвязанные с представленными выше характеристиками уровня метаболитов NO в крови и моче показатели были выявлены в отношении влияния разработанного способа на показатели эндотелийзависимой вазодилатации в пробе с реактивной гиперемией (таблица 2).

Таблица 2 - Динамика пробы с реактивной гиперемией при применении в лечении больных облитерирующим атеросклерозом небиволола

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Группа обследованных			
		Больные с облитерирующим атеросклерозом, получавшие традиционную терапию, n=23		Больные с облитерирующим атеросклерозом, получавшие разработанную терапию, n=25	
		до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Эндотелий-зависимая вазодилатация (%)	20,6±1,1	10,4±0,6**	11,5±0,7**	10,1±0,7**	14,9±0,8***^
Примечания: Достоверность различий с контрольной группой – * ($p<0,05$), ** ($p<0,01$) Достоверность различий с показателем до лечения – # ($p<0,01$) Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ ($p<0,05$)					

Исходные показатели вазодилатации в пробе в подгруппах были практически равными. Однако после традиционной терапии в соответствующей подгруппе произошло лишь минимальное и статистически недостоверное повышение данного показателя (на 10,6%, $p>0,1$). При этом сохранялись высокодостоверные различия показателя в данной группе с контрольным уровнем у здоровых лиц.

На фоне проводимой консервативной терапии с применением небиволола был зарегистрирован достоверный рост показателя, в том числе по отношению к группе сравнения. Различия его с исходным уровнем составили 47,5% ($p<0,01$), с показателем традиционной терапии – 29,6% ($p<0,05$). Соответственно снизилась

выраженность и степень достоверности различий с контрольной группой здоровых лиц. Если до лечения в данной подгруппе она составляла 51,0% ($p<0,01$), то после применения небиволола – 27,7% ($p<0,05$).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о большей патогенетической обоснованности применения небиволола в лечении больных с быстропрогрессирующим течением и с сопутствующей артериальной гипертензией.

Данные, характеризующие динамику показателей системы гемостаза при лечении больных без применения вазопростана, с использованием данного препарата и его сочетания с небивололом через 10 суток от начала терапии, представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Динамика исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза на 10 сутки лечения

Показатель	Контрольная группа здоровых лиц, n=20	Больные с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей			
		Традиционное консервативное лечение, n=23		Применение вазопростана и небиволола, n=25	
		до лечения	10 сутки	до лечения	10 сутки
ИАТ, %	47,2±3,8	69,3±5,1*	64,2±4,5*	69,6±4,4*	52,6±3,7#^
СИАТ, %	55,9±4,3	78,9±6,6*	71,7±5,5*	79,5±5,2*	61,8±5,0#
ИДТ, %	17,3±0,7	10,2±0,7***	12,5±0,7***	9,9±0,5***	16,0±1,0###^
ФВ, мг/мл	0,49±0,02	1,16±0,08***	1,18±0,05***	1,15±0,08***	0,67±0,04***^
Примечания: Достоверность различий с контрольной группой – * ($p<0,05$), ** ($p<0,01$), *** ($p<0,001$) Достоверность различий с показателем до лечения – # ($p<0,05$), ## ($p<0,01$) Достоверность различий с показателем группы сравнения – ^ ($p<0,05$), ^^ ($p<0,01$)					

Нарушения в состоянии системы гемостаза у больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей носили комплексный характер и заключались в одновременном достоверном повышении агрегационных свойств тромбоцитов со снижением дезагрегации.

Видно, что на фоне традиционной консервативной терапии практически не было получено динамики показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза. Сохранялось выраженное повышение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, снижение

уровня дезагрегации, высокое содержание в крови фактора Виллебранда.

Более выраженная положительная динамика состояния сосудисто-тромбоцитарного звена системы иммунитета была достигнута при применении комбинации вазопростана и небиволола.

Степень снижения индуцированной агрегации тромбоцитов (ИАТ) составила 24,4% относительно исходного уровня ($p<0,05$) и на 18,0% - относительно традиционной терапии ($p<0,05$). Суммарный индекс агрегации

(СИАТ) также имел достоверную динамику к снижению на 22,3% ($p<0,05$).

Более значительным среди исследованных групп было повышение индекса дезагрегации тромбоцитов (ИДТ). Относительно исходного показателя оно составило 61,6% ($p<0,01$), при сравнении с группой традиционной терапии – 28,0% ($p<0,05$). Содержание в крови фактора Виллебранда (ФВ) также имело достоверную динамику. Показатель снизился на 41,7% ($p<0,01$), хотя и оставался достоверно ($p<0,05$) повышенным в сравнении с контрольной группой практически здоровых лиц.

Таблица 4 - Толерантность к нагрузке у больных с субкомпенсированной формой атеросклероза нижних конечностей (НК IIA-IIВ) в зависимости от проводимой терапии (средняя длина дистанции, проходимой до развития болевой симптоматики, м)

Группа больных	Срок обследования		
	до лечения	10 суток	30 суток
Традиционная терапия	186±17	205±26	221±35
ТТ + вазопростан и небиволол	165±20	250±27*	284±30*

Примечание: * - различия с показателем до лечения достоверны, $p<0,05$

Как видно из полученных данных, применение традиционной терапии, хотя и приводило к развитию определенного повышения толерантности к физической нагрузке у больных с субкомпенсированными формами, однако различия с исходным показателем не были достоверными. В подгруппах основной группы уже при обследовании через 10 суток было достигнуто увеличение проходимого расстояния в среднем на 51,5% при применении сочетания вазопростана и небиволола ($p<0,05$). При обследовании в амбулаторных условиях, через 30 суток соответствующий результат составил 72,1% ($p<0,05$). В то же время, достоверных различий с показателями группы сравнения при обследовании не было.

Клинический пример:

Больной С., 56 лет, Диагноз: Облитерирующий атеросклероз. Окклюзия поверхностной бедренной артерии с обеих сторон. Хроническая ишемия нижних конечностей IIБ степени.

При поступлении жалобы на зябкость, чувство онемения обеих стоп при ходьбе, перемежающуюся хромоту (толерантность к ходьбе – 150-200 м). Объективно – при осмотре нижние конечности симметричные, отеков нет, кожа на стопах и голенях бледной окраски, сухая. Волосистой покров голени обеднен, ногтевые пластинки утолщены. Подкожные вены заполнены слабо, в горизонтальном положении – спадаются. Отмечается умеренная гипотрофия икроножных мышц. Пульсация над брюшной аортой и в проекции общих бедренных артерий определяется, на подколенных артериях, артериях тыла стопы и задних большеберцовых отсутствует.

В проекции общей бедренной артерии выслушивается слабый систолический шум.

При контрастной ангиографии артерий нижних конечностей справа визуализируется область бифуркации общей бедренной артерии. Отмечается умеренной выраженности «изъеденность» контура внутренней стенки артерий. Просвет общей бедренной артерии сохранен. Глубокая бедренная артерия проходима, с ровными контурами и развитой сетью коллатералей. Поверхностная бедренная артерия ниже бифуркации на 4,5 см окклюзирована, также с развитыми коллатеральными ветвями. Подколенная и берцовые артерии с выраженным стенозом (до 70%). Слева область бифуркации контрастируется. Глубокая бедренная артерия проходима, с ровными контурами и с умеренно развитой коллатеральной сетью. Поверхностная бедренная артерия до средней трети сужена примерно на 50%, дистальнее средней трети вплоть до бифуркации подколенной артерии не визуализируется. Сеть коллатералей развита

Таким образом, применение сочетания вазопростана и небиволола давало в отношении данных показателей синергический эффект, что, вероятно, связано со способностью небиволола к коррекции нарушений функции сосудистого эндотелия.

Симптоматика недостаточности кровообращения в клинике облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей исчерпывается болевым синдромом, показатели которого представлены в таблице 4.

умеренно. Берцовые артерии с умеренным стенозом (на 30-40%).

Содержание метаболитов NO в крови – 0,14 мкг/мл, эндотелийзависимая вазодилатация – 10,0%, ИАТ – 67,7%, СИАТ – 76,2%, ИДТ – 9,8%, ФВ – 1,05 мг/мл.

В условиях специализированного стационара было назначено консервативное лечение, включающее применение разработанного способа с сочетанием небиволола и вазипростана.

Через 10 суток повторное обследование выявило динамику показателей функционального состояния сосудистого эндотелия и гемостаза к нормализации. Содержание метаболитов NO в крови в этот срок составило 0,19 мкг/мл, эндотелийзависимая вазодилатация – 15,0%, ИАТ – 58,1%, СИАТ – 62,8%, ИДТ – 12,3%, ФВ – 0,90 мг/мл. Отмечалось повышение толерантности к ходьбе с 160 м до 205 м, т.е., на 28,1%.

Таким образом, использование разработанного способа позволяет добиться более выраженной в сравнении с традиционной консервативной терапией компенсации патогенетических механизмов, способствующих прогрессированию сосудистой недостаточности и формированию обострений: снижения продукции оксида азота и степени эндотелийзависимой вазодилатации, активации сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.

Представленные данные и клинические примеры свидетельствуют о возможности широкого применения разработанного способа в современной ангиологии.

Литература:

1. Арасланова В.М. Комплексное лечение больных облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей с использованием методов рефлексотерапии: автореф. дисс. к.м.н. – М., 2005. – 32 с.
2. Затейщикова А.А., Затейщиков Д.А. Эндотелиальная регуляция сосудистого тонуса: методы исследования и клиническое значение // Кардиология 1998; 9: 68-80.
3. Dinerman J.L., Dawson T.M., Schell M.J. et al. Endothelial nitric oxide synthase localized to hippocampal pyramidal cells: implications for synaptic plasticity // Proc Natl Acad Sci USA. - 1994. - Vol. 91. - P.4214-4218.
4. Покровский А.В., Дан В.Н., Чупин А.В. и др. Вазопростан (простагландин E1) в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей при атеросклеротическом поражении артерий // Ангиол. и сосуд. хир. – 1996. - №1. – С.63-72.
5. Приоритетная справка по заявке 2010/0115.1 от 28.01.2010 г.

УДК 616.351-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА

Н.Е. Берикханов

Городская поликлиника №2, г. Тараз

Парапроктит встречается наиболее часто среди колорктологических заболеваний и занимает 4-е место после геморроя, анальных трещин, колитов и составляет 20-40% всех болезней прямой кишки [9,13,30].

Большинство авторов придерживаются криптогландулярную теорию развития парапроктитов. В литературе встречаются разноречивые данные о тактике лечения парапроктитов. Одни авторы предлагают радикальную операцию в экстренном порядке. Сторонники данной тактики использовали для этого лигатурный метод, дозированной сфинктеротомии, рассечение свища в просвет прямой кишки, криптэктомии. Отрицательным моментом этой операции является часто развивающаяся недостаточность анального сфинктера, приводящая к инвалидизации пациента [7,17,23,26,33,37].

Другие авторы предлагают вначале вскрытие и дренирование гноя, а затем госпитализировать больного вновь для радикальной плановой операции [3,28,30,37]. Некоторые авторы предлагают отсроченные операции, после вскрытия гноя в экстренном порядке, не выписывая больного из стационара, через 2-3 недели производят радикальную операцию. При этом авторы использовали лигатурный метод, рассечение свища с ушиванием сфинктера, пластические операции [3,4,14]. Некоторые авторы сначала производили пункционную аспирацию гноя, промывали полость гноя через эту иглу антисептиками, а операцию проводили на следующий день после обследования и подготовки толстой кишки. Приведенные выше данные свидетельствуют об отсутствии единой тактики лечения при сложных формах парапроктита. В настоящее время многие авторы убеждены в целесообразности индивидуального метода операции в зависимости от локализации гнойной полости и от отношения гнойного хода к волокнам сфинктера [5,7,16,22,32].

P. Jones и P. Siwek отметили, что при запоздалой операции, кроме распространения гнойно-воспалительного процесса и разрушения мышечных структур сфинктера, увеличивается внутреннее отверстие абсцесса за счет расплавления окружающих тканей, что в дальнейшем затрудняет его заживление [34].

В настоящее время все большее распространение стали получать методики радикальных операций, позволяющих снизить количество осложнений. Некоторые авторы применяли наложение вторичных швов на рану после вскрытия острого парапроктита и получили хорошие результаты. Многие хирурги и проктологи получили удовлетворительные результаты при экстрасфинктерном расположении свища путем наложения лигатуры и постепенного ее затягивания [3,9,21,30]. Послеоперационная недостаточность анального жома при лечении парапроктитов чаще всего встречается при применении лигатурного метода. В НИИ проктологии МЗ Российской Федерации применяют этот метод с дополнением: после опорожнения, широкого иссечения гноя и обнаружения экстрасфинктерного хода иссекается внутреннее отверстие в области анальной крипты окаймляющим разрезом, проникающим в глубину до мышечного слоя; внутреннее отверстие выскабливается, проводится лигатура, укладывается строго по средней линии и тонический затягивается [9]. Но при этом после лигатурного метода по данным автора послеоперационная

недостаточность анального сфинктера 1-2 степени имела в 1,6% случаев.

В.Д. Федоров и другие авторы считают, что лигатурный метод весьма болезненный и мучительный, имеет строгие показания и должен применяться тогда, когда безуспешны другие методы. Поэтому лигатурный метод в литературе считается операцией «отчаяния». [9,30].

С целью профилактики развития этого осложнения Ю.В. Дульцев (1989) предложил способ лечения острого парапроктита, суть которого заключается в фиксации краев пересеченного сфинктера к краям кожной раны [9].

К.А. Жакипбаев (2002) предложил специальное устройство для контролируемой дозированной сфинктеротомии при лечении сложных форм острого парапроктита, позволяющее значительно снизить процент рецидивов и послеоперационных осложнений [10].

Для снижения числа недостаточности анального сфинктера ряд авторов рекомендуют использовать методику интраоперационного или отсроченного наложения кетгутовых швов на пересеченный сфинктер [2,5,22,35]. Однако такие швы, особенно без должного послеоперационного ведения, часто бывают несостоятельными, приводя к недостаточности анального жома. Д.К. Камаева с соавторами (2000г.) предлагают модификацию традиционного лигатурного метода. Авторы использовали латексную лигатуру взамен обычной шелковой лигатуры. Преимущество латексной лигатуры, по словам авторов, заключается в пересечении волокон сфинктера под постоянным круговым сдавливанием латексного кольца. Это позволяет уменьшить диастаз пересекаемых мышц за счет их удержания рубцовой тканью. Авторы указывают на недостатки традиционного метода использования шелковой лигатуры. Применение шелковой лигатуры создает условия для возникновения явлений миофиброза и поддерживает воспаление в ране [16]. Э.Б. Акопян для предупреждения ранних послеоперационных осложнений и рецидивов предлагает дополнить операцию иссечением соседних близлежащих крипт, если они изменены, а если имеются крипты с глубокими кармашками - их рассечением (профилактическая криптэктомия) [2].

В поисках методов радикального лечения острого парапроктита, щадящий анальный сфинктер, предложен ряд пластических операций: пластическое смещение слизистой, применение аллотрансплантата, свободная первичная аутодермопластика, пластика свободным лоскутом широкой фасции бедра, фиксированным цианакрилатным клеем МК-7, ушивание внутреннего отверстия в поперечном направлении и закрытие дефекта вторым слоем путем бокового перемещения слизистой анального канала, мобилизация и низведение различных по протяженности сегментов всех слоев стенки прямой кишки с фиксацией низведенного сегмента у края перианальной кожи, пластическое закрытие внутреннего отверстия свища при высоких экстрасфинктерных свищах прямой кишки путем смещения слизистой - подслизистого лоскута прямой кишки [1,3,8,14,31,35,36,37]. Различные модификации закрытия внутреннего свищевого отверстия со смещением слизистой с применением аутолоскутов, предложенные многими авторами не нашли широкого применения из-за отторжения лоскутов на фоне острого воспаления слизистой оболочки прямой кишки.

Многообразие литературных данных свидетельствует об отсутствии единых взглядов на хирургическую тактику и способы оперативного лечения парапроктита. После выполняемых радикальных операций при парапроктите продолжают сохраняться такие осложнения как рецидивы парапроктита, формирование свищей прямой кишки и развитие недостаточности анального сфинктера, требующие повторной хирургической коррекции. Поэтому вопросы лечения данного заболевания являются актуальными и дискуссионными, и по сей день, продолжая интересовать практических врачей и ученых, обуславливая необходимость поиска новых, более рациональных и функционально оправданных хирургических вмешательств.

Учитывая множества существующих методов оперативного лечения парапроктитов, В. С. Крот с соавторами (2000) предлагают выделить следующие основные тактические моменты хирургических вмешательств:

- при подкожно-подслизистых, ишиоректальных парапроктитах, имеющих интрасфинктерное сообщение с просветом прямой кишки выполнить вскрытие и дренирование гноиника с иссечением гноинового хода в просвет прямой кишки по Рыжиху - Бобровой.

- при ишиоректальных парапроктитах с трансфинктерным гноинным ходом, проходящим через поверхностную порцию анального сфинктера, целесообразно выполнить вскрытие и дренирование гноиника с рассечением гноинового хода в просвет кишки.

- при ишиоректальных и ретроректальных формах с затеками, а также пельвиоректальных гноиниках с трансфинктерным (более 1/3 порции анального жома) гноинным ходом, при всех парапроктитах с экстрасфинктерным сообщением необходимо вскрытие гноиника и наложение лигатуры [18].

В настоящее время признана целесообразность индивидуального метода операции в зависимости от отношения свищевого хода к волокнам сфинктера и расположение гноиника в параректальной клетчатке с учетом выраженности гноино-воспалительного процесса.

Т.И. Мартынова подчеркивает трудность лечения промежностных ран, имеющих свои особенности. К ним относится постоянное бактериальное загрязнение раны содержимым прямой кишки, невозможность иммобилизации раны из-за тонического и волевого сокращения мышц анального сфинктера и промежности, наличие в большинстве случаев, хронического воспалительного процесса и рубцовых изменений в тканях, окружающих рану у больных с длительно существующими воспалительными процессами из-за рецидивирующих и хронических свищей параректальной клетчатки [21].

Для ускорения процесса регенерации раны используются магнитотерапия, лазеротерапия, ультрафиолетовое облучение, ультразвук, озонотерапия, вакуумная обработка раны, применение пульсирующей струй жидкости, гипербарическая оксигенация, сорбенты с включенными в их состав различными лекарственными препаратами. Эти способы лечения ран имеют не только положительные, но и отрицательные стороны, такие как применение дорогостоящей аппаратуры, кратковременное воздействие лекарственных препаратов, травматичность для грануляционной ткани, а некоторые из этих методов лечения представляют серьезную агрессию для тканей, вовлеченных в гноинный процесс. М.А. Каленбаев (2001) для лечения посттравматических свищей прямой кишки использовал озонотерапию, ультразвук и ультратонотерапию, что позволило купировать воспалительные явления в зоне хирургического вмешательства и стимулировать регенераторные способности тканей [15]. В своей диссертационной работе

Борсова Ф.З. (2001) предлагает использовать для обработки раны озон в сочетании с эритроцитарными фармакоцитами с последующим наложением швов на рану и дренированием послеоперационной раны перфорированной силиконовой трубкой.[6].

Распространенность острого и хронического парапроктита, особенно среди лиц трудоспособного возраста, а также высокая частота послеоперационных рецидивов заболевания и осложнений, несмотря на применение различных способов улучшения результатов лечения парапроктита, требуют поиска новых, более совершенных методов лечения больных, что делает эту проблему особенно актуальной.

Но эта проблема остается еще нерешенной в современной проктологии.

Литература:

1. Абуладзе Т.В. Применение аллотрансплантата и искусственных трансплантатов при хирургической коррекции прямокишечных свищей. //Актуальные вопросы колопроктологии. / Тез. докл. - Киев.-1989.с.199-201.
2. Аюбян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э.В., Агамалян С.С. АООТ "НИИ проктологии" Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом. Проблемы колопроктологии. Выпуск 18, М. 2002г., стр.24-28
3. Аминев А.М. Пластические операции в проктологии. Куйб. книж. изд-во, 1973. - С. 39-45.
4. Блиничев Н.М., Андрианов А.В. Хирургическое лечение ректовагинального травматического свища. Вест. хирургии. - 1978. - Т. 135, №9. - С. 66-68.
5. Болквандзе Э.Э. Выбор метода хирургического лечения больных острым парапроктитом с экстрасфинктерным гноинным ходом.// Проблемы колопроктологии. - Вып.16.- М.-1998.- С. 484-487.
6. Борсова Ф.З., Комплексное лечение острого парапроктита с применением озона эритроцитарных фармакоцитов. Дис. канд. мед. наук. Астана. 2001год.
7. Васюков С.М. Радикальное хирургическое лечение острого парапроктита: Дис. ... канд. мед. наук. М 1985.
8. Воробьев Г.И., Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.Л. Клиническая классификация и методы лечения больных с острым рецидивирующим парапроктитом с экстрасфинктерным ходом. Хирургия. 1995 -№3, С. 8-11.
9. Дульцев Ю.В., Саламов К.К. Парапроктит. М: Медицина 1981; 208.
10. Жакипбаев К.А., Макишев А.К., Мун Н.В. Особенности диагностики и лечения парапроктита. Проблемы колопроктологии. Вып.16.-М.-1998.с.46-49.
11. Жумадилов Ж.Ш., Первичный шов в хирургии острого парапроктита. Медицинский журнал Казахстана № 3. 2004год, г. Алматы
12. Жумадилов Ж.Ш., III Всемирный Конгресс по клинической патологии и реабилитации. 4-11февраля 2005. Паттая, Таиланд.
13. Жумадилов Ж.Ш., Результаты лечения больных с парапроктитом в общехирургической клинике. Наука и здрав. 2003; 3: 87-89.
14. Ишимов М.С. Хирургическое лечение глубоких форм острого парапроктита с применением аллотрансплантата. Дис. канд. мед. наук - М.- 1990. - 20 с.
15. Каленбаев М.А. Хирургическая тактика при посттравматических свищах прямой кишки. Автореф. дис. канд. мед. наук. Алматы. 2001год.
16. Камаева Д.К., Коплатадзе А.М., Ким С.Д., Болквандзе Э.Э. Лечение больных парапроктитом методом латексной лигатуры. Хирургия 2000 10: 31-34.

17. Коплатадзе А.М., Бондарев Ю.А., Смирнов С.Г. Лечение сложных форм острого парапроктита // Хирургия.- 1992.- №2.- С. 144-151.
18. Крот В. С., Крот С. Я., Лопатин И. Д., Петрушенко В. И., Выбор метода лечения острого парапроктита. ГГКБ 2, г. Гомель, Респ. Беларусь. 2000 год.
19. Лаврешин П.М. К диагностике и лечению острого парапроктита // Вестник хирургии. 1987.- №9.- С. 67-69.
20. Мамакаев М.М., Сопуев А.А., Салибаев О.А., Измерение СПРАВ в диагностике течения раневого процесса. Хирургия, 2000, № 1. С 54-56.
21. Мартынова Т.И., Дульцев Ю.В. Фрейдлина Т.Я. Лечение диоксидом ран промежности и прямой кишки. Всесоюз. симпозиум.- Рязань.-1978.-С. 13-14.
22. Марченко В.К. Лечение свищей прямой кишки, осложненных недостаточностью анального жома. Пробл. проктологии. В.10.М.1999. С24-29.
23. Назаров Л.У. Прямокишечные свищи на почве острого парапроктита. Отдаленные результаты лечения: Дис. канд. мед. наук. - М., 1984.
24. Островский Е.М. Хирургическая тактика при лечении ректовагинальных свищей прямой кишки. Дисс.... кандидата медицинских наук. Алматы 1998.
25. Пархисенко Ю.А., Попов Р.В. Новое в диагностике и лечении острого парапроктита. Проблемы колопроктологии. Вып. 17.- М.-2000.- С. 171-172.
26. Рыжих А.Н., Гельфенбейн Л.С. Лечение некоторых форм недостаточности анального жома. Сб. статей Вып.5.- М, 1970.- С. 129-130.
27. Сахаутдинов В.Г., Тимербулатов В.М. Комплексное лечение больных острым парапроктитом. Метод, рекомендации /МЗ Башк. АССР, Уфа.-1987.- с.67
28. Султанов Г.А. Острый парапроктит. Баку, 1991.
29. Тимербулатов В.М. Оптимизация методов диагностики, комплексного лечения больных острым парапроктитом: Дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 1989.
30. Федоров В.Д., Воробьев Т.Н., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. М1994; 427
31. Шешаберидзе М.С. Новый метод оперативного лечения сложных экстрасфинктерных и некоторых трансфинктерных свищей прямой кишки.// Проблемы колопроктологии./ Вып. 17.- М.-2000.- С.231-237.
32. Corman M.L. Colon and rectal surgery. //Philadelphia. PA. - 1992. - 765 p.
33. Eisenhammer S. Emergency fistulectomy of the acute primary anorectal cryptoglandular abscess/fistula in ano // S.Afr.J. Surg.-1985.-Vol.23.-N.L-P.I-7.
34. Jones N.A.S. The treatment of acute abscesses by incision, curettage and primery suture under antibiotic cover//Br.J. Surg.- 1986. 73:93-95.
35. Lowry A.C., Thorson A.G., Rothenberger D.A., Goldberg S.M. Repair of simple rectovaginal fistulas // Dis. Colon Rect - 1988. - V.41, №5. -P. 331-336.
36. Matapurkar BG; Rehan HSS.J. Hospital, New Delhi. New technique for repair of complex genitourinary rectal fistulae using peritoneum for urethral reconstruction and an interpositional tissue. Indian Journal of Urology. 1997 Sep; 14(1): 36-44.
37. Pichmaier H. Die operativ Behandlung der Anal-fistein. 1984.-N.35.-P.161-166.

Парапроктиттің емінің қазіргі принциптері

Н.Е. Берікханов

Парапроктиттің емінің қазіргі принциптері туралы отандық және шетел әдебиетіне шолу нәтижесі парапроктитті хирургиялық емдеуге көзқарастың әрқилы екенін көрсетті. Операциядан кейінгі рецидивтер мен асқынулардың жоғары жиілігі науқастарды емдеудің жаңа, жетілдірілген тәсілдерін талап етеді. Бұл мәселенің шешімін іздеудің ғылыми және тәжірибелік маңызы зор.

Modern principles in the treatment of paraproctitis

N.E. Berikhanov

Analysis of various literatures of modern methods of treatment of paraproctitis shows an absence of unified opinion for surgical technique and choice of an operative treatment of paraproctitis. The large frequency of post operative recurrence and complications demands a search for a new, more modern methods of treatment for paraproctitis. Further study of this problem allows a huge interest as in science as well as in clinical practice.

УДК 616.379-008.64

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДА ЕРЕСЕК ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ ҚАНТТЫ ДИАБЕТТІҢ 2-ТҮРІ МЕН ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТТІЛІКТІҢ ТАРАЛУЫ

Ж.М. Жуманбаева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Қантты диабет - әлемде кең таралған аурулардың бірі, ол экономикасы дамыған және дамушы елдердің тұрғындарында да кездеседі. IDF мәліметтері бойынша 2009 жылы жер бетінде 285 млн адамға жеткен, науқастардың негізгі бөлімін (90 %) қантты диабеттің 2-түрімен ауыратындар құрайды, болжамдар бойынша егер мұндай өсім сақталатын болса, онда сандық көрсеткіш 2025 жылға қарай 300 миллионнан астам адамға жетеді.

Бұл аурудың таралуы «инфекциялық емес эпидемия» сипатына ие болды, ол қоғамдық денсаулық сақтаудың өмір сүрудің сапасын төмендететін, ерте мүгедектікке әкелетін, асқынулардың көш

сатыларына байланысты жоғары өлімділікке әкелетін маңызды мәселелерінің бірі болып табылады.

Қантты диабет өлімділікте 2-3 есе жоғарлатады, жүректің ишемиялық ауруының және миокард инфарктісінің даму қауіптері 2 есе, бүйрек патологиясының дамуы 17 есе, аяқ гангренасы 20 есе, артералық гипертензияны 3 еседен көп жоғарлатады, соқырлыққа әкелетін себептердің ішінде 1 орында қантты диабет болып табылады. Қантты диабетпен ауыратындардың өлімінің негізгі себептеріне жүрек - қан тамыр және церебро-вазкуляры аурулар, атеросклероз және созылмалы бүйрек жетіспеушілігі жатады. Қантты диабетпен ауыратындардың орташа өмір сүру

ұзақтығы тұрғындардың басқа топтарымен салыстырғанда 6-12 жылға кем болады.

Қантты диабеттің 2-түрінің ерекшеліктерін ескере отырып, бұл ауру ұзақ уақыт бойы байқалмауы мүмкін, болжамдар бойынша аурудың негізгі таралуы тіркелгеніне қарағанда 2-3 есе жоғары. АҚШ-та өткен үшінші ұлттық денсаулық және тамақтануды зерттеу кезінде тұрғындар арасында қантты диабеттің 2-түрінің диагноз қойылмаған жағдайларының таралуының жоғары екендігін көрсетті, орта есеппен алғанда – 2,7 % -ды құрайды, ал 50-59 жастағы еркектер мен әйелдер арасында – 3,3 % және 5,8 % -ды құрайды. Қантты диабеттің 2-түрі ауыр мүгедектік асқынулардың дамуымен, жұмыс істеу қабілетінің толық жойылуымен және ерте өлімге әкелумен сипатталады. Әртүрлі қантты диабетпен ауыратындарда (зерттелушілердің орташа жасы 67) диабеттің асқынуларының таралуын зерттейтін Cost of Diabetes in Europe – Type 2 (CODE-2) мәліметтері бойынша 59% науқастарда асқыну болған, ал зерттелгендердің 23 % - да 2, ал 3 % -да қантты диабеттің 2-түрі бойынша 3 асқыну болған. Жүрек-қан тамыр патологиясы 43 %, церебро-васкулярлы 12 % науқастарда анықталды. Қантты диабеттің 2-түрімен ауыратындарда ауырмайтындарға қарағанда жүрек-қан тамыр патологиясы 3-4 есе жоғары болады. Көптеген дамыған елдерде қантты диабетпен өлімділік көрсеткіші бойынша 3-4 орынды иеленеді, соқырлық және көру өткірлігінің бұзылысының да жетекші себебі болады. Қантты диабеттің екінші түрінің дамуына инсулин секрециясының жетіспеушілігі фонында дамидын инсулинрезистенттілікке әкеледі. Ол генетикалық бейімділігі бар адамдарда пайда болады және үдейді. Инсулинрезистенттілік кезінде глюкозаның инсулин тәуелді тіңдерге (бұлшық ет, май) түсуі төмендейді. Бауырда глюкозаның өндірілуінің жоғарылауы гипергликемияға әкеледі. Соған байланысты В-жасушаларда инсулин өндірілуі жоғарылап, жағдайды қалыпты деңгейде ұстап тұрады. Инсулин-резистенттіліктің айқындалуының жоғарылауы кезінде В-жасушалардың инсулин бөлу қабілеті төмендейді. Бастапқыда бұл постпрандиальды кезеңінде гипергликемияның пайда болуымен көрінеді. Глюкоза толеранттылық бұзылысы ЖИА-ны 2 есе, жүрек-қан тамыр ауруынан болатын өлімді 1,5 есе көбейтетінін эпидемиологиялық зерттеулер көрсетіп тұр. Глюкозаға толеранттылықтың бұзылуы қауіп факторларына тәуелсіз жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының өлім себебі болады. Метаболикалық синдром кезінде жүректің коронарлық ауруы және инсульттің даму қаупі 3 есе жоғары. Сондықтан бұл дерттің алдын алу және емдеудің маңызы зор.

Біздің зерттеудің мақсаты: Семей қаласының ересек тұрғындар арасындағы инсулинрезистенттілікті және қант диабетінің 2-түрінің таралуын зерттеу.

Зерттеу әдістерімен материалдар: Қант диабетінің 2- түрі анық клиникалық симптомдары болмағандықтан және оның диагностикасы науқастар кеш қаралатындықтан қиынға түседі. Аурудың ерте кезеңін анықтау және алдын алу мақсатында қант диабетінің 2-түрін скринингілеу әдісі ойлап табылды. Қантты диабетке скрининг жүргізу осы ауруға қауіп факторлары бар адамдар арасында жүргізілуге негізделген. Қант диабетінің 2-түрін скринингілеу мынадай негізгі топтарда белсенді жүргізілді:

БМСК жағдайында 2370 адамнан аш қарында алынған қанның құрамындағы глюкозаны анықтауға зерттеу жүргізілді. Барлық зерттеу үшін Семей қаласының әр түрлі ЖДА-дан амбулаторлы картасының

нөмірі бойынша адамдар алынды. 4000 адам зерттеуге жолданды, зерттеуге келгені – 60,4%.

Кесте 1 - Респонденттер арасында жас кезеңімен жүргізу нәтижесі бойынша қантты диабеттің таралуы

Тексерілген әйелдер саны	1349 адамды құрады (56,9%), ал ер адамдар – 1021 (43,1%).
18 жастан 30 жасқа дейін	259 адам
31 жастан 40 жасқа дейін	399 адам
41 жастан 50 жасқа дейін	511 адам
51 жастан 60 жасқа дейін	558 адам
61 жастан 70 жасқа дейін	391 адам
70 жастан жоғары	252 адам

Қантты диабет диагнозын қою үшін гликемия деңгейін зертханалық анықтау, яғни аш қарынға таңертең глюкоза деңгейін капилляр қанында 6,1 ммоль/м деңгейінде болуы керек.

Алынған нәтижелер: Семей қаласында біріншілік және жалпы қант диабеті ауруының өсуі қант диабетінің 2-түріне байланысты. Семей қаласында қантты диабеттің таралуы 01.01.2000 ж – 100000 адамға шаққанда 135,5 адам тіркелген. 2009 ж 100000 адамға шаққанда 210 адам тіркелген. Толеранттылық құрылымының бұзылысы бірінші орында – 70 жастан жоғары (25,4%), екінші орындағылар - 61-70 жас аралығындағылар (24,8%).

Жастар арасында толеранттылық бұзылысының жиілеуі назар аудартатын жағдай. Бұл көрсеткіш 31-40 жас аралығындағыларда 16,5%, ал 41-50 жас аралығындағыларда 19,4%-ға жеткен. Толеранттылық бұзылысы анықталған тұрғындар 51-60 жас аралығында 5,2%- ға дейін қант диабетіне жиі шалдығатындығы анықталған. Тұрғындарға скрининг жүргізу – аурды ерте анықтауға, емдеуге және асқынулардың алдын алуға болатындығын көрсетті. Зерттеу қорытындысы глюкозаға толеранттылық бұзылысы ер адамдар арасында біршама жоғары екендігін көрсетеді.

Әдебиеттер:

1. King H., Rewers M WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults // Diabetes Care, 1993, № 16, P.157-177.
2. Park Y.-W., Zhu S., Palamappan L., Heshka S., Carnethon M.R., Heeysfield S.B. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 // Arch Intern Med., 2003, Vol.163, P.427-436.
3. Ruige J.B., Neelmg de J.N.D., Kostense P.J., Bouter L.M., Heine R.J. The performance of an NIDDM screening questionnaire based on symptoms and risk factors // Diabetes Care, 1997, №20, P. 491-496.
4. Harris M.I., Klein R., Welborn T.A., Knuiam M.W. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis // Diabetes Care, 1992, №15, P. 815-819
5. Haffner S.M. Insulin sensitivity in subjects with type 2 diabetes // Diabetes Care, 1999, Vol.22, P.562-568.
6. Davis T.M., Stratton I.M., Fox C.J., Holman R.R., Turner R.C. UK prospective study 22: effect of age at diagnosis on diabetic tissue damage during the first 6 years of NIDDM// Diabetes Care, 1997, №20, P. 371-375
7. Harris M.I., Flegal K.M., Cowie C.C. et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in US adults. The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994 // Diabetes Care, 1998, №21, P.518-524.

9. Балаболкин М.И., Креминская В.М. Эндокринология, Москва: Универсум пубблишинг, 1998, 0.367-470.

10. Аметов А.С. Инсулиннезависимый сахарный диабет — основы патогенеза и Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики. Под ред. И.Н.Денисова. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 720 с.

11. Девятко В.Н., Аканов А. А., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы, Алматы, 2001, 100с.

12. Zimmet P Быстрый рост распространенности сахарного диабета 2 типа и угроза эпидемии этого заболевания в будущем., Медикография, 1999, 21 (№4), С.7-14.

В статье представлены данные о распространенности сахарного диабета в г. Семей. В зависимости от пола респондентов отмечено достоверное превышение частоты нарушений толерантности к глюкозе у лиц мужского пола — 24,4%, а у женщин — только 15,7% ($p < 0,05$) при практически равной частоте сахарного диабета.

Таким образом, проведенный скрининг среди населения показал, высокую частоту выявления инсулинорезистентности и сахарного диабета 2 типа, что позволяет проводить раннюю профилактику выявленных заболеваний и возможных осложнений.

There are data about spreading of Diabetes Mellitus in the Semey state in the article. It's noticed increasing of frequency of disturbed tolerance to glucose depending from the sex of respondents: among males — 24,4 %, among females — 15,7 % ($p < 0,05$), there is equal morbidity by Diabetes Mellitus among them.

Thus, performed skrinning among population has been showed high frequency of revealing of insulindependance and Diabetes Mellitus type 2, allowing to perform early prophylaxis of revealed diseases and possible complications.

УДК 616.441-084

ШКОЛА ГИПОТИРЕОЗА И ЕЕ РОЛЬ В ОБУЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ

А.С. Масадыхов

Региональный онкологический диспансер г.Семей

В современной структуре лечебно-профилактической помощи большую роль играют мероприятия, направленные на организацию участия самих больных в процессе лечения. В рамках этого направления создаются общественные объединения, организации взаимопомощи и школы больных с рядом хронических заболеваний. В условиях стран СНГ доминируют объединения и школы больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, артериальной гипертонией и другими хроническими соматическими заболеваниями [1-3].

Гипотиреозные состояния — фактор риска развития большого числа тяжелых заболеваний, предиктор стойкого снижения качества жизни. Этот вывод может быть сделан на основании анализа большого числа современных исследований [4-6]. Однако до настоящего времени практически не существует направления в их выявлении, профилактике и лечении, учитывающего потенциальную роль самих больных и их родственников.

Недостаточной является и подготовка врачей ПМСП в плане ранней диагностики патологии щитовидной железы, ее лечения и ведения в амбулаторных условиях [7]. Преобладание субклинического гипотиреоза, ранее не считавшегося патогенетически важным состоянием, в структуре нарушений функции щитовидной железы, отсутствие сведений о распространенности, значимости и диагностике его в материалах циклов повышения квалификации для семейных врачей настоятельно требует формирования дополнительных источников информации.

Одним из основных направлений работы по профилактике и лечению злокачественных новообразований щитовидной железы и послеоперационному ведению пролеченных больных сформированной в Региональном онкологическом диспансере г.Семей онкоэндокринологической службы служит деятельность «Школы гипотиреоза», функционирующей под контролем онкоэндокринологической службы.

Были сформулированы критерии и пути подбора контингента для обучения. К числу контингентов отнесены:

1. Больные с тиреоидной патологией, подвергавшиеся хирургическому лечению;

2. Больные с тиреоидной патологией, сопровождающейся нарушениями тиреоидной функции, верифицированной в результате комплексного обследования;

3. Лица с субклиническими формами тиреоидной недостаточности;

4. Лица с высоким риском развития функциональных нарушений щитовидной железы (подвергавшиеся внутреннему облучению за счет инкорпорации изотопов йода, имеющие производственный или непроизводственный контакт с веществами, токсичными для тканей щитовидной железы);

5. Члены семьи больных с нарушениями тиреоидного статуса в случае необходимости их вмешательства;

6. Врачи системы ПМСП и стационаров общего профиля (терапевтических и хирургических).

Пути поступления лиц для осуществления обучения в «Школе гипотиреоза» включают следующие:

— первичное поступление и лечение по месту функционирования Школы (РОД г.Семей);

— направление другого ЛПУ;

— самоявка;

— активное выявление лиц с нарушениями тиреоидного статуса в популяции, проводимое силами онкоэндокринологической службы либо другими ЛПУ;

— приглашение членов семьи больных с тиреоидной патологией;

— направление со стороны ЛПУ, органов руководства здравоохранения или самоявка врачей ПМСП или врачей других специальностей, нуждающихся в повышении знаний в области тиреоидной патологии, ее выявления, лечения и профилактики.

«Школа гипотиреоза» в качестве цикла добровольных бесплатных лекций и практических занятий при поликлинике Регионального онкологического диспансера функционирует со второй половины 2007 г.

За время работы «Школы гипотиреоза» в ней прошли обучение более 1000 больных и их родственников, причем осуществлялась поддержка не только пациентов, прошедших лечение в РОД г.Семей со злокачественными новообразованиями щитовидной железы, но

и больных, имеющих первичные формы гипотиреоза, оперированных в других клиниках города Семей и в других регионах, по поводу патологии щитовидной железы различной природы.

Анализ результатов функционирования Школы в отношении объема и эффективности обучения больных

проведен в отношении данных 837 пациентов, прошедших соответствующее обучение в 2007-2009 гг.

Полученные данные численного распределения представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Число и структура лиц, прошедших обучение в «Школе гипотиреоза» в динамике за 2007-2009 гг.

Категория обследованных	2007 г. (2-я половина)	2008 г.	2009 г.
Больные, оперированные по поводу рака щитовидной железы	32*	88*	135*
Больные, оперированные по поводу доброкачественных образований щитовидной железы	17*	115*	160*
Больные с другими формами тиреоидной патологии	9	73	208
Всего	58	276	503
Примечание - * - учитывая больных, оперированных в предшествующие сроку обучения годы			

В динамике было выявлено значительное увеличение числа лиц, которые проходили обучение в «Школе гипотиреоза». Если за второе полугодие 2007 г. общее число обученных и консультированных лиц составило 58, то уже за 2008 г. – 276, а в 2009 г. – 503, т.е., средняя динамика к росту показателя числа больных по времени превысила двукратную в пересчете на год.

Несмотря на строгую добровольность выполнения рекомендаций «Школы гипотиреоза», отмечалось явное превышение относительного числа больных, которые прошли обучение, в плане динамического контроля тиреоидного статуса (таблица 2).

Таблица 2 - Частота определения тиреоидного статуса и МПКТ у лиц с гипотиреозом, прошедших обучение в ШГТ и прочих, находившихся под наблюдением

Показатель	Группа			
	прошедшие обучение в ШГТ, n=837		прочие больные, n=1125	
	абс.	% охвата	абс.	% охвата
Число исследований Т4 (в пересчете на 1 год)	3,7	95,5	2,6	77,8
Число исследований ТТГ (в пересчете на 1 год)	3,5	94,1	2,0	75,1
Число исследований МПКТ (в пересчете на 1 год)	0,6	47,1	0,3	27,4

После проведения обучения в ШГТ было зарегистрировано увеличение числа исследований тиреоидного статуса и минеральной плотности костной ткани как признаков наиболее частых осложнений тиреоидной патологии. В среднем по каждому из параметров превышение процента охвата в исследованных группах достигало 20%. Следует учитывать, что численность 20%-ной группы больных с гипотиреозом в рамках г.Семей, учитывая данные популяционного исследования тиреоидного статуса, может достигать человек.

Более значительной в группе больных, прошедших обучение в ШГТ, была частота исследований показателей тиреоидного статуса и МПКТ (от 16% до 40% относительно группы сравнения).

Таким образом, проведение занятий в «школе гипотиреоза» способствует более адекватному выполнению диагностических процедур в ходе динамического наблюдения за больными с тиреоидной патологией.

Результаты лечения данных больных в амбулаторных условиях представлены на рисунке 1.

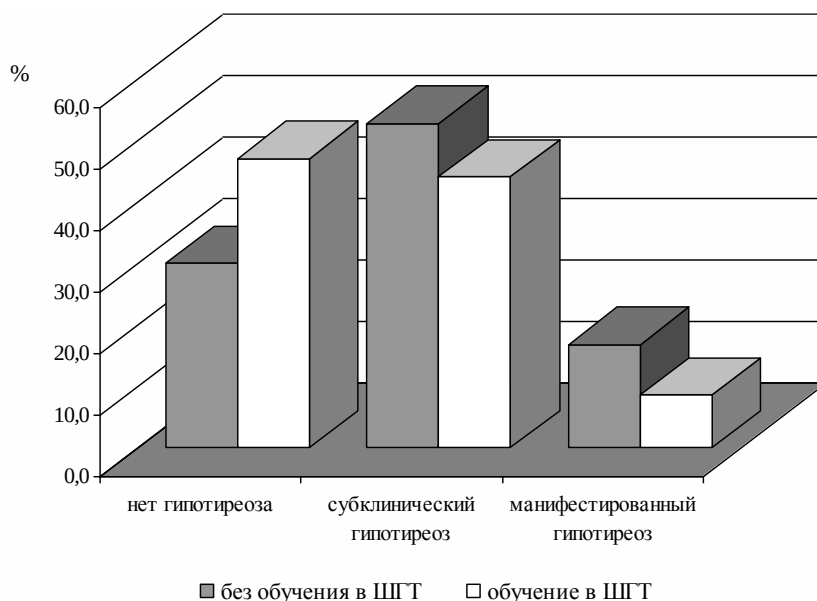


Рисунок 1 - Частота клинически манифестированного и субклинического гипотиреоза в зависимости от обучения в ШГТ

Результаты соответствующего анализа продемонстрировали, что отсутствие гипотиреоза в группе обучения в ШГТ было зарегистрировано почти в половине случаев (47,2%), в то время как без обучения – только в 30,2% ($p<0,05$). Соответственно снижалась после прохождения обучения частота субклинического и тем более – клинически манифестированного гипотиреоза (с

52,9% до 44,2% и 16,9% до 8,6% соответственно, $p<0,05$ в обоих случаях).

Результаты сравнительного анализа качества жизни в группах обследованных больных (106 – в контингенте без обучения в ШГТ и 292 – после такового) представлены на рисунке 2.

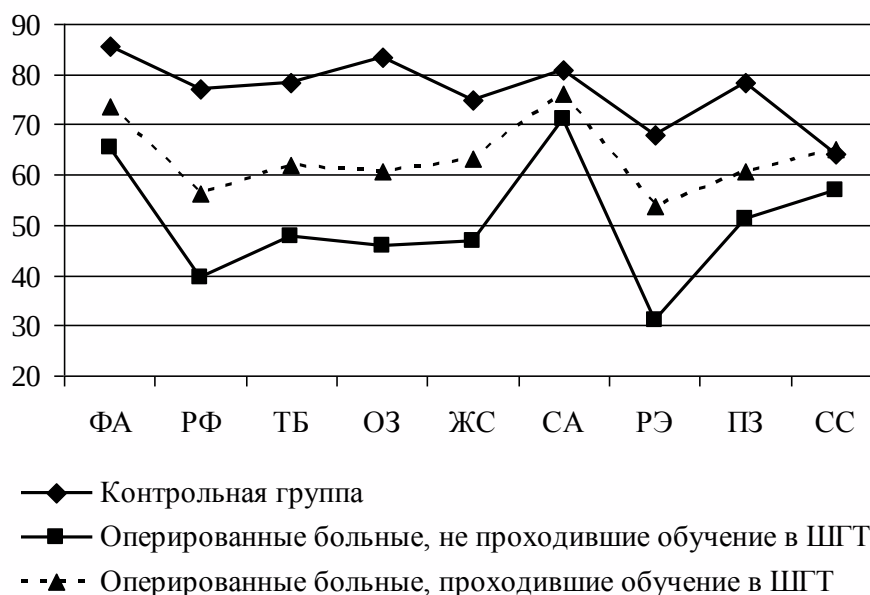


Рисунок 2 - Результаты анализа качества жизни у больных, оперированных на щитовидной железе, в зависимости от обучения в ШГТ

Из представленных данных видно, что уровень качества жизни у больных, проходивших обучение в Школе, хотя по большинству шкал методики SF-36 и не достигал средних величин контрольной группы. Достоверные различия с группой сравнения в сторону повышения были выявлены по шкалам РФ, ОЗ, ЖС и СС ($p<0,05$), а также РЭ ($p<0,01$).

Таким образом, в целом по всем проанализированным объективным параметрам проведение обучения больных в «Школе гипотиреоза» способствовало формированию улучшения – как в отношении тиреоидного статуса, так и качества жизни.

Относительно небольшой временной промежуток функционирования Школы не позволил нам получить достоверных данных по частоте развития осложнений гипотиреоза.

Для объективизации деятельности Школы гипотиреоза в плане повышения квалификации медицинских работников нами был проведен анализ показателей обучения на ее базе врачей и среднего медицинского персонала по количественным и качественным показателям.

Полученные данные представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3 - Количество врачей и средних медицинских работников, прошедших обучение в Школе гипотиреоза по вопросам его диагностики и лечения

Профиль деятельности	Врачи		Средние медработники	
	абс.	%	абс.	%
ПМСП	27	61,4	16	66,7
Стационарная помощь	14	31,8	8	33,3
Другие	3	6,8	0,0	0,0
Всего	44	100,0	24	100,0

Таблица 4 - Результаты анализа отношения врачей и средних медицинских работников к качеству обучения в Школе гипотиреоза

Результат обучения	Категория медработников			
	врач, n=44		средний медработник, n=24	
	абс.	%	абс.	%
Значительное повышение знаний и практических навыков	15	34,1	13	54,2
Повышение знаний и практических навыков	23	52,3	7	29,2
Повышение знаний, но не практических навыков	2	4,5	3	12,5
Повышение практических навыков, но не знаний	3	6,8	1	4,2
Нет повышения знаний и практических навыков	1	2,3	-	-

Всего за время функционирования Школы гипотиреоза нами было проведено в инициативном порядке повышение квалификации у 68 врачей и медицинских

сестер, непосредственно работающих с пациентами с высоким риском развития онкологических заболеваний

органов эндокринной системы или с большими эндокринологическим профилем.

В том числе 61,4% врачей и 66,7% средних медицинских работников относились к системе ПМСП, большинство остальных – к системе стационарной медицинской помощи.

По завершению курса обучения нами была проведена оценка отношения данных медицинских работников к степени полезности проведенного курса по 2 основным градациям – знаний и практических навыков.

Среди врачей более чем в половине случаев сложилось мнение, что проведение обучения способствовало повышению как знаний, так и практических навыков по обслуживанию больных с патологией эндокринной системы и выявлению ранних признаков злокачественных новообразований.

Еще в 1/3 случаев респонденты указали на то, что повышение их знаний и практических навыков было значительным.

Только в 11,3% случаев было указано на неполную эффективность проведенного курса обучения – в отношении отсутствия повышения знаний или практических навыков, и только в 2,3% (1 респондент) – об отсутствии полезности.

Среди средних медицинских работников на значительное повышение их знаний и практических навыков указали более 50% респондентов.

В 16,7% случаев средние медработники сочли проведенное обучение малоэффективным, чаще по причине недостаточного улучшения практических навыков.

Таким образом, проведенный анализ отношения медицинских работников к качеству подготовки на инициативных курсах при Школе гипотиреоза позволяет считать его удовлетворительным.

В целом данные, характеризующие результаты хотя и непродолжительного, но достаточно объемного определения результатов функционирования «Школы гипотиреоза», свидетельствуют о значительной эффективности применения данного подхода в отношении помощи больным с нарушениями тиреоидного статуса. Не менее значительными оказались функциональные результаты обучения врачей и средних медицинских работников.

Литература:

1. Бельтюков Е.К. Локальная программа помощи больным бронхиальной астмой: организационные, эпидемиологические и фармакоэкономические аспекты : пособие для врачей и организаторов здравоохранения. – М., 2003. – 37 с.
2. Холодова Е.А., Мохорт Т.В., Скрипленок Т.Н. Библиотека школы сахарного диабета. – М.: Novo Nordisk, 2009. – 153 с.
3. Касаткина Э.П., Сичинава И.Г. Профилактика поздних осложнений сахарного диабета у детей и подростков. Пути оптимизации диспансерной службы // Сахарный диабет. – 1999. - №2(3).
4. Болезни щитовидной железы / Под ред. Л.И.Бравермана. - М., Медицина, 419 с.
5. Анциферов М.Б., Свириденко Н.Ю., Синдром гипотиреоза: диагностика и лечение. Методические рекомендации. Москва, НПЦ ЭМП. 2005.
6. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. Москва, «РКИ Соверо пресс», 2002.
7. Трошина Е.А., Мазурина Н.В., Галкина Н.В. Роль терапевта поликлиники в выявлении и лечении диффузного эутиреоидного зоба // Терапевтический архив. - 2009. - Том 81, N 1. - С. 47-48.

УДК 616.379-008.64

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚАНТТЫ ДИАБЕТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ КЕЗЕҢ БОЙЫНША ТАЛДАУ (2000-2009 жж)

Ж.М. Жуманбаева, М.Ж. Еспенбетова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Қантты диабеттің екінші түрі әлеуметтік ауру, оның асқынуы мен өршуі денсаулық сақтау саласында және жалпы қоғамда үлкен маңызға ие. Оның дамуы тұқым қуалаушылыққа, өмір салтына, тамақтану тәртібі және иммундық дисфункция сияқты жағымсыз факторларға байланысты [9]. Зерттеу нәтижелеріне сүйенсек, кейінгілері қолайсыз экологиялық жағдайы бар аймақтарда пайда болады. Қазақстан Республикасында ондай аймақтарға Семей өңірі және Семей қаласы жатады.

Қантты диабеттің екінші түрінің папуляцияда таралуын, олардың жағдайын бақылау қажеттілігін, емдік шараларды ұйымдастыру және асқынулардың екіншілік алдын алу сияқты мәселелерді шешуде біріншілік медициналық-санитарлық көмек (БМСК) маңызды орын алады.

БМСК жүйесі дамыған елдерде алынған нәтижелер көрсеткендей, қантты диабеттің 2-түрінің негізгі мәселелерін, оның ішінде: қауіп топтарын реттеу; ауруды ерте анықтау; қан құрамындағы қант мөлшерін бақылау; тамырлық асқынулардың екіншілік алдын алуын клиникалық сектор емес, медициналық көмектің дәл осы жүйесі шешеді.

Қазіргі уақытта біздің еліміздегі БМСК жүйесі қантты диабеттің 2-түрін уақытында анықтауды, тұрақты емдеуді және науқастарды жүргізудің қажетті деңгейіне жете

қойған жоқ. Сонымен қатар заманға сай жағдайда популяциялық скрининг жүргізудің айқын алгоритмдері жоқ. Осы уақытқа дейін Семей өңірінде науқастардың құрылымы және тұрғындардың репрезентативті топтарындағы факторлар анықталған жоқ.

20-60% қантты диабетпен ауыратындар аурудың кеш кезеңдерінде анықталады немесе мүлдем анықталмайды, қантты диабетпен ауыратындарды ерте кезеңінде анықтау үшін тұрғындардың жүйелік скринингін өткізу қоғамдық денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып табылады [8,9]. Глюкозаға толеранттылықты анықтау үшін көпшілікті тестілеуді ұйымдастыру қиындықтарына және материалдық шығындарға байланысты қиындық тудырады, сондықтан скринингтің неғұрлым қол жетімдісін және әсерлісін іздеу қантты диабетпен ауыруы мүмкін деген адамдардан алынуы керек. Ересектердегі қантты диабеттің 2-түрімен анықталған науқастармен анықталмағандардың таралымы бірдей деуге болады.

Жұмыс мақсаты: Семей қаласында қантты диабетпен аурушандықты 10 жыл ішінде 2000 жылдан 2009 жылға дейінгі аралықта зерттеу болып табылады.

Зерттеу әдістері: Қант диабетімен ауыратын науқастарға медициналық көмекті жаңа ұйымдастыру технологиялармен жүзеге асыруды іздеу қоғамдық денсаулық сақтаудың басты мәселелерінің бірі.

Осыған байланысты біз Семей қаласында қант диабетімен ауыратындарға амбулаторлы-емханалық және стационарлық көмектің көлемі мен құрылымының тереңдетілген талдауы мен деңгейін бағалауды жүргіздік.

Нәтижелері және оларды талдау:

Қазіргі таңда Семей қаласында қантты диабетпен ауыратын 5221 адам тіркелген[7]. Соңғы 10 жыл ішінде диабетпен ауыратындар саны екі есе өсті. 2000 жылы қантты диабеттің таралуы 100000 адамға шаққанда 135,5 адам, ал 2009 жылы 100000 адамға шаққанда 210,0 адамға сәйкес келді [1,2,3,4,5,6,7]. Зерттеу көрсеткішінің жалпы тенденциясы қантты диабеттің жоғарлауына бағытталады. Тұрғындар арасында скринингтік шараларды жүргізудің арқасында сырқаттанушылықтың ең жоғарғы көрсеткіші 2003 жыл болғандығы анықталды.

Кесте - Семей қаласындағы қантты диабетпен аурушандықты талдаудың нәтижелері (2000-2009 жж) - 100000 тұрғынға

Р/н	Жылдар	Қантты диабетпен ауыратындар	Олардың ішінде ересектері
1	2000	101.5	135.5
2	2001	108.4	155.5
3	2002	149.3	211.4
4	2003	180.9	261.4
5	2004	86.3	118.8
6	2005	108.7	152.7
7	2006	116.2	164.7
8	2007	113.3	157.3
9	2008	120.5	180.7
10	2009	130.8	210.0

Келтірілген 1 кестедегі мәліметтер, қантты диабеттің ересектер арасында жоғарлауын көрсетеді. Қантты диабеттің 2-түрінің өсуі өмір сүру салтының өзгеруіне, гиподинамияға, механикалық өңдіріспен жұмыс жүргізуге, сондай-ақ тамақтану дәстүрінің өзгеруіне және етті тамақты көмірсулы тамаққа ауыстыруға байланысты.

Қантты диабеттің 2-түрімен аурушандық экологиялық қолайсыз аудандарда жоғары және өсу тенденциясына бейім болып келеді. Қантты диабеттің диагностикасы үшін арнайы шараларды жүргізу ауруды ерте анықтауға, уақытында емдеуге және асқынудың жиілігін төмендетуге көмектеседі.

В статье представлены данные о распространенности сахарного диабета в г. Семей в период с 2000 по 2009 год. Показано, что в сравнении с 2000 г. в 2009 г., наблюдается рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа. Проведенные результаты свидетельствуют о необходимости проведения скрининга среди населения для более раннего выявления сахарного диабета и профилактики осложнений диабета.

There are data about spreading of Diabetes Mellitus in the Semey state from 2000 since 2009 yaers in the article. It is noticed, that in comparing of 2000 year there is rising of morbidity by Diabetes Mellitus type 2 in 2009 year. These results are evidence of necessity of skinning among population for earlier revealing of Diabetes Mellitus and prophylaxis of it's complications.

Қорытынды:

1. Семей аймағында соңғы 10 жылда қант диабетінің 2-түрінің есебінен аурушандық екі есеге көбейген.
2. Қантты диабетпен күресу үшін алдын алу шаралары: ауруды ерте анықтау, бейімділігі бар адамдарды тексеру және асқынудың алдын алуға бағытталған.

Әдебиеттер:

1. Статистические данные о деятельности лечебно-профилактических учреждений восточно-казахстанской области в 2000-2001 год. г.Усть-каменогорск, 2002,23с.
2. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2001-2002 годах» г.Усть-каменогорск, 2003,34с.
3. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2002-2003 годах» г.Усть-каменогорск, 2004,35с.
4. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2003-2004 годах» г.Усть-каменогорск, 2005,37с.
5. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2004-2005 годах» г.Усть-каменогорск, 2006,35с.
6. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2005-2006 годах» г.Усть-каменогорск, 2007,33с.
7. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно-Казахстанской области в 2006-2007 годах» г.Усть-каменогорск, 2008,47с.
8. Шестакова М.В. Диабет у пожилых: знание особенностей - ключ к адекватному управлению // Сб. тезисов IV Всероссийского конгресса эндокринологов: Диабетология 21-го века: научные исследования как основа клинической практики, Санкт-Петербург, 2001, С. 7 - 8.
9. Балаболкин М.И., Кремская В.М. Эндокринология, Москва: Универсум паблишинг, 1998,0.367-470.
10. Rosen P., Nawroth P.P., King G. et al. Diabetes Metab. Res/ Rev., 2001, 17. P. 189-212.

УДК 616-07+005.591.6

ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РГП «ННМЦ»

Ж.Ш. Нуразханова, Е.А. Кадырова

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

Для достижения максимально полной удовлетворенности требований и ожиданий пациентов в РГП «ННМЦ» уделяется большое внимание внедрению новых высоких медицинских технологий и постоянному повышению профессионализма персонала.

Внедрение новых высоких медицинских технологий осуществляется на основе изучения передового опыта медицины на мировом и внутреннем рынке, а также на основе изучения требований и ожиданий потребителей. Подход внедрен с целью улучшения в рамках СМК и

включает в себя систематические посещения международных выставок, участие в международных конференциях, симпозиумах, конгрессах; обмен опытом с ведущими клиниками ближнего и дальнего зарубежья.

В Политике в области качества РГП «ННМЦ» определены цели по обеспечению качества медицинских услуг, в том числе:

- обеспечение высокого уровня качества медицинской помощи,
- применение и использование инновационных медицинских технологий,
- сокращение сроков лечения.



Рисунок 1.

Подход к определению требований к новым услугам основан на анализе 1) данных маркетинговых исследований внутреннего и внешнего рынка; 2) установление настоящих и будущих потребностей и ожиданий потребителей; 3) технико-экономическом обосновании.

Для внедрения в практическую деятельность РГП «ННМЦ» новых технологий, методик и нового оборудования используются технологии и оборудование, прошедшие сертификацию и разрешенные к использованию на территории Республики Казахстан.

В процессе планирования внедрения устанавливаются:

- анализ, проверка и утверждение качества новых технологий;
- этапы внедрения новых технологий;
- ресурсы;
- обучение персонала;

- ответственность и полномочия при внедрении новых технологий.

Результатом планирования внедрения новых технологий являются программы и планы применения инновационных методик в структурных подразделениях. Новые технологии делятся на два блока – новые технологии с внедрением нового оборудования и новые решения с использованием имеющихся материально-технической базы.

Входные данные внедрения новых технологий определяются и оформляются документально на основании заявок руководителей структурных подразделений, решений Ученого и Координационного Совета.

Выходные данные внедрения новых технологий представляются в форме, обеспечивающей возможность проведения проверки на соответствие входным данным, регламентированного СТ ННМЦ СМК МИ 10.01.11.01.

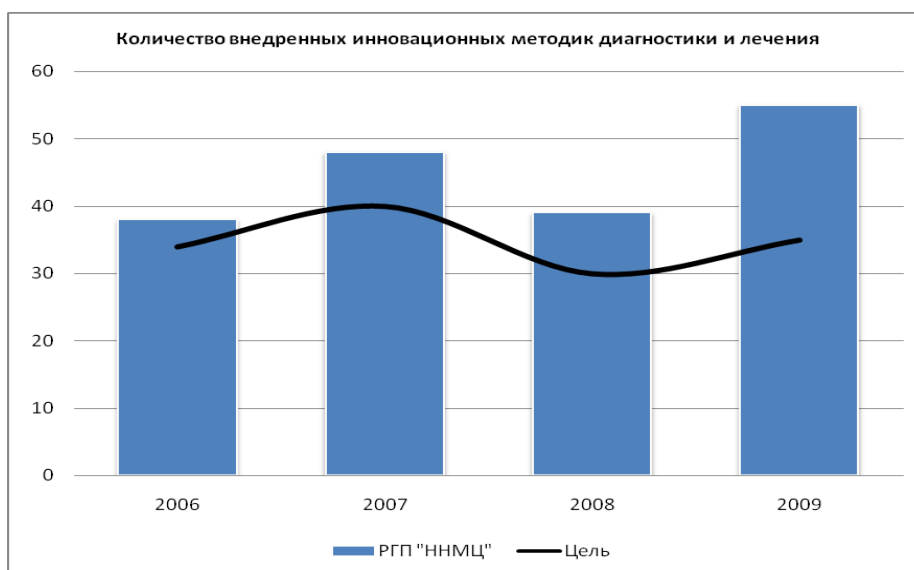


Рисунок 2.

Внедрение инновационных технологий проводится последовательно и поэтапно:

- изучение по литературным данным и другим каналам информационного обеспечения инновационной методики;
- обоснование эффективности, преимущества применения инновационного метода и цели с вынесением на обсуждение Экспертного совета;
- определение ответственности и полномочий при внедрении инновационной технологии;
- организация поездки группы специалистов для изучения, анализа, проверки и утверждения качества новой технологии с подготовкой отчета для руководства;
- планирование этапов внедрения, ресурсов и обучение персонала;
- подготовка помещения, доставка и установка оборудования;
- разработка методической (МИ) и рабочей инструкции (РИ) по применению данной методики с рассмотрением на Экспертном совете и утверждением на Ученом совете;
- внедрение приказом директора вышеуказанных стандартов ННМЦ по инновационной методике и рассылка в соответствующие отделы;
- актуализация стандартов – протоколов диагностики и лечения, включающих данную инновационную методику диагностики и лечения и представление на утверждение в МЗ РК;
- разработка плана внедрения (пилотное внедрение- анализ- представление результатов валидации - системное внедрение – анализ результатов - сравнение и улучшение;
- определение стоимости введенной услуги; анализ и отчет о внедрении на Ученом совете, составление акта внедрения.

После внедрения новой технологии с установкой нового оборудования, ранее не применявшегося в клинике, устанавливается финансовый план. Отчет по выполнению финансового плана предоставляется на заседаниях Координационного совета через 3 месяца, а затем каждые полгода, до выхода нового оборудования на нулевой уровень рентабельности. В ежегодном анализе по новым технологиям предоставляется информация, наряду с количественными плановыми показателями, о финансовых показателях работы кабинета (отдела) – по выполнению финансового плана и показателю рентабельности, в котором была внедрена данная новая технология, рекомендации по дальнейшему применению и предложения об изменении стоимости введенной услуги.

Через год после внедрения необходимо измерение результативности и эффективности инновационной методики и представление аналитического отчета на КС.

Менеджмент внедрения инновационных технологий впервые применяется в РГП «ННМЦ» с 2009 г. с момента принятия решения руководством об использовании HIFU терапии для лечения доброкачественных новообразований.

Нами проведен анализ внедренных инновационных методик диагностики и лечения, по актуализации технологии либо менеджменту. (Диаграммы 2, 3). Количество внедряемых инновационных методик имеет тенденцию к росту. По количеству внедряемых методик лидирующие позиции занимают ДКХО (детский кардиохирургический), ОАРИТ (отдел общей анестезиологии и реанимации, интенсивной терапии), хирургический отделы. В этих же отделах большую часть внедряемых методик составляют инновации по лечению; в клиничко-диагностической лаборатории и отделе лучевой диагностики – внедрялись в основном диагностические методики.

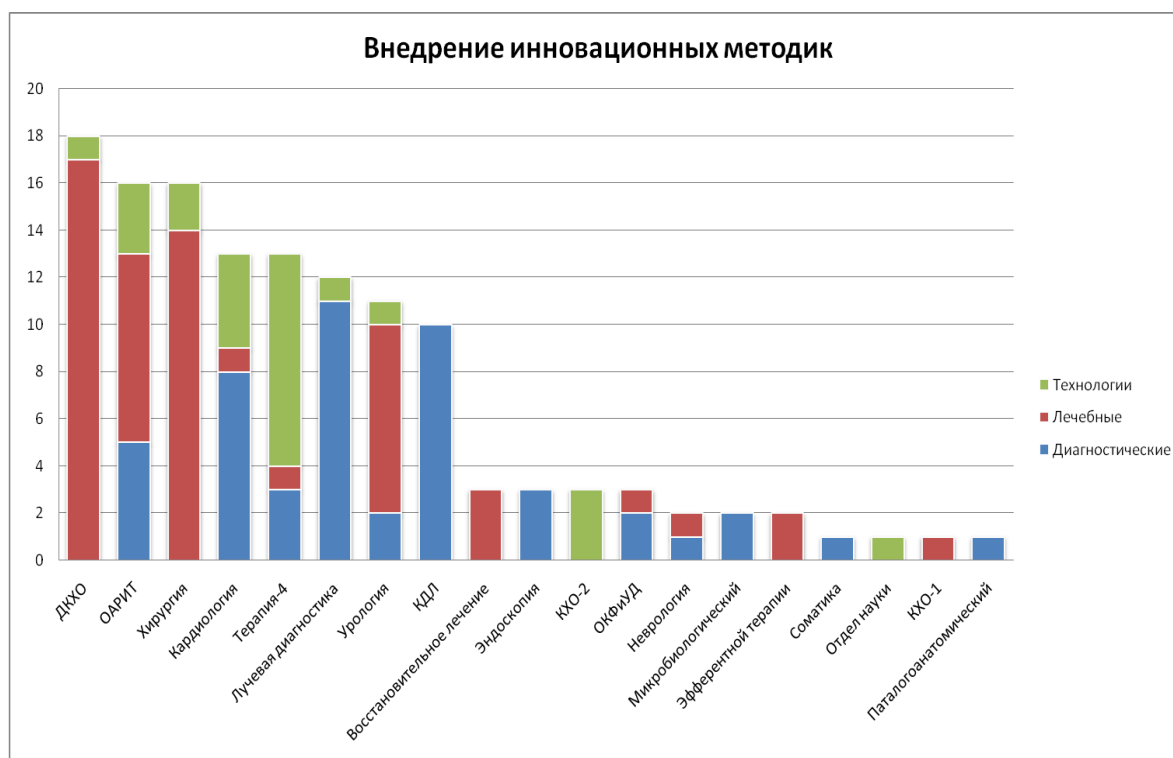


Рисунок 3.

В рис. 1 представлено количество пациентов, пролеченных с применением инновационных технологий. Их число соответствует числу госпитализированных пациентов по научно-техническим программам, целенаправленно отобранном для лечения по показаниям. Количество внедренных инновационных методик соответствует целевым показателям. И имеет тенденцию к повышению в 2009 году. Результаты применения тех или иных инновационных методик отражены в научных трудах ученых ННМЦ. В рис. 3 отражен удельный вес инноваций по видам (диагностические, лечебные и по технологиям) внедренных структурными подразделениями. По внедренным лечебным инновационным методикам лидируют детский кардиохирургический, хирургический и урологический отделы, а по диагностическим методикам - отдел лучевой диагностики и клинично-диагностическая лаборатория.

Выводы:

1. Предварительно проведенные маркетинговые исследования позволяют планировать внедрение инновационных технологий.

2. Обоснованный системный подход по внедрению инновационных технологий способствует ресурсосбережению и эффективности использования бюджетных средств.

3. Измерение и анализ результативности, эффективности внедренных инновационных технологий расширяют возможности использования их, повышают степень удовлетворенности пациентов и их лояльность к центру.

Литература:

1. Тито Конти, Есио Конти, Грегори Ватсон. Роль качества в обеспечении конкурентоспособности и устойчивого развития. Практический менеджмент, Москва 2005г. Стр 265-277.

2. Роберт Каплан, Дэвид Нортон Сбалансированная система показателей. ЗАО «Олимп-бизнес», Москва, 2006г. стр 9-10, 94-97

3. Материалы международного мастер класса по стратегии качества и креативных идей для эффективно-го менеджмента Грегори Х. Ватсон, 20-21 октября, 2009 года, Алматы, Казахстан.

4. Методические подходы к внедрению СМК на основе международных стандартов ИСО серии 9000 в медицинских организациях. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Астана 2008г.

5. Обоснование и разработка методов оценки внедрения инновационных медицинских технологий. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Астана 2009.

УДК 614.2-576.3.08+618.19-006-07

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Т.А. Адылханов, А.А. Жакипова

Государственный медицинский университет г.Семей

Актуальность. В последнее десятилетие для диагностики различных заболеваний молочной железы широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ) [2, 3]. Для улучшения качества забора материала ряд авторов рекомендуют проводить ТАБ под контролем УЗИ [4].

Проведение ТАБ под контролем ультразвука значительно улучшает состав и объем клеточного субстрата в пунктате, снижает вероятность аспирации крови и кистозной жидкости, повышая диагностическую информативность исследования. Проведение ТАБ под контролем ультразвука приводит к снижению числа неинформативных пункционных исследований и повышает информативность цитологического исследования, что является более экономичным, чем многократное проведение пункции без контроля ультразвуком [1].

Цель исследования провести сравнительный анализ информативности цитологических исследований материала молочной железы, полученного при тонкоигльной пункционной биопсии в зависимости от наличия УЗИ-контроля.

Материалы и методы.

Материалом исследования были пунктаты молочной железы 693 пациенток, обследованных в маммографическом скрининге на базе Восточно-Казахстанского онкологического диспансера. Материал получен путем тонкоигльной пункционной биопсии (ТПБ). У 50 пациенток исследование проводилось под контролем УЗИ (1-ая группа), 643 из них ТПБ проводилась без контроля УЗИ (2-ая группа). Цитологический материал был окрашен по методу Романовского-Гимзы.

Результаты и их обсуждение. В 1-ой группе исследования в материале, полученном под контролем УЗИ при цитологически верифицированном раке молочной железы (таблица 1), доля некачественных мазков составила 30,5% (28 слайдов). Удельный вес неинформативного материала при подозрении на злокачественный процесс была меньше на 9,7% и составила 20,8%. При этом было изучено 20 стеклопрепаратов, не имеющих диагностической ценности и не позволяющих сделать цитологическое заключение. Доля «пустых» цитогрaмм (16) при пролиферативных процессах составила 28,6%. При кистозных образованиях показатели частоты встречаемости неинформативных стеклопрепаратов (20) были наиболее высокими составив 35,7%. У 10% (5) пациенток данной группы при повторных многократных исследованиях 44 стеклопрепаратов цитологический диагноз не был установлен.

Во 2-ой группе исследования у пациенток, цитологический материал молочной железы, которых был получен при ТПБ без контроля УЗИ, количество стеклопрепаратов (таблица 2) было почти на одном уровне при раке молочной железы-39,9%, пролиферативных процессах -38,3% и кистозных образованиях - 40%. При раке молочной железы число безрезультатных мазков составило 364. Число неадекватных стеклопрепаратов у лиц, получивших заключение о наличии пролиферативных процессов составило - 504. Количество стеклопрепаратов не имеющих диагностической ценности при кистозных образованиях составило 376. При подозрении на злокачественное новообразование число неадекватных мазков составило 26,5% (156).

Таблица 1 - Количественная характеристика информативности стеклопрепаратов (1-ая группа)

Нозология	Количество стеклопрепаратов				Всего (n=344)	
	неинформативных (n=128)		информативных (n=216)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рак МЖ	28	30,5	64	69,5	92	100
Подозрение на злокачественный процесс	20	20,8	76	79,2	96	100
Пролиферативные процессы	16	28,6	40	71,4	56	100
Кистозные образования	20	35,7	36	64,3	56	100
Неинформативный материал	44	100	-	-	44	100

Таблица 2 - Количественная характеристика информативности стеклопрепаратов (2-ая группа)

Нозология	Количество стеклопрепаратов				Всего (n=4932)	
	неинформативных (n=2576)		информативных (n=2356)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Рак МЖ	364	39,9	548	60,1	912	100
Подозрение на злокачественный процесс	156	26,5	432	73,5	588	100
Пролиферативные процессы	504	38,3	812	61,7	1316	100
Кистозные образования	376	40,0	564	60,0	940	100
Неинформативный материал	1176	100	-	-	1176	100

В 1-ой и во 2-ой группах независимо от использования УЗИ-контроля при ТПБ более низкая информативность материала отмечалась при кистозных заболеваниях в сравнении с показателями информативности при других патологиях молочной железы. Однако, в целом при применении УЗИ во время ТПБ частота выявляемости «пустых» мазков была ниже, чем у пациенток, пунктаты которых получены без контроля УЗИ. У пациенток с ТПБ под УЗИ частота встречаемости пациенток с многократными безуспешными исследованиями была в два раза ниже, чем при отсутствии УЗИ контроля. У 128 (19,9%) пациенток 2-ой группы исследования повторные биопсии оказались безрезультатными и, цитологический диагноз не был установлен, на их исследования затрачено 1176 стеклопрепаратов. У пациенток 1-ой

группы доля неинформативного материала составила 10% (5) случаев, на их исследование было затрачено 44 стеклопрепарата.

При сравнении информативности стеклопрепаратов обеих групп было выявлено следующее (таблица 3). В 1-ой группе, обследованных под контролем УЗИ, было выше количество информативных стеклопрепаратов при раке молочной железы ($p > 0,5$) на 9,4% в сравнении со 2-ой группой, обследованных без контроля УЗИ. Количество стеклопрепаратов при подозрении на злокачественный процесс также преобладало на 5,7% в 1-ой группе ($p > 0,5$) исследования. Число исследованных препаратов при пролиферативных процессах в 1-ой группе на 9,7% ($p > 0,5$) было больше в сравнении с показателями 2-ой группы.

Таблица 3 - Сравнение информативности стеклопрепаратов обеих групп

Нозология	Количество информативных стеклопрепаратов				p
	1-ая группа		2-ая группа		
	Абс.	%	Абс.	%	
Рак МЖ	64	69,5	548	60,1	>0,5
Подозрение на злокачественный процесс	76	79,2	432	73,5	>0,5
Пролиферативные процессы	40	71,4	812	61,7	>0,5
Кистозные образования	36	64,3	564	60,0	>0,5

Частота встречаемости случаев с неустановленным цитологическим диагнозом в группе без контроля УЗИ при тонкоигольной пункционной биопсии почти в 2 раза превышает показатели группы под контролем УЗИ ($p < 0,05$).

Таким образом, исследование показало, что информативность цитологического материала зависит от наличия УЗИ-контроля при тонкоигольной пункционной биопсии.

Литература:

1. Малыгина Т.В. Возможности тонкоигольной аспирационной биопсии молочной железы в постановке

диагноза // Вестник СамГУ — Естественнонаучная серия. 2006. №4(44). С. - 209

2. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике // Под ред. Митькова В. В. – М., 1996, – Т.2.

3. Трофимова Е. Ю. Ультразвуковая диагностика рака молочной железы.

4. Chuo C.B., Corder A.P. Core biopsy with fine needle aspiration cytology in asymptomatic breast clinic // Europ. J. Surg. Oncol.-2003.-Vol. 29.-P 374- 378.

Informiveness cytological glass-preparates depends on the availability of ultrasound during fine-needle puncture biopsy. Upon receipt of the punctate number of informative glass-preparates, breast cancer was higher by 9,4% in the first group compared with the second group ($p > 0,5$). examined without ultrasound, for suspected malignancy were higher at 5,7% in the first group ($p > 0,5$); with proliferative processes was higher at 9,7% in the first group ($p > 0,5$). Quantity of patients with an uninformative material in 2-th group of the research was more than in 1-st group ($p < 0,05$).

Цитологиялық препараттардың ақпараттылығы, жіңішке ителік пункциялық биопсиясы кезіндегі УДЗ бақылауына байланысты. Ақпараттық препараттардың қорытындысы бойынша УДЗ бақылауынсыз негізделген, сүт безі рагі кезінде 9,4% 1-топта жоғары болуы, ($p > 0,5$) 2-ші топпен салыстырғанда, қатерлі ісік үрдісіне күмәнданғанда 1 –топта 5,7% ($p > 0,5$) жоғары, пролиферативті үрдісте 1 –топта 9,7% ($p > 0,5$) жоғары болған. 1-ші тексерілуші топтан ($p < 0,05$) қарағанда, 2-ші топта цитологиялық материалдармен ақпараттандырылмаған пациенттер саны 2-есе көп.

УДК 616.6+615.322

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ ЛОПУХА, КРАПИВЫ И ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ХРОМОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Г.М. Изтлеуова

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г.Актобе**

Актуальность. Среди многочисленных токсических элементов и соединений загрязняющих биосферу, наиболее опасными считаются тяжелые металлы, в том числе хром и его соединения. Почки в силу определенных анатомо-функциональных особенностей являются уязвимым органом, подвергающимся воздействию многочисленных химических элементов (тяжелые металлы, гликоли, пестициды, лекарственные препараты). В результате многочисленных исследований было доказано наличие у хрома нефротоксического действия («почечный яд»), что характеризовалось развитием нефропатии, протеинурии и гематурического синдрома у людей, находившихся в контакте с ксенобиотиком [1,2].

Актуальным на сегодняшний день является создание и разработка эффективных средств профилактики и лечения заболеваний почек. Эффективными средствами являются многокомпонентные препараты, приготовленные на основе растительных объектов, обладающих системным поливалентным действием [3].

В рамках государственной научно-технической программы Ц.0253 «Разработка и внедрение в производство оригинальных фитопрепаратов для фармацевтической промышленности Республики Казахстан» сотрудниками кафедры фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова разработан комплекс фитопрепаратов по оригинальной технологии из отечественного сырья: масляный экстракт из корней лопуха большого – «Лопуха корня масло» и масляный экстракт из листьев крапивы – «Крапивы масло», исследование которых с целью расширения их фармакологического спектра применения продолжается.

Цель исследования – изучить фармакотерапевтический эффект масляных экстрактов из корней лопуха, листьев крапивы и липовой кислоты в условиях индуцированного хромом токсического поражения у крыс.

Материал и методы исследования. В эксперименте были отобраны беспородные крысы – самцы, массой тела 180-220 г., которых произвольным путем распределяли на 6 групп. Первая – интактная, остальные с моделированием хром-индуцированной токсической нефропатии (ХИТНП), вызванной однократным внутрибрюшинным введением бихромата калия (БХК) в объеме 14 мг/кг (0,5LD₅₀). Исследуемые масляные экстракты, включая экстрагент – подсолнечное масло, вводили интрагастрально в течение 2-х недель на фоне острого токсического поражения почек в эффективных дозах 2,5 мл/кг (3,4 и 5 группы), установленных ранее при предварительном скрининге. Липовую кислоту (ЛК) вводили в суточной дозе 30 мг/кг внутримышечно (6-я группа). Забой на 15 сутки после введения БХК.

Для изучения функции почек в условиях спонтанного диуреза определяли: объем диуреза, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина (мкл/мин/1000 г.м.т.), осмолярность крови и мочи (криоскопически-осмометр ОМКА-1Ц-01), концентрацию натрия в крови и моче методом пламенной фетометрии (ПАЖ-1), выделение белка с мочой. Расчетным методом находили экскрецию натрия, осмотически активных веществ (ОАВ), креатинина, процент реабсорбции воды, натрия, величину фильтрационного заряда натрия (ФЗ_{Na}), клиренс ОАВ (C_{osm}) и осмотически свободной воды (C_{H2O}).

Об интенсивности перекисного окисления судили по концентрации в корковом веществе гомогената почек диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), об активности антиоксидантной защиты (АОЗ) по содержанию сульфгидрильных групп (SH), активности каталазы (КАТ) и супероксиддисмутазы (СОД). Вычисляли интегральный показатель сбалансированности перекисного гомеостаза – SH/МДА [4]. Результаты всех серий опытов обработаны статистически с применением критерия «t» Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что на 15-й день развития ХИТНП у животных без коррекции (контрольная группа) наблюдали увеличение по сравнению с интактными диуреза на 22%, концентрации в крови креатинина в 2,3 раза, в моче натрия в 1,94 раз, белка в 6,4 раза, осмолярности мочи в 1,44 раз на фоне уменьшения количества экскретируемого с мочой креатинина на 50%. СКФ снижается на 79%, ФЗ_{Na} на 78%, реабсорбция воды (R_{H2O}) и натрия (R_{Na}) соответственно до 95,16±0,32 (p<0,001) и 94,74±0,28 (p<0,001) на фоне возрастания выделения с мочой натрия в 2,38 раза, клиренса ОАВ – в 1,75 раз, осмотически свободной воды (C_{H2O}) в 2,05 раз, количества ОАВ – в 1,75 раз.

Эти данные свидетельствуют о серьезном токсическом поражении почек, с глубоким повреждением как клубочкового, так и канальцевого отделов нефрона, особенно проксимального сегмента, где активно реабсорбируется 2/3 профильтрованного натрия, почти полностью глюкоза, белок и большая часть других ОАВ.

У тех крыс, которым вводили масляные экстракты лопуха (МЛ), крапивы (МК) и ЛК, в сравнении с данными контрольной, установили уменьшение диуреза на 20%, 21% и 24% соответственно, количество в крови креатинина соответственно на 47, 39 и 41%; в моче натрия – на 40%, 31 и 38%, белка – на 63%, 57 и 62%, осмолярности мочи – 34, 22 и 27%, на фоне увеличения экскреции креатинина соответственно в 2,22 раза, 2,07 и 2,2 раза.

Величина СКФ возросла в 3,26, 2,76 и 2,81 раз соответственно, ФЗ_{Na} – на 221%, 168% и в 2,73 раз, уровень реабсорбции воды соответственно до 98,86±0,04%, 98,62±0,07 и 98,74±0,04% (p<0,001), натрия – до 99,24±0,03, 98,98±0,07 и 99,11±0,04% (p<0,001), что сопровождалось уменьшением соответственно экскреции с мочой натрия на 53%, 49 и 53%, C_{osm} – на 47, 35 и 43%, C_{H2O} – на 56, 40 и 48%, ОАВ – на 47, 35 и 45% соответственно.

Приведенные данные показывают, что введение МЛ, МК и ЛК животным в условиях развития ХИТНП препятствуют снижению СКФ, способствуют восстановлению процессов канальцевой реабсорбции, а также существенно уменьшает другие негативные последствия токсического воздействия БХК, т.е. оказывают нефропротекторный эффект, что, по-видимому, связан их влиянием на процессы биосинтеза в ферментативных системах транспорта натрия и других ОАВ.

Развитие ХИТНП приводило к значительной активации процессов свободно-радикального окисления (СРО) (Таблица 1). При этом показатели ПОЛ, отражающие интенсивность СРО, уровень ДК и МДА увеличивались соответственно в 2,19 и 1,76 раз, по сравнению с дан-

ными интактных животных. Одновременно происходило снижение активности СОД на 24%, КАТ – на 31%, содержания SH-групп на 37%, белка в почечной ткани – на 31%, интегрального показателя сбалансированности

перекисного гомеостаза (ИПСПГ) на 64%. Следовательно, проокислительное действие хрома реализуется посредством усиления СРО, тем самым оказывая повреждающее действие на почечную ткань.

Таблица. Влияние фитопрепаратов и липоевой кислоты на перекисный гомеостаз в почечной ткани в условиях индуцированной хромом нефропатии

Условия опыта	ДК, усл.ед	МДА, нмоль/г	СОД, %	КАТ, %	SH, мкмоль/г	Pt, мг/г
Группа 1	0,69±0,03	15,58±0,47	19,3±0,94	13,3±0,88	11,9±0,63	94±5
Группа 2	1,51±0,04°	27,4±0,83°	14,7±0,69°	9,2±0,6*	7,44±0,39°	65±2,1°
Группа 3	1,55±0,05°	27,2±0,93°	14,9±0,8°	9,4±0,57*	7,42±0,36°	69±2,2°
Группа 4	1,13±0,07°	19,89±0,83°	25,9±1,2*	18,7±1,4*	11,2±0,92	83,3±2,44
Группа 5	1,05±0,06°	21,13±0,75°	24,13±1,1*	19,4±1,35	10,3±0,81	85,3±2,5
Группа 6	1,03±0,05°	19,08±0,8*	20,53±1,04	14,7±0,9	13,79±0,75	105±4,11

Примечание: достоверность различий по отношению к интактной группе: * - $p < 0,05$; ° - $p < 0,01$

МЛ, МК и ЛК в этих условиях оказывали ингибирующее влияние на ПОЛ в почках через активизацию антиоксидантную систему почек. Так, при применении МЛ, МК и ЛК в сравнении с данными контрольной содержания ДК уменьшается соответственно на 25, 31 и 32%, МДА – на 27, 22 и 30% на фоне повышения активности СОД на 76%, 64 и 40% соответственно, КАТ – в 2,03 раз, 2,11 и 1,6 раз, концентрации SH-групп – на 50, 38 и 85%, величины ИПСПГ соответственно на 105,5, 86 и 176%. Следует отметить, что в условиях применения ЛК уровни последнего достигает значения интактных животных. Содержания белка в почечной ткани при использовании МЛ, МК и ЛК возрастает соответственно на 28,9, 31 и 61%.

Сравнительный анализ нефропротекторных свойств изучаемых препаратов показал, что эффективность влияния липоевой кислоты в сравнении с масляными экстрактами на активность СОД и КАТ достоверно ниже ($p < 0,05$), тогда как на количество SH-групп, белка, МДА и ИПСПГ, наоборот, достоверно выше ($p < 0,05$), что отражается и на показателях выделительной, ионо-осморегулирующей функции почек.

Необходимо отметить, что уменьшение полиурии под влиянием МЛ, МК и ЛК происходило, главным образом, за счет более полной реабсорбции воды, натрия и других ОАВ, что, на наш взгляд, является результатом его антиоксидантного действия и влиянием на уровень белкового обмена в почках. Известно, что наиболее чувствительными к различным повреждающим воздействиям отделам нефрона являются проксимальные канальцы [5]. Здесь располагаются транспортные системы, ответственные за активизацию реабсорбции натрия, глюкозы и других ОАВ. Исследуемые препараты благодаря предотвращению или ослаблению активизации СРО в клетках организма, в том числе в клетках эпителия канальцев нефрона, снижает повреждающее действие на них хрома. Помимо этого, благодаря образованию хелатокомплексов, влияя на содержание антагонистов хрома меди, железа и других, активизируют металлоэнзимы, участвующих в процессах тканевого дыхания и транспорта ионов в канальцах почек.

Выводы. 1. Введение крысам с экспериментальной почечной патологией, вызванной бихромата калия, масляных экстрактов из корня лопуха, листьев крапивы и липоевой кислоты уменьшает нарушения выделительной функции почек, способствует восстановлению скорости клубочковой фильтрации, почечного транспорта натрия, осмотически активных веществ и протеинов.

2. Развитие хром-индуцированной токсической нефропатии сопровождается усилением процессов свободнорадикального окисления. Масляные экстракты лопуха, крапивы и липоевая кислота в условиях хромовой нефропатии активирует антиоксидантную систему почек, что способствует проявлению их защитных свойств.

Литература:

1. Мамбеталин Е.С., Дошанова А.М., Курмангалиев О.М., Мамбеталин С.Е. Действие соединений хрома на мочеполовую систему. – Алматы: Санат, 2000. – 240с.
2. Макарова Т.П. Роль нарушений обмена микроэлементов на этапах развития нефропатии у детей: автореф... докт.мед.наук. 14.00.09. Нижний Новгород, 2001. – 48 с.
3. Кузденбаева Р.С., Алдиярова Н.Т., Чуканова Г.Н. Перспективы применения масляных экстрактов на основе местного растительного сырья для оздоровления населения, проживающего в экологически неблагоприятных регионах // Здоровье и болезнь. Спецвыпуск. Междун.науч.-практ.конф. «Биологически активные добавки к пище и функциональные продукты питания – искоренение микронутриентной недостаточности». – 2005. – № 3(40) – С. 68-73
4. Шлейкин А.Г. Биохимические маркеры дыхательного дистресса // Экологическая безопасность городов. Матер.научн.конф. Санкт-Петербурга, 5-6 окт. 1993. – СПб., 1993. – С. 232-233.
5. Игнатова М.С., Харина Е.А., Длин В.В. и др. Нефропатии в регионе, загрязненном солями тяжелых металлов, и возможности лечебно-профилактических мероприятий // Терапевтический архив. – 1996. – Т.68, №8. – с.31-35.

Тәжірибедегі уыттық хромдық бүйрек зақымдандына ошаған, қалақай майлы сығындыларының және липой қышқылының фармакотерапиялық әсері

Г.М. Изтлеуова

Хроммен индуцияланған нефропатия кезінде ошаған, қалақай майлы сығындылары мен липой қышқылының әсерлерінің нәтижелерін талдау, зерттелген препараттардың нефропротекторлық әсер ететінін және бұл әсерінің негізгі механизмдерінің бірі олардың антиоксиданттық қасиеттерімен байланысты екендігін көрсетті.

Pharmacological effect of oil extracts of the burdock, nettle and acidum lipoicum at the toxic chromic lesion of kidneys in experiment

G.M. Iztleuova

Studied influence of oil extracts of a burdock, a nettle and Acidum lipoicum in conditions nephropathy chrome-induced. Investigated preparations render nephroprotectory action and one of possible mechanisms of influence is activization of antioxidant system in kidneys.

УДК 575.191:612.014.24

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ**Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова****Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы**

Актуальность. В последнее время в происхождении ишемического инсульта, наряду с такими традиционными факторами риска, как гиперхолестеринемия, артериальная гипертензия и др., все большее значение придается так называемым «новым» факторам риска. К ним относят нарушения реологических свойств крови (РСК), в частности, агрегационной способности эритроцитов и их деформируемости. Согласно некоторым литературным данным, имеет место связь между нарушениями липидного состава сыворотки крови и гемореологией. Однако характер этой связи при ишемических инсультах изучен недостаточно и нуждается в уточнении [1,2].

Гиполипидемические препараты, в частности, фибраты и статины, не только улучшают липидный состав сыворотки крови, но и оказывают влияние на РСК. Тем не менее, единого мнения о том, какие именно параметры РСК и в какой степени претерпевают изменения на фоне лечения липотропными препаратами, не существует. Указанные обстоятельства послужили предпосылкой для проведения настоящего исследования.

Цель: изучить гемореологические параметры у пациентов с ишемическим инсультом. Проанализировать взаимосвязь между показателями липидограммы и гемореологии при ишемическом инсульте возможности коррекции лечения на ранних этапах.

Материалы и методы: обследовано 50 больных, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №7 г. Алматы, (21 мужчина и 29 женщин) — средний возраст $54,9 \pm 1,8$ года с ишемическим инсультом.

Определение липидного спектра крови (общего ХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ), трансаминаз, КФК проводилось на автоматическом анализаторе Cobas - 400 с

использованием ферментных наборов фирмы Roche. Определяли следующие параметры реологических свойств крови (РСК): предел текучести (ПТ), кажущуюся вязкость (КВ), кессоновскую вязкость (КсВ), коэффициент когезии эритроцитов (ККЭ), время быстрой (Т1) и медленной (Т2) агрегации эритроцитов, гидродинамическую прочность агрегатов (ГПА), амплитуду агрегации (АА) эритроцитов.

Результаты и обсуждение. У больных с ишемическим инсультом значительно нарушены вязкостные характеристики крови, а также агрегационные свойства и деформируемость эритроцитов. В наибольшей степени были выражены изменения РСК, что достоверно коррелировало с уровнем ТГ в сыворотке крови ($r=0,7$, $p<0,01$ для ПТ). Деформируемость эритроцитов была снижена у всех больных ($p<0,05$).

Заключение. У больных с ишемическим инсультом целесообразно оценивать РСК и проводить их коррекцию, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения, что оптимизирует медикаментозную терапию сопутствующих патологических состояний [3].

Литература:

1. Левтов В.Л., Регирер С.А., Шадрин Н.Х. Реология крови. М.: Мед., 1982. — 272 с.
2. Фирсов Н.Н., Сирко И.В., Приезжев А.В. Современные проблемы агрегометрии цельной крови// Тромбоз, гемостаз и реология. — 2000. — №2 (2). — С. 9-11
3. Schmid-Schönbein H. Blood rheology and physiology of microcirculation. In: Disorders of blood flow, new therapeutic aspects. Ed. R.V.Manrique, R.Muller, Amsterdam-Oxford-Princeton, 1981, p.1-23.

Инсультпен аурастың науқастарда гемореологиялық көрсеткіштердің бағалануы**Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова**

Клиникалық гемореология микроциркуляцияның бұзылыстарыменен бірге жүретін, даму механизмінің белгілі аспектісінің, диагностикасымен және аурудың емдеуімен байланысты. Зерттеудің негізгі бағыты қанның қоюлауның жоғарғы синдромы, жасуша гемореология, микроциркуляциясының гемореологиялық аспектісі болып табылады.

Mark of indicators of the haemorheology at patients with the stroke**B.K. Dyuyssembayev, A.Sh. Oradova**

The clinical haemorheology is connected with certain aspects of pathogenesis, diagnostics and therapies of the diseases accompanied by infringements of microcirculation. The basic directions of researches are: a syndrome of hyper viscosity of blood, a cellular haemorheology, and haemorheological aspects of microcirculation.

УДК 005:61

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СМК**Е.А. Кадырова, Ж.Ш. Нуразханова****Национальный научный медицинский центр, г. Астана**

Национальный научный медицинский центр (далее – ННМЦ) многопрофильное республиканское государственное научно-клиническое предприятие.

Основная его деятельность заключается в оказании высокоспециализированной медицинской помощи гражданам Республики Казахстан по государственному заказу за счет республиканского бюджета, согласно утвержденному Министерством здравоохранения Республики Казахстан Перечню заболеваний, требующих особо сложных методов диагностики и лечения, а также использования уникальных медицинских технологий.

В настоящее время клиника рассчитана на 306 коек, с приемным отделом, 14 клиническими стационарными специализированными отделами, блоком интенсивной терапии, тремя отделами анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, двумя операционными блоками, банком крови, центральным стерилизационным отделением, отделами эфферентной терапии, восстановительного лечения и диагностическими подразделениями (7). Имеется поликлиника на 150 посещений в день, где оказывается консультативная помощь по 20 специальностям.

стям. Оснащенность ННМЦ современным оборудованием составляет 100%.

В 2010 году разработан и развернут Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан до 2014 года, где одним из приоритетных направлений определено развитие науки и утверждены бюджетные НТП, выделены соответствующие ресурсы для развития приоритетного направления медицины - трансплантологии. В соответствии с данным подходом гармонизирован стратегический план РГП ННМЦ со стратегией Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Актуализирована организационная структура и организованы 6 научных центров, куда вошли отделы науки и

послевузовского образования. Профессиональная подготовка врачей ведется по 22 специальностям и осуществляется подготовка научных кадров по программам: ординатуры, аспирантуры, резидентуры.

НТП, медицинские и образовательные услуги осуществляют специалистами, прошедшими стажировку в ведущих клиниках стран ближнего и дальнего зарубежья. НТП ведутся по 3 программам, утвержденным в Министерстве здравоохранения.

Лечение сложных заболеваний, требующих использования современного оборудования и новейших диагностических технологий осуществляется на высоком уровне в соответствии с принципами доказательной медицины.

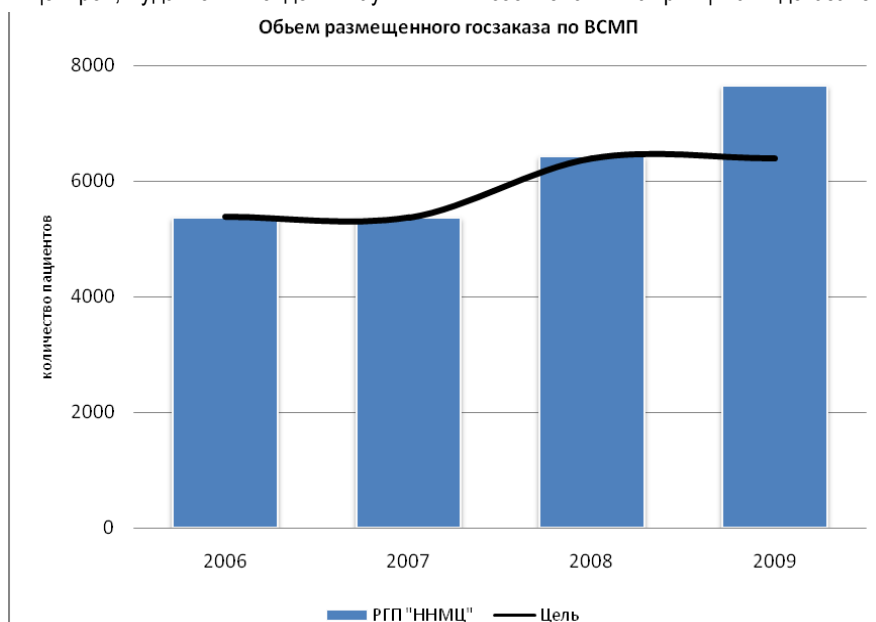


Рисунок 1

Понимая важность предоставления качественных медицинских услуг для достижения цели - стать конкурентоспособным центром, директор ННМЦ первым в республике в 2004 году открыл отдел менеджмента качества и внутреннего аудита. В 2005 году отдел преобразован в центр системы менеджмента качества (ЦСМК).

В 2005 году директором РГП «ННМЦ» принято решение о подготовке клиники к сертификации по требованиям МС ИСО 9001-2000. При этом была поставлена цель реального совершенствования менеджмента и повышения результативности управленческих, основных и поддерживающих процессов. Впервые проведен системный анализ осуществляемых бизнес процессов, результаты оказываемых медицинских услуг, эффективность применения кадровых ресурсов, парка оборудования. Определен процессный ландшафт, систематизированы документы и записи. В связи с многопрофильностью клинических подразделений и отличием протекания подпроцессов, процесс «Лечебный» и «Клинико-диагностический» декомпозиционированы на 16 подпроцессов. Приказом директора назначены владельцы процессов и подпроцессов, которые наделены ответственностью и полномочиями, отраженные в их должностных инструкциях и картах процессов и подпроцессов.

В 2006 году клинико-диагностическая лаборатория ННМЦ прошла внешнюю оценку соответствия стандартам EQAS(USA) организованной лабораторией BIORAD.

В течение двух лет проведена работа по подготовке предприятия к сертификации, формированию корпоративной приверженности принципам СМК. К работе максимально привлекался весь персонал организации, гото-

вый постоянно повышать знания, опыт, компетентность и активно ведущий поиск для улучшения процессов.

В первую очередь были разработаны и доведены до персонала структурных подразделений Политика и Цели в области качества оказания медицинских услуг. Обозначены приоритетные направления развития РГП «ННМЦ» и разработан Стратегический план развития на 2007-2009годы. Утверждена новая организационная структура предприятия, отвечающая требованиям миссии, видения и стратегического плана.

Казахстанско-Российским СП «Интерсертифика-Центр Азия» проведено 5 этапов обучения персонала по СМК. Применяв принцип процессного и системного подхода МС ИСО 9001-2000, СТ РК ИСО 9001-2001, систематизирована деятельность ННМЦ в 14 процессов и на основании этого разработана процессный ландшафт СМК(3,4). Определены матрица ответственности по документации и требованиям СМК. Разработаны положения о структурных подразделениях и должностные инструкции на существующие должности.

Руководством, совместно со специалистами СМК проведен мониторинг управляющих, основных и поддерживающих процессов и степень их взаимодействия, что нашло отражение в картах процессов и подпроцессов. Подготовлена руководящая документация СМК: руководство по качеству, документированные процедуры, карты процессов. Актуализированы стандарты оказания медицинских услуг в соответствии с требованиями нормативно-директивных документов Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Протоколы диагностики и лечения, методические и рабочие инструкции по проведению лечебных и диагностических манипуляций).

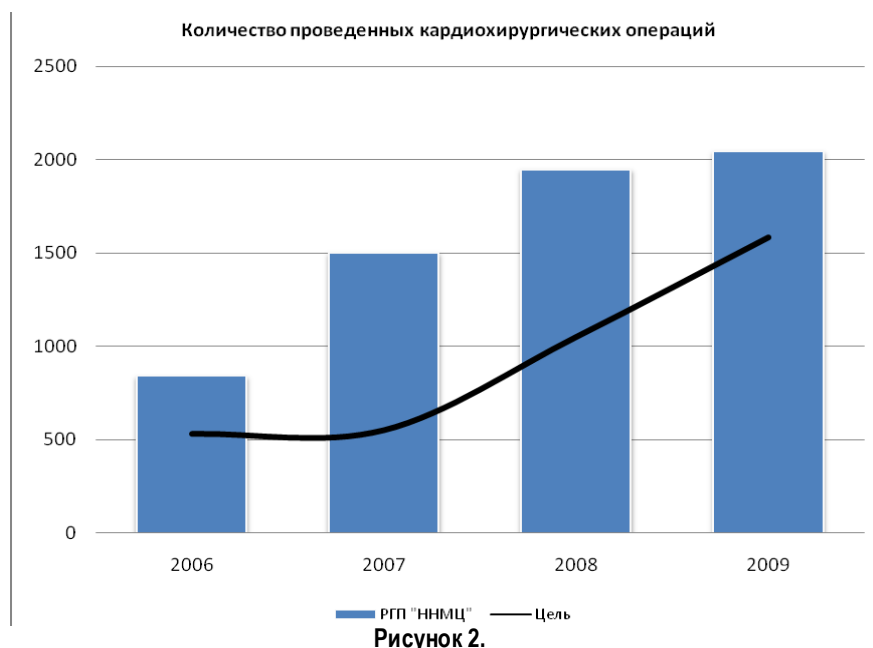


Рисунок 2.

17 января 2008 года в деятельность РГП «ННМЦ» внедрена СМК по требованиям МС ИСО 9001-2000 и СТ РК ИСО 9001-2001. Проведенный группой аудиторов «ТЮФ Интернациональ РУС» сертификационный внеш-

ний аудит подтвердил соответствие построенной в ННМЦ СМК требованиям МС ИСО 9001-2001 и СТ РК ИСО 9001-2001. 9 июня 2008 года нами получены сертификаты соответствия.



Рисунок 3.

Проведенный надзорный аудит «ТЮФСЕРТ» в конце января 2009 года подтвердил соответствие СМК РГП «ННМЦ» требованиям МС ИСО 9001-2000 и 2 надзорного аудита «ИнтерсертификаЦентрАзия» в 2009 и 2010гг. соответствие по требованиям СТ РК ИСО 9001-2001.

В последующем созданная нами служба внутреннего аудита проводила оценку результативности внедренной системы в каждом структурном подразделении. По данным, представляемым аудиторами и отчетам руководителей отделов проводится анализ функционирования СМК по всем процессам и 2 раза в год составляется аналитический отчет Представителя Высшего руководства по качеству. Выявленные несоответствия и результаты анкетирования удовлетворенности пациентов рассмат-

риваются на Координационном совете и принимаются конструктивные решения по улучшению, оформленные приказом директора. Разрабатывается план корректирующих и предупреждающих действий, выполнение которых контролируется и контролируется владельцами процессов и подпроцессов.

Практика показывает, что СМК результативна только там, где высшее руководство реально возглавляет процесс ее создания и развития. Мы добились многого: определены стратегия, миссии, видение и ценности предприятия; стратегические цели РГП «ННМЦ» декомпозиционированы на цели бизнес процессов, что отражено в картах процессов и целевых качественных показателях процессов. Цели бизнес процессов доводятся до

руководителей структурных подразделений, которые разработали индикаторы качества своей деятельности для достижения стратегических целей ННМЦ. Ежеквартально анализируются цели структурных подразделений и бизнес-процессы владельцами и, представляется информация в отдел по управлению качеством, который систематизирует несоответствия в выполнении целей структурных подразделений, уточняет причины. Составляется аналитическая информация для Высшего руководства по данным мониторинга, результатам внутренних и внешних аудитов, изучения удовлетворенности потребителей, управления несоответствующими услугами, корректирующих и предупреждающих действий и представляется Представителю Высшего руководства – первому заместителю директора. Все системные несоответствия, требующие решения на уровне высшего руководства либо пересмотра взаимодействия нескольких структурных подразделений, процессов/подпроцессов выносятся на рассмотрение Координационного совета.

Результаты внедренной СМК не заставили долго ждать себя: повышение ответственности и определение полномочий владельцев процессов/подпроцессов с постоянным мониторингом и составлением отчетов по результативности упорядочили процесс системного анализа, изучения причин несоответствий. Анализ со стороны руководства, входными данными для которых являются:

- результаты аудитов;
- функционирование процессов/подпроцессов и соответствие ВСМП требованиям потребителей;
- предложение сотрудников ННМЦ по улучшению СМК;
- статус предупреждающих и корректирующих действий;

- последующие действия, вытекающие из предыдущего анализа со стороны руководства проводятся 2 раза в году.

Своевременное принятие решений, основанное на фактах, позволяют руководству улучшить эффективность бизнес-процессов. Некоторые из наших достижений представлены в приложениях.

Укрепляется рыночная репутация предприятия с привлечением пациентов, улучшились отношения с партнерами и поставщиками, развивается корпоративная культура, осваиваются и смело внедряются инновационные технологии. Выполнены все целевые качественные показатели для достижения стратегических целей. Главной целью всегда остается удовлетворенность пациента, которая систематически изучается путем анкетирования. Персонал чутко реагирует на незначительные несоответствия, идентифицирует, изучает причины и проводит своевременно корректирующие, предупреждающие действия.

В августе 2009 года после соответствующей подготовки: разработки и реализации Программы по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи в РГП «ННМЦ», проведении самооценки и внешней оценки комиссии по аккредитации МЗ РК получено свидетельство об аккредитации на 3 года. В рамках осуществления данной Программы разработан и реализован проект по улучшению «Индикаторы качества ВСМП», разработаны критерий рейтинга лечебных подразделений по индикаторам качества. Первые результаты по данному проекту анализированы в июне 2010 года, определены отделы, занявшие лидирующие положения по профилям: кардиохирургический отдел №2, гинекологический отдел, неврологический отдел.



Рисунок 4.

Руководством постоянно проводится мотивация персонала за достигнутые успехи по улучшению в виде материального вознаграждения, обучения, участия в работе престижных проектов, улучшение жилищных условий и др.

Удовлетворенность потребителей улучшается и достигается целевых показателей (Рисунок 4)

По данным рисунков (1-3), ключевые показатели по выполнению объема ВСМП, кардиохирургических операций, и внедрению инновационных технологий достигают целей. При этом неизменными остаются цели достичь лояльности потребителей путем улучшения удовлетворенности пациентов.

Понимая важность дальнейшего развития СМК мы с марта 2009 года в деятельности ННМЦ стали применять критерий Модели совершенства EFQM и провели первую самооценку.

Таким образом, своевременно внедренная и развивающаяся система менеджмента качества предприятия является залогом его успешной деятельности в будущем.

Литература:

1. МС ИСО 9001-2000 «Система менеджмента качества. Требования»
2. СТ РК ИСО 9001-2001 «Система менеджмента качества. Требования»
3. МС ИСО 9001-2000 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»
4. СТ РК ИСО 9000-2001 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь»

5. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения. Перевод с английского Г.Е. Герасимовой Москва, РИА «Стандарты и качество», 2002г.- 208с.

6. С.В. Пономарев, С.В. Мищенко, В.Я. Белобрагин. Управление качеством продукции. Введение в системы менеджмента качества. РИА «Стандарты и качество» Москва – 2004г.-244с.

7. Руководство по качеству РГП «ННМЦ» СТ ННМЦ СМК РПК -03.

8. П.Я. Калита. Общечеловеческие ценности, социально направленный бизнес и системный менеджмент. «Сертификация», 2008г., №2, Стр. 18-20.

9. Байгенжин А., Абдыкаримов Ж., Кадырова Е., Нуразханова Ж. Клиническая медицина Казахстана №2(15) Внедрение системы менеджмента качества и перспективы ее улучшения.

УДК 614.2-576.3.08+618.19-006-07

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ОКРАСКОЙ ПО МЕТОДУ ПАПАНИКОЛАУ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Жакипова

Государственный медицинский университет, г.Семей

Актуальность. Экономические и социальные последствия неуклонного увеличения заболеваемости раком и распространенности злокачественных опухолей делают необходимым совершенствование всех компонентов противораковой борьбы: профилактического, лечебного и социального [2]. Большой интерес представляют экономические стороны диагностических мероприятий, в частности цитологических исследований.

Интересен подход к повышению эффективности лабораторной службы с позиции экономической оценки выгоды, приносимой повышением диагностической информативности производимых лабораторных исследований, а не с позиций всего лишь экономии расходов внутри самой лаборатории. Учет предотвращения ошибочных и запоздалых диагностических решений, повышения частоты положительного результата лечения, сокращения сроков лечения, уменьшения частоты и тяжести осложнений дают реальную экономию расходов на диагностические и лечебные меры, уменьшение потерь общественного продукта [1]. Из опыта организации финансирования клиничко-диагностических лабораторий известно, что для практического решения данной проблемы важно использование таких экономических механизмов как: планирование расходов на основе экономического анализа деятельности лаборатории за предшествующие периоды с выявлением приоритетных направлений расходования средств на основе учета основных показателей эффективности диагностики и лечения [3].

Цель исследования: Изучить экономическую эффективность цитологических исследований с окраской по методу Папаниколау.

Материалы и методы. Материалом исследования были цитологические препараты (пунктаты молочной железы, полученные путем тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ) 811 женщин, обследованных в маммографическом скрининге на базе регионального онкологического диспансера г. Семей с применением метода окраски по Папаниколау. В рамках исследуемой работы проводился анализ оценки экономиче-

ских затрат на цитологическое исследование с окраской по Папаниколау. Для определения экономической эффективности данного метода окраски цитологических препаратов в исследованиях новообразований молочной железы и в связи с отсутствием четких критериев по количеству цитогрaмм, изготовленных за одно исследование, проведен расчет стоимости одного стеклопрепарата. На основе стоимости одного стеклопрепарата рассчитана стоимость фактического числа исследованных цитогрaмм и необходимого количества стеклопрепаратов для установления того или иного диагноза при различных патологиях молочной железы. Для проведения расчета затрат на 1 стеклопрепарат было необходимо рассчитать: затраты рабочего времени врача-цитолога, лаборанта, санитарки на подготовку и исследование одного стеклопрепарата, заработную плату одной должности врача-цитолога, лаборанта, санитарки, расходы на реактивы, материал, амортизационное оборудование, расходы на коммунальные услуги.

Результаты и обсуждение: При вычислении расходов на цитологический препарат путем суммирования всех затрат на проведенное исследование была определена стоимость 1 стеклопрепарата с окраской по Папаниколау, составившая 986,4 тенге

В группе исследования наиболее высокие затраты для установления диагноза оказались у пациенток с доброкачественными опухолями (липомой и внутрипротоковой папилломой). Стоимость исследованного количества стеклопрепаратов на каждую пациентку составила по 5327 тенге (таблица 1). Несколько меньше была стоимость фактического количества исследованных стеклопрепаратов в случае подозрения на злокачественный процесс (рисунок 1), составившая 4932 тенге. Расходы на верификацию рака молочной железы в основной группе на каждый случай составили 4735 тенге. Для установления диагноза: Кистозное образование было израсходовано по 4636 тенге на одну пациентку. На цитологическое исследование женщины с фиброзно-кистозной мастопатией было затрачено 4242 тенге. По

4044 тенге приходилось израсходовать на цитологические заключения, свидетельствующие о наличии пролиферативных процессов в эпителии молочной железы. Затраты на пациенток с фиброаденомами составили 3748 тенге. Менее всего составили расходы на выявление заболеваний неопухолевой природы, что составило 3058 тенге. Среди стоимостных показателей необходимого числа (информативных) исследованных стеклопрепаратов наиболее высоким оказался показатель расходов при подозрении на наличие злокачественного процесса, который составил 3551 тенге. Незначительно

отличались затраты на необходимое число цитогрaмм для верификации рака молочной железы, составившие 3452 тенге. Стоимость необходимого числа исследованных цитогрaмм для диагностики липомы и внутрипротоковой папилломы оказалась 3354 тенге на каждую пациентку. По 2959 тенге было бы необходимо затратить для установления диагноза фиброзно-кистозной мастопатии и кистозных образований. При выявлении пролиферативных процессов в эпителии молочной железы и фиброаденоме было бы достаточно затратить 2367 и 2269 тенге соответственно.

Таблица 1 - Количество и стоимостная оценка цитологических препаратов при различной патологии молочной железы

Нозология	Количество стеклопрепаратов		Стоимость	
	Необходимо (за исключением не имеющих диагностической информации)	фактически исследованных	Стеклопрепаратов, необходимых для исследования	Фактически исследованных стеклопрепаратов
Рак молочной железы	3,5	4,8	3452	4735
Подозрение на злокачественный процесс	3,6	5,0	3551	4932
Фиброаденома	2,3	3,8	2269	3748
ФКМ	3,0	4,3	2959	4242
Пролиферативные процессы	2,4	4,1	2367	4044
Кистозные образования	3,0	4,7	2959	4636
Другие доброкачественные опухоли	3,4	5,4	3354	5327
Другие заболевания	2,2	3,1	2170	3058

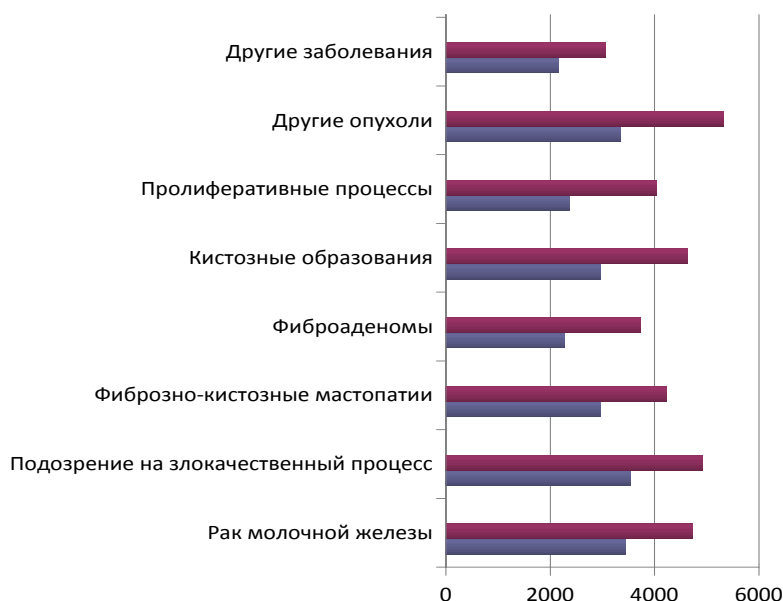


Рисунок 1 - Стоимость цитологических исследований при патологии молочной железы (в тенге)

При сопоставлении стоимости фактического числа исследованных стеклопрепаратов и необходимого количества стеклопрепаратов при каждой нозологии получены следующие результаты (таблица 2). Наибольший удельный вес стоимостного показателя необходимого для исследования количества стеклопрепаратов в числе проведенных отмечался при злокачественных процессах, составивший 72,9%. На 0,9% меньше был стоимостный показатель при подозрении на злокачественный процесс-72,0%. При неопухолевых заболеваниях соотношение показателя

стоимости необходимого и фактически исследованного числа стеклопрепаратов составило 71%. Незначительно отличался данный показатель при фиброзно-кистозной мастопатии-69,8%. У пациенток с кистозными образованиями стоимостный показатель составил 63,3%, а при липоме и внутрипротоковой папилломе 63%. У обследованных с фиброаденомами данный показатель составил 60,5%. Наименьшая доля стоимости необходимого для исследования количества стеклопрепаратов из числа проведенных наблюдалась при пролиферативных процессах и составила 58,6%.

Таблица 2 - Стоимостный показатель необходимого числа стеклопрепаратов в структуре исследованных

Нозология	Стоимость необходимого числа стеклопрепаратов от количества фактически исследованных %
Рак молочной железы	72,9
Подозрение на злокачественный процесс	72
Фиброаденома	60,5
ФКМ	69,8
Пролиферативные процессы	58,6
Кистозные образования	63,3
Другие опухоли	63
Другие заболевания	71

В группе исследования доля расходов на неинформативные стеклопрепараты из числа всех исследованных была наиболее высокой при пролиферативных процессах - 41,4%, а низкая при раке молочной железы - 27,1%. Данные о соотношении стоимости необходимого для исследования и фактически исследованного числа стеклопрепаратов наглядно демонстрируют экономическую неэффективность данного исследования в проводимых условиях. Для приведения в соответствие объема проводимых исследований и установления количества исследованных стеклопрепаратов при той или иной патологии молочной железы целесообразна разработка следующих организационных мероприятий: стандартизация проведения цитологических исследований, регулярное изучение объема цитологических исследований, обмен мнениями об их информативной ценности и обеспечение в связи с этим

тесного сотрудничества между врачами-цитологами и маммологами, участвующими в получении цитологического материала, компьютеризация диагностического процесса для формирования объема и контроля исследований, регулирования пациентов, обмена организационной и медицинской информацией.

Литература

1. Авдиенко И.В., Коршунов Г.В. Пути повышения медико-экономической эффективности лабораторной службы // Клиническая лабораторная диагностика. - 2000. - № 9. - С. 35.
2. Напалков Н.П. Рак и демографический переход. Вопросы онкологии, 2004, том 50, № 2. - С. 127-144.
3. Смирнова О.И., Ельчанинова С.А., Пелеганчук В.А. и др. Опыт организации финансирования клиничко-диагностической лаборатории // Клиническая лабораторная диагностика. - 2000. - № 9. - С. 38.

Economic effectiveness of cytological investigations sampled by method Papanicolau in 811 females which were examined in mammographic screening was studied. Absence criterions of whole cytological investigations leads to non-effective distribution of economic expenditures and demand work out of measures, especially standard approach to conduct of this research.

Маммографиялық скринингтен өткен 811 әйелді зерттеу кезінде, Папаникалау әдісі бойынша болу кезінде цитологиялық зерттеудің экономикалық тиімділігі анықталды. Цитологиялық зерттеудің көлемдік критерилерінің жоқтығынан, экономикалық шығынға ұшырауда. Сондықтан, осы зерттеулерді жүргізу үшін арнайы стандартталған шешім қажет.

УДК 615.322+616.61

ВЛИЯНИЕ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ, МАСЛЯНЫХ ЭКСТРАКТОВ ЛОПУХА И КРАПИВЫ НА ТЕЧЕНИЕ ИНДУЦИРОВАННОЙ ХРОМОМ НЕФРОПАТИИ

М.К. Изтлеуов, Н.М. Мавлюдова, Г.М. Изтлеуова, Е.М. Изтлеуов

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

Актуальность проблемы. В условиях экологического прессинга жизненного пространства мочевая система является органом, наиболее уязвимым к влиянию экологических факторов. Ведущей составляющей техногенных биогеохимических провинций являются микроэлементные загрязнения [1]. Влияние тяжелых металлов, приводит к формированию нефропатий, которые фенотипически могут проявляться в виде различных симптомокомплексов дизметаболической нефропатии, тубуло-интерстициального нефрита, пиелонефрита, мочекаменной болезни. В связи с постоянно расширяющимся спектром микроэлементных загрязнений, актуальным представляется изучение вклада в реализацию очаговой эко-нефрологической патологии не только достаточно исследованных (кадмий, мышьяк, свинец), но и ряд других микроэлементов, например хрома и его соединений.

При этом сложный патогенез заболевания почек предполагает комплексное фармакологическое воздействие на различные звенья патологического процесса.

Этой задаче в полной мере отвечают средства природного происхождения, с чем связан значительный повышенный интерес к использованию растительных препаратов, в частности масляных фитоекстрактов. Вместе с тем, выбор препаратов, оказывающих комплексное нефро-протекторное влияние, весьма ограничен, в связи с чем задача разработки и внедрения новых эффективных и безвредных лекарственных средств предназначенных для профилактики и лечения заболеваний почек остается достаточно актуальной.

В рамках государственной научно-технической программы Ц.0253 «Разработка и внедрение в производство оригинальных фитопрепаратов для фармацевтической промышленности Республики Казахстан» сотрудниками кафедры фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова разработан комплекс фитопрепаратов по оригинальной технологии из отечественного сырья; одним из них является масляный экстракт из корней лопуха большого — «Лопуха корня масло» и масляный экстракт из листьев

крапивы – «Крапивы масло», исследование которых с целью расширения их фармакологического спектра применения продолжается.

Целью нашего исследования – изучение влияния профилактического применения масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты на выделительную, ионо-осморегулирующую функцию почек и интенсивность перекисного окисления липидов при остром хром-индуцированном поражении почек.

Работа проведена на беспородных крысах самцах с массой тела 180-220 г., разделенных на 6 групп. 1-ая группа – интактные животные; остальные – с моделированием хром-индуцированной острой токсической нефропатии (ХИТНП), вызванной путем однократного внутрибрюшинного введения бихромата калия (БХК) в дозе 14 мг/кг (0,5LD₅₀). Животные 3-6 групп, в отличие от второй (контрольной), в течении 10 дней до моделирования ХИТНП получали внутривенно соответственно подсолнечное масло – экстрагент (3-я группа), масло лопуха (4-я группа), крапивы масло (5-я группа) в эффективной дозе 2,5 мл/кг ранее установленным в скрининге и внутримышечно липоевую кислоту (6-я группа) в объеме 10 мг/кг. Забой через 24 часа после введения БХК.

Эффективность нефрозащитного действия оценивали по нормализации показателей функционального состояния почек и перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты. Для изучения функции почек в условиях спонтанного диуреза определяли: объем диуреза (V), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина (мкл/мин/100г), осмолярность крови и мочи (криоскопически - осмометр ОМКА-1Ц-01), концентрацию натрия в крови и моче – методом пламенной фотометрии и экскрецию белка с мочой. Расчетным

методом находили экскрецию натрия, осмотически активных веществ (ОАВ), креатинина, а также процент канальцевой реабсорбции воды (R_{H2O}) и натрия (R_{Na}), фильтрационный заряд натрия (ФЗ), клиренс ОАВ (C_{осм}) и осмотически свободной воды (C_{H2O}). Оценку интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) проводили по данным изменения концентрации диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной защиты (АОЗ) клеток почечной ткани – по активности каталазы (КАТ), супероксиддисмутазы (СОД) и количеству сульфгидрильных групп (SH). Статистическую обработку результатов проводили с применением t-критерия Стьюдента [2].

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у контрольных животных с моделью хром-индуцированной токсической нефропатией имело место олигоурическая стадия почечной недостаточности (ОПН), которая характеризовалась значительным снижением диуреза более чем в 2 раза (1,15±0,10 мкл/мин/100г.м.т.), реабсорбция воды до 97,08±0,24% (p<0,05), скорости клубочковой фильтрации (42,8±5,23 мкл/мин/100г.м.т., p<0,001) (таблица 1).

Концентрация креатинина в крови возросла по сравнению с показателями интактной в 2,9 раза. Содержание ионов натрия в моче уменьшились почти в 3 раза, ФЗ натрия в 11 раз, его экскреция в 7 раз и реабсорбция (R_{Na}) до 99,19±0,075% (p<0,05). Уменьшились осмолярность мочи (403±21,42 мОсм/кг H₂O, p<0,001), клиренс ОАВ, C_{H2O}. Экскреция белка возросла в 5,56 раз. Формировалась острая воспалительная реакция в почках – увеличились значения весового индекса почек – ВИП в правой почке на 54%, в левой – на 60%.

Таблица - 1 Показатели функционального состояния почек при хром-индуцированной нефропатии

Параметры	Интактные	ХИТНП	ПМ, 2,5мл/кг
V, мкл/мин	2,63±0,07	1,15±0,1°	1,1±0,07
U _{cr} x V, мкмоль/мин	33,05±1,96	7,1±0,71°	7,3±0,61
СКФ, мкл/мин	327,4±25	42±5,23°	43,4±5,86
R _{H2O} , %	99,15±0,07	97,08±0,24*	97,11±0,36
ФЗ _{Na} , мкмоль/мин	46770±3414	4236±480°	6562±908
U _{Na} x V, мкмоль/мин	0,218±0,009	0,031±0,0026°	0,035±0,0022
R _{Na} , %	99,51±0,045	99,19±0,075*	99,26±0,03
C _{осм} , мкл/мин	8,39±0,42	138±0,16°	1,43±0,069
C _{H2O} , мкл/мин	-5,71±0,44	-0,173±0,066°	-0,28±0,06
U _{осм} x V мОсм/мин	2,55±0,15	0,484±0,037°	0,462±0,022
U _{Рt} , мг/мл	1,34±0,1	7,45±0,51°	7,7±0,51

Примечание: все показатели рассчитаны на 100 г массы тела животного; достоверность различий по отношению интактных: * - p<0,05; ° - p<0,01.

Профилактическое введение масляных экстрактов корня лопуха (МЭКЛ), листьев крапивы (МЭЛК) и липоевой кислоты (ЛК) предотвращали до определенной степени развитие ОПН (таблица 2), что характеризуется значительным восстановлением диуреза и снижением протеинурий, увеличением СКФ в сравнении с данными контроля соответственно на 309, 198 и 245%, выделение натрия на 452, 329 и 390%, ОАВ – на 309, 225 и 269%, C_{H2O} – в 25,5 раз, 19,6 и 22,7 раз. Уровень протеинурии уменьшился в 2,66, 2,19 и 2,57 раза соответственно, ВИП в правой – на 19, 21 и 21%, в левой – соответственно на 21, 21 и 23%.

Развитие хромовой ОПН сопровождалось активизацией процессов ПОЛ, о чем свидетельствует повышение концентрации ДК на 204%, МДА – на 160% в гомогенатах почек на фоне депрессии АОЗ почек – активность СОД уменьшается на 40%, КАТ – на 23%, содержание SH-

групп ткани на 51%. Содержание в почках белка снижалось в 3 раза. Интеграционный показатель сбалансированности перекисного гомеостаза (SH/МДА) в почечной ткани уменьшается в 5,18 раз.

Превентивное использование МЛ, МК и ЛК привело в сравнении с данными животных контрольной, снижению содержания ДК на 33, 26 и 29% соответственно, МДА – соответственно на 44, 36 и 42% на фоне активизации АОЗ в почечной ткани, что сопровождается возрастанием активности СОД соответственно на 26, 18 и 15%, КАТ – на 21, 16,5 и 14,6% и количества SH групп на 48, 62 и 79% соответственно. SH/МДА возрастает соответственно в 2,56 раз, 2,46 и 3,02 раза. Содержание белка в 2,55 раз, 2,39 и 2,51 раз. Эти данные свидетельствуют о способности МЛ, МК и ЛК активизировать антиоксидантную систему почек.

Таблица 2 - Влияние масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты на функциональное состояние почек крыс в условиях хром-индуцированной нефропатии

Параметры	Интактные	ХИТНП	МЭКЛ	МЭЛК	ЛП
V, мкл/мин	2,63±0,07	1,15±0,1 ^o	2,35±0,063 ^o	1,95±0,06 ^o	2,17±0,06 ^o
U _{cr} x V, мкмоль/мин	33,05±1,96	7,1±0,71 ^o	17,54±1,1 ^o	13,42±0,68 ^o	15,81±0,67 ^o
СКФ, мкл/мин	327,4±25	42±5,23 ^o	172±11 ^o	125±6,86 ^o	145±8,25 ^o
R _{H2O} , %	99,15±0,07	97,08±0,24*	98,57±0,13 ^o	98,4±0,09 ^o	98,47±0,09 ^o
ФЗ _{Na} , мкмоль/мин	46770±3414	4236±480 ^o	24512±1535 ^o	17780±889 ^o	20788±1032 ^o
U _{Na} x V, мкмоль/мин	0,218±0,009	0,031±0,0026 ^o	0,171±0,005 ^o	0,133±0,0049 ^o	0,152±0,006 ^o
R _{Na} , %	99,51±0,045	99,19±0,075*	99,26±0,068	99,23±0,05	99,24±0,06
C _{osm} , мкл/мин	8,39±0,42	138±0,16 ^o	6,73±0,315 ^o	5,35±0,18 ^o	6,12±0,18
C _{H2O} , мкл/мин	-5,71±0,44	-0,173±0,066 ^o	-4,41±0,22 ^o	-3,4±0,17	-3,92±0,172
U _{осм} x V мкосм/мин	2,55±0,15	0,484±0,037 ^o	1,98±0,09	1,572±0,06	1,786±0,091
U _{Рi} , мг/мл	1,34±0,1	7,45±0,51 ^o	2,8±0,21	3,4±0,29	2,9±0,19

Примечание: все показатели рассчитаны на 100 г массы тела животного; достоверность различий по отношению интактных: * - p<0,05; ° - p<0,01.

Таким образом, профилактическое введение исследуемых препаратов (масляные экстракты лопуха, крапивы и липоевая кислота) животным тормозят или ослабляет течение (развитие) хром-индуцированной нефропатии, т.е. проявляет нефропротекторное влияние. При этом отмечается повышение диуретической, депурационной функции почек, увеличение СКФ, экскреции натрия, ОАВ, C_{osm}, C_{H2O}, снижение протеинурии, ВПН на фоне торможения СРО и активизации эндогенной АОС организма, в частности почек.

Полученные данные позволяют предположить, что одним из возможных аспектов в механизме их нефропротекторного действия является наличие антиоксидантной активности [3]. Значительную роль в антиоксидантном влиянии изучаемых препаратов играет их способность повышать активность системы глутатиона, о чем свидетельствуют полученные данные об увеличении под их влиянием количества сульфгидрильных групп и соотношения SH-групп/МДА, отражающих уровень ликвидации дисбаланса в одной из важнейшей антиоксидантных ферментных систем регуляции ПОЛ, глутатионовой, за счет повышения АОЗ клетки [4]. По данным последних лет тиолдисульфгидрильной системе, в частности восстановленному глутатиону, отводится роль главного водорастворимого антиоксиданта, поскольку установлено, что в условиях окислительного стресса повышенная концентрация тиоловых групп защищает клеточные структуры и функциональные белки от повреждения, а также ускоряет инактивацию гидроперекиси и других токсических продуктов [5,6]. По мнению ряда ученых [7] прооксидантное действие хрома реализуется именно посредством продукции гидроксильного радикала (гидроперекиси), который являясь активной формой кислорода, будет усиливать СРО, тем самым оказывая повреждающее действие на организм.

Следует отметить, что флавоноидные соединения, входящие в состав изучаемых масляных экстрактов на ряду непосредственным, оказывают опосредованное антиоксидантное действие, выражающееся в способности защищать от окислительной деструкции важнейших эндогенных антиоксидантов: аскорбиновую кислоту, аденилин и другие.

Выводы. 1. Масляные экстракты из корней лопуха, листьев крапивы и липоевая кислота обладают защитным действием в условиях острой токсической нефропатии. Уменьшают степень нарушения диуретической, депурационной, ионо-осморегулирующей функцию почек, тем самым тормозят развитие острой почечной недостаточности.

2. Развитие хром-индуцированной нефропатии сопровождается усилением процессов перекисного окисления липидов. Превентивное применение масляных экстрактов лопуха, крапивы и липоевой кислоты активизирует антиоксидантную защиту в почках, что наряду с увеличением скорости клубочковой фильтрации, способствуют проявлению защитного действия в условиях данного вида патологии.

Литература:

1. Скальная М.Г., Дубовой Р.М., Скальный А.В. Химические элементы – микронутриенты как резерв восстановления здоровья жителей России: Монография. – Оренбург, РИК ГОУ ОГУ, 2004. – 239с.
2. Шевченко И.Т., Богатов О.П., Хрипта Ф.П. Элементы вариационной статистики для медиков. – Киев: «Здоровье». – 1970. – 108 с.
3. Алдиярова Н.Т. Фармакологическое обоснование применения масляных экстрактов лекарственных растений при бронхолегочной патологии (экспериментальное исследование): автореф. д.м.н.: 14.00.25. – Астана, 2006. – 44 с.
4. Шлейкин А.Г. Биохимические маркеры дыхательного дистресса // Экологическая безопасность городов. Матер. научн. конф. Санкт-Петербурга, 5-6 окт. 1993. – СПб., 1993. – с.232-233.
5. Packer L. (ed) Biothiols Part A: Monothiois and dithiols, protein thiols and thiol radicals // Methods in enzymol. – San – Diego. – Acad. Press. – 1995. – V. 251 – 382 p.
6. Das D. Thioredoxin regulation of inchemic preconditioning // Antioxid. and redox. signal. – 2003. – V.5, №5. – P. 405-412.
7. Тимошинова С.В., Шарапова Н.В., Михайлова И.В. и др. Влияние хронической интоксикации хромом и бензолом на антиоксидантный статус крыс // Вестник ОГУ. – 2004. – №10. – С. 132-133.

Хроммен индукцияланган нефропатияның ағымына ошаған, қалақай майлы сығындылары мен липой қышқылының әсері

Хроммен индукцияланган бүйрек жетіспеушілігінің алдын ала қолданғандағы ошаған, қалақай майлы сығындыларының және липой қышқылының әсерлерінің нәтижелерін зерттеу, олардың белгілі бір деңгейге дейін хроммен индуцирленген нефропатияның дамуын тежейтіндігі көрсетті.

Influence of acidum lipicum, oil extracts of the burdock and nettle on the current of the nephropathy induced by chrome

Studied influences of oil extracts of a burdock, a nettle and Acidum lipicum on chrome-induced renal insufficiency. Investigated preparations at preventive application brake development nephropathy chrome-induced.

ӨЖ616.441-08

ҚАЛҚАНША БЕЗ АУРУЛАРЫМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ӨМІР СҰРУ САПАСЫН ЖАҚСARTUDЫҢ МАҢЫЗЫН АРТТЫРУ

А.С. Масадыков

Семей қаласы Мемлекеттік медицина университеті

Қалқанша без ауруларының көбі нақты жас ерекшелікпен сипатталады, яғни олар өмір сүру барысында пайда болады, заңды даму динамикасына ұшырайды және нақты бір жаста клиникалық көріністер жиілігі биігіне жетеді.

Бұл, әсіресе тиреоидты патологияның болуы жөніндегі эндемиялық аймақтарда нақты көрінеді (1,2). Профилактика мен емдеу жүргізілмеген эндемиялық зобтың патогенез заңдылығы аурудың қалыптаса бастағаннан кейін 15-20 жыл өткенде әдетте 40 жастан асқан адамдарда клиникалық байқалудың анағұрлым маңызды дамуына әкеледі (3). Тұрғындардың қартаю тенденциясы, қалқанша бездің клиникалық манифестелген формасындағы өмір сүру сапасының төмендеуі, диагностика мен емдеу әдістері құнының қымбаттылығы қалқанша бездің түйінді патологиясын тиімді емдеуді анықтау мен таңдауда мәселені маңызды әлеуметтік факторға айналдырды. Бұл мәселедегі науқастардың өмір сүру сапасын сақтау мен оны жақсарту ерекше орын алады және экономикалық аспектілермен тығыз байланысты.

Соңғы уақытта денсаулық сақтау ісін басқару қызметі елеулі өзгерістерге ұшырады. Қазіргі кезде әдістің ғылыми негізделген ұсынымдары қажет. Экономикалық мақсаттылық пен ізгілік жолдары және мемлекет мүддесі арасындағы тепе-теңдікті сақтап қалу өте маңызды (4).

Зерттеудің мақсаты.

Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу сапасын өмір сүру сапасы белгісін ескере отырып жақсарту формаларын ұйымдастыруды дайындау.

Материалдар мен әдістер.

ҚР ДСМ бұйрықтары мен нормативті құжаттары, қалқанша бездің әртүрлі түйінді патологиясымен сырқаттанған науқастардың сырқатнамалары мен амбулаторлық карталары, SF 36 әдісін пайдалана отырып өмір сүру сапасын талдау нәтижелері талданды (5,6).

Зерттеу нәтижелері және оларды талдау

Қалқанша бездің негізгі түйінді патологиясын анықтау мен емдеуге арналған қолда бар ғылыми еңбектер мен клиникалық ұсынымдарға жүргізілген талдау осы процесстер сапасына тікелей байланыста болып, елеулі ықпал ететін бірқатар мәселелерді анықтауға мүмкіндік туғызды. Олардың негізгілеріне мыналар жатады:

1) Қалқанша бездің түйінді патологиясын дер кезінде анықтауға бағытталған жүйелі тәсіл мен нақты стратегияның жоқтығы.

2) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу сапасын бағалау белгілері қойылмаған және көрсеткіштер анықталмаған.

3) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесіне бейімделген және ЕПМ басқарудың жалпы жүйесіне интегралданған, сапаны басқарудың қисынды жүйесінің жоқтығы.

Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесінің өзін мақсатты түрде жетілдіру мүмкіндігінің болмауы салдар сияқты.

4) Қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау мен емдеу процесін – негізгі процесс қызметін қамтамасыз ететін, қосалқы процесстерді сипаттайтын параметрлердің нақты жүйесінің болмауы. Аталмыш

жағдайдағы қосалқы процесстерге адами, материалдық-техникалық және ең алдымен қаржылық ресурстардың қалыптасуына байланысты негізгі процесті жүргізуге қажетті процестер жатады.

5) Жетекші клиникалық параметрлер қатарында науқастардың өмір сүру белгісін пайдаланудың және жүргізілген емнің экономикалық тиімділігі ассоциациясының болмауы.

Қалқанша бездің түйінді патологиясы аурулары тұрғындар арасында скрининг жүргізу нәтижесінде және тұрғындардың өздері эндокринологқа немесе басқа мамандық дәрігерлеріне қаралу барысында анықталуы мүмкін.

Осыған жүгіне отырып, қалқанша бездің түйінді патологиясын анықтау сапасы мен емдеу процесін ұйымдастыру құрамына мыналар жататын көп факторлы мәселе деп айтуға болады:

- мамандардың біліктілігі;
- медициналық қызметтің сапасы мен оларды ұйымдастырудың сапасы;
- құрал-жабдықтардың, аспаптардың, дәрілік препараттардың, ақпараттық қамтамасыз етілу сапасы;

Оның өзінде қажетті сапаға қол жеткізу қалқанша бездің түйінді патологиясы барысында анықтау мен емдеу процесін ұйымдастыру мәселесіне қатысты барлық қызмет саласында сапаны қамтамасыз ету әдісі іске асқан кезде кешенді жүйелі тәсіл барысында ғана мүмкін.

Аурудың әрбір сатысы үшін клиника-экономикалық белгілер бойынша емдеудің неғұрлым тиімді әдістерін маңызына қарай талдау жүргізіледі. Өмір сүру сапасы белгілерін пайдалану және емдеудің экономикалық жағынан байланысын талдау ұсынылады. Егер бірнеше саты немесе ауру формалары үшін неғұрлым артықшылығы басым әдістер сәйкес келіп жатса, онда бұл сатылар бір топқа біріктіріледі. Науқастың осы топтардың біріне жатуы неғұрлым нақтырақ сатылану топ ішінде лайықсыз болғандықтан диагностика мақсаты болып табылады.

Медициналық көмек көрсету барысында маңызды фактор – емдеу салдарын ескеру қажет. Басты міндет: нақты пациенттің өмір сүру сапасы жағынан неғұрлым жақсы нәтижеге жету мүмкіндігі жөнінен қамтамасыз ету, осы нәтижеге дұрыс болжам жасау және пациентті (немесе оның туыстарын) зардаптары туралы хабардар ету.

Тиімділіктің клиникалық белгілері пациенттің өміріне тікелей қауіп болмаған жағдайда, пациенттің емдеу нәтижелеріне қанағаттанбауы себебін талдау барысында аса маңызды.

Қанағаттанбау мен өмір сүру сапасының төмендеуінің мынадай себептерін бөліп айтуға болады:

1. Ауру сатысын немесе формасын дұрыс анықтамау.
2. Аталмыш саты немесе форма үшін дұрыс емдеу әдісін таңдамау.
3. Диагностика мен ем жүргізу әдістерін сақтамау.
4. Әдістің науқастың өмір сүру сапасын жақсартуға әкелу қабілетсіздігі.

Осы себептерді талдау барысында диагностикалық және емдеу әдістерін қолдану тәжірибесіне өзгерістер енгізу қажеттілігін нақты негіздеу мүмкіндігі айқындалады.

Қорытынды: Қалқанша бездің түйінді патологиясымен сырқаттанған науқастарға медициналық көмек көрсету сапасын жетілдіру аурудың сатысы мен емдеу тәсілін қолдануға қатысы жоқ науқастардың өмір сүру сапасына есеп жүргізуді талап етеді.

Өмір сүру сапасын талдау жалпы процедура шеңберінде экономикалық тиімділікті бағалаумен үндесуі мүмкін.

Қалқанша безді емдеудің стандартты жолдарын дайындау мен тәжірибеге енгізуде алынған нәтижелер негізінде емдеудің дифференциалды кешенді жолдары мен өмір сүру сапасы ескерілуі қажет.

Әдебиеттер:

1.Болезни щитовидной железы // Под ред. Л.И.Бравермана. - М.: Медицина, 419 с.

2.Oppenheimer J.H., Schwartz H., Strait K.A. Thyroid hormone action 1994: the plot thickens // Eur. J. Endocrinol. -1994. - Vol.130, N.1.-P.15-24.

3.Фадеев В.В. Йододефицитные заболевания // Эндокринология. - 2002. - Т.2, №4.

4.Вялков А.И., Воробьев П.А. Здравоохранение Российской Федерации: Развитие медицины основанной на доказательствах // Проблемы стандартизации в здравоохранении. -2001.- №1.

5.Ware J.E., Sherbourne CD. The MOS 36-item short health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection // Mod. Care. -1992. - Vol.30. - P.473-483.

6.Бойцов Б.В., Крянев Ю.В., Кузнецов М.А. Качество жизни // Стандарты и качество. -1997. - №8.

Improving the quality of life of patients with thyroid diseases

A.S. Masadykov

Research objective. Working out of organizational forms of improvement of quality of diagnostics and treatment of a nodular pathology of a thyroid gland taking into account quality of life criterion.

Orders and standard documents of Ministry of Health care of Kazakhstan, case records and out-patient cards of patients with various central diseases of a thyroid gland, results of the analysis of quality of life with use of technique SF36 are analysed.

Perfection of quality of medical care by the patient with a central pathology of a thyroid gland demand the account of quality of life of patients without dependence from a stage of disease and the applied method of treatment.

The analysis of quality of life can be interfaced to an estimation of economic efficiency within the limits of the general procedure.

Working out and introduction of standard approaches to thyroid gland treatment should consider necessity of an estimation of quality of life and the differentiated complex approach to treatment on the basis of the received results.

УДК616.428:616.383:612.339:546.76

ХРОМ ҚОСЫНДЫСЫНЫҢ ІШПЕРДЕ ІШІЛІК ӘСЕРІ КЕЗІНДЕГІ ПЕЙЕР ТАБАҚШАЛАРЫНДАҒЫ ЖӘНЕ ШАЖЫРҚАЙ ЛИМФА ТҮЙІНДЕРІНДЕГІ ӨЗГЕРІСТЕР

Қ.Е. Жарылқасынов

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қ.

Кіріспе: Химиялық элементтерді ауылшаруашылық саласында, өндірісте кең қолдану қоршаған ортаның және тағам өнімдерінің ластануына әкеліп, нәтижесінде адам денсаулығын қорғаудың өзекті мәселелерін туындатып отыр. Химиялық заттар аз мөлшерде адам және жануарлар ағзасына түскенімен, олардың жинақталуы арқылы ағзада эндогенді улану дамиды. Нәтижесінде зат алмасу үрдісі бұзылып, регуляторлық, адаптациялық, физиологиялық және т.б. қызметтердің әлсіреуінен, одан әрі қайтымсыз үрдістің дамуына әкелуі ықтимал [1,2].

Ю.И. Бородин мәліметтері бойынша кез-келген ішкі орта жағдайының бұзылыстары міндетті түрде ағзадағы лимфатикалық жүйенің көрсеткіштерінің бұзылыстарына әкеледі. Лимфатикалық жүйе әр-түрлі сыртқы және ішкі орта факторларының әсерлеріне алғашқы болып кешенді түрде жауап береді. Лимфатикалық құрылымдардың барлық звеноларының ағзадағы патологиялық процеске реакциясы біріккен түрде жүреді, сондықтан бұл жүйенің әрбір компоненті лимфатикалық құрылымдардың интеграциялаушы жауабы шеңберінде өзінің арнамалы қызметін атқарады [3,4,5,6,7].

Осы орайда, адам ағзасындағы хромдық патологиялар кезіндегі лимфоидты құрылымдардағы болатын өзгерістер соңғы жылдары ғалымдардың қызығушылығын тудырып отыр [8,9]. Себебі хром микрэлементтерімен сыртқы ортаның ластану қарқыны өндірістердің дамуына байланысты, әсіресе Ақтөбе облысы аймағында жоғарылап отыр.

Зерттеу мақсаты: Бихромат натрийдың созылмалы әсері кезіндегі аш ішектің бойындағы Пейер табакшаларының және шажырқай лимфа түйіндерінің құрылымдық – функционалдық қайта құрылуын тәжірибеде анықтау.

Зерттеу әдістері мен материалдары: Зерттеу салмағы 200-250 гр. құрайтын 30 аталық егеуқұйрықтарға жүргізілді. Бихромат натриймен ішперде ішілік созылмалы әсер ете отырып, Пейер табакшаларындағы және шажырқай лимфа түйіндеріндегі болатын микроанатомиялық өзгерістер бақылау тобымен салыстырылды.

Тәжірибе соңында егеуқұйрықтарға декапитация жасалынып аш ішек бойындағы лимфоидты құрылымдар мен шажырқайлық лимфа түйіндері анатомиялық, гистологиялық тәсілдермен зерттелді.

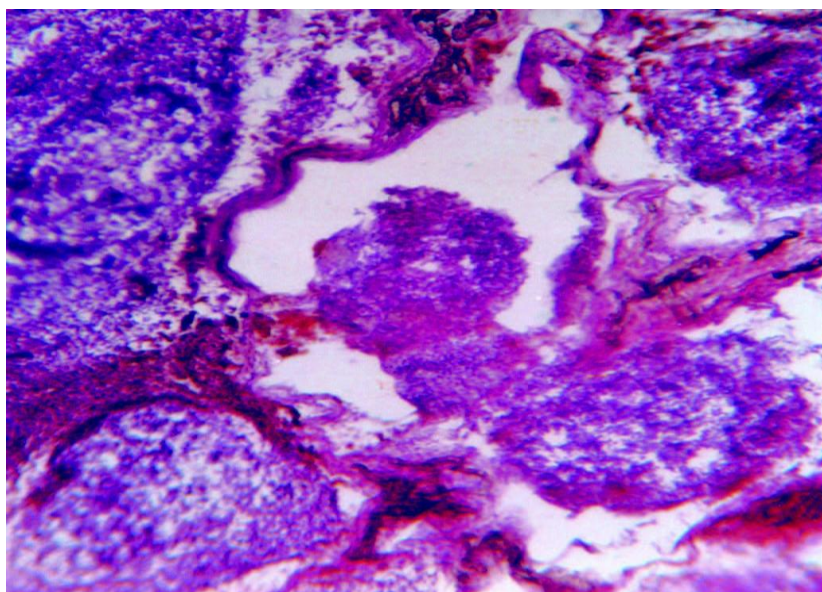
Зерттеу нәтижелері және оны талдау:

Бихромат натрийды енгізгеннен кейін 14 тәулікте шажырқай лимфа түйіндерінің паракортикальды аймағының көлемдік тығыздығы 2,5 есеге жуық ұлғайды. Паракорттектің бихромат натрийды енгізгеннен кейін көлемінің ұлғаюы, сол аймақта лимфаның кідіруіне байланысты ісінуіне болуы мүмкін.

Жарықсыз орталықты лимфоидты түйіншіктердің көлемдік тығыздығы бақылау тобымен салыстырғанда 7 тәулікте 2,7 есе, ал 14 тәуліктен кейін 3,5 – 3,6 есе шынайы кеміген. Ал, жарықты орталықты түйіншіктер өзгеріссіз қалды. Дегенмен мантиялық аймақтың көлемдік тығыздығы 3,7 есеге жуық бақылау тобымен салыстырғанда кеміді.

Лимфа түйіндеріндегі лимфоидты түйіншіктер көрсеткіштерінің төмендеуі лимфа түйіндеріндегі В-

лимфоциттердің азаюына байланысты болып отыр (сурет 1).



Сурет – 1. Шажырқай лимфа түйінінің паренхимасы. Уланудың 14 тәулігі. Жарықты орталықты лимфоидты түйіншіктердегі лимфоидты жасушалардың азаюы. Гематоксилин және эозин әдісімен боялған. Үлк. X 200.

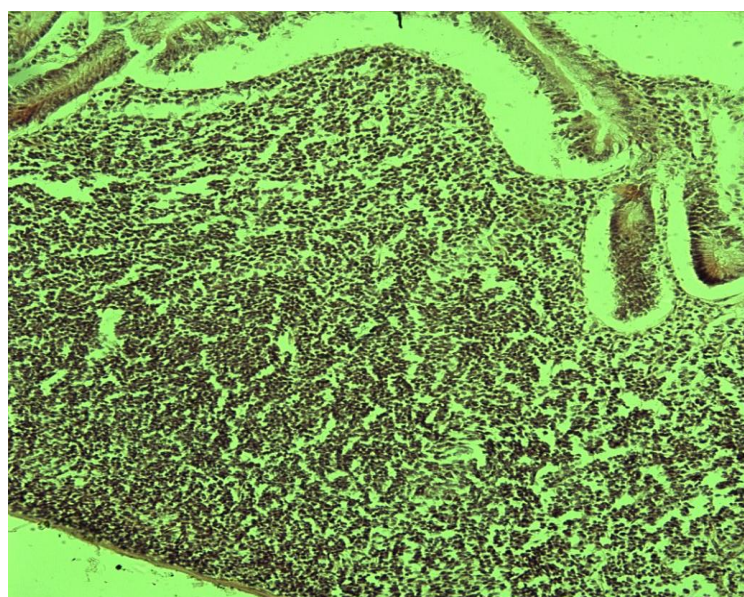
Жоғарыда сипатталған өзгерістер созылмалы уланудың барлық мерзімдерінде анықталды.

Бихромат натриймен созылмалы улану нәтижесінде миль зат құрылымының алаңында бақылау тобымен салыстырғанда шынайы айырмашылықтар болған жоқ.

Кейбір препараттарда жарықты орталықты, жарықсыз орталықты лимфоидты түйіншіктерде лимфоидты фолликулалардың дистопиясы анықталды. Осындай фолликулалар қыртыстық платода ғана емес, паракортикальды аймақтың орталығында, паракортекс пен миль заттың шекарасында және миль заттың өзінде де орналасқандығы анықталды.

Аш ішек бойындағы лимфоидты табақшалардың созылмалы уланудың барлық кезеңдерінде барлық құрылымдық аймақтарының алаңдарының бақылау

тобымен салыстырғанда төмендеуі анықталды. Лимфоидты табақшалардағы түйіншелер алаңы 14 тәулікте 3,2 есе, ал 30 тәулікте 6,3 есе шынайы кеміген. Уланудың 30 тәулігінде жарықты орталықты түйіншелердің айқын азайғандығы анықталды. Ал, түйінше аралық аймақ 14 тәулікте 2,0 есе, 30 тәулікте 3,2 есе артқан. Уланудың бастапқы кезеңінде лимфоидты табақша күмбезі алаңы 1,2 есе артқанымен, 14 тәулікте 1,5 есе, ал 30 тәулікте 2,7 есе жуық кемігендігі анықталды. Лимфоидты табақша күмбезі алаңының уланудың бастапқы кезеңде артуын көбею орталығынан ішек күмбезіне қарай лимфоциттердің миграциясымен байланыстыруға болады (сурет 2).



Сурет – 2. Аш ішектің лимфоидты табақшасы. Жарықты орталықты лимфоидты түйінше анықталмайды. Гематоксилин және эозин әдісімен боялған. Үлк. X 200.

Қорытынды. Бихромат натриймен созылмалы улану егеуқұйрықтардың иммундық ағзаларында елеулі өзгерістер тудырды. Шажырқай лимфа түйіндеріндегі және аш ішек қабырғасындағы лимфоидты табакшалардың иммундық жауапқа қабілетті аймақтары алаңының күрт кемуі, лимфоидты тіндердің функциональдық қабілетінің жадауына әкеледі.

Әдебиеттер:

1. Рахманов С.Б. Аш ішек бойындағы лимфоидты құрылымдардың дамуы мен қызметіне қазіргі көзқарас // Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясының хабаршысы. – 2007. - №4(37). – С.215-217.
2. Левин Ю. М. Эндозкологическая медицина / Ю. М. Левин. - М., 2000. - 343 с.
3. Бородин Ю. И. Лимфология как наука: некоторые итоги и перспективы // Проблемы клинической и экспериментальной лимфологии: сб. науч. тр.: (материалы междунар. конф.). - Новосибирск, 1996. - 31-42.
4. Бородин Ю.И. Лимфодренажный фактор эндозкологического равновесия // Проблемы лимфологии и эндозкологии. Труды НИИКиЭЛ СО РАМН. Под. ред. Ю.И. Бородина и В.Н. Горчакова. - Новосибирск, 1998. - Т.7. - 50-53.

5. Бородин Ю. И. Проблемы лимфодетоксикации и лимфосанации // Проблемы экспериментальной клинической и профилактической лимфологии. — Новосибирск : Изд-во НИИ экспер. и клин. лимфологии СО РАМН, 2000. - 5-9.

6. Бородин Ю. И. Влияние кратковременного потребления вод различного состава на структурную организацию лимфоидных органов и стенки тонкой кишки // Сибирский консилиум. - 2004, - № 1 (31). - 8-11.)

7. Бородин Ю.И. Лимфатическая система и водный гомеостаз // Морфология. - 2005. - №4. - С. 60-65.)

8. Голубева И. А. Морфо - функциональная характеристика лимфоидных органов и стенки тонкой кишки при потреблении вод различного состава (экспериментальное исследование) : автореф. дис. ...д-ра мед. наук / И. А. Голубева. - Новосибирск, 2004. - 42 с.

9. Балмагамбетова А.Д., Адайбаев Т.А. Изменение лимфатического русла желудка при хроническом воздействии бихромата клия // Материалы евразийского симпозиума «проблемы саногенного и патогенного эффектов эндо- и экзозкологического воздействия на внутреннюю среду организма» по вопросам фундаментальной и прикладной медицины. – Чолпон-Ата, 2009. –С. 64.

Морфологические изменения в пейеровых бляшках и лимфатических узлах брыжейки при внутрибрюшинном введении соединений хрома

При хроническом отравлении соединением бихромата натрия в брыжеечных лимфоузлах и лимфоидных образованиях тонкого кишечника выявляется резкое уменьшение площади функциональных зон.

Morphological changes in peyers plaques and mesenteric lymph nodes at intraperitoneal introduction of connections of chrome

At a chronic poisoning with connection of bichromate of sodium in mesenteric lymph nodes and lymph nodes small intestines educations sharp reduction of square of functional zones comes to light.

УДК 575.191:612.014.24

РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ КАК ИНДИКАТОРА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Б.К. Дюсембаев, А.Ш. Орадова

Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы

Актуальность. Артериальная гипертензия - один из главных факторов риска острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Большая частота развития ишемических инсультов (ИИ) определяет высокую медико-социальную значимость углублённого изучения АГ в формировании цереброваскулярной патологии [1].

Цель данной работы: уточнить значимость АГ в формировании церебральных дизгемий (ЦД).

Материалы: было обследовано 20 больных, перенёвших ИИ. Среди них 11 человек с ИИ в каротидной системе, 9 человек с ИИ в вертебробазилярной системе. Повторные ИИ отмечались у 5 больных. Пол: 9 женщин и 11 мужчин. Возраст: от 40 до 75 лет, средний возраст 52 года.

Методы обследования: классификация ВОЗ и Международного общества артериальной гипертензии, статистическая обработка заключений терапевтов из историй болезней и амбулаторных карт, сбор жалоб и анамнеза, осмотр больных с применением физикальных методов обследования.

Результаты и обсуждение: по нашим данным, колебание артериального давления (АД), в том числе и до высоких цифр, отмечалось у всех 20 обследуемых с ИИ. Среди них 11 человек страдали первичной АГ, которая являлась дебютом всех последующих хронических заболеваний, а 9 – вторичной. Этиология симптоматической АГ обследуемых была различна: ренопаренхима-

тозная – у 5 человек, эндокринная – у 2, кардиогенная – у 2.

Нами было проведено измерение АД у больных в остром периоде ИИ. Среднее рабочее АД на фоне проводимой медикаментозной коррекции АГ варьировало от 100/70 до 160/100 мм рт ст (в среднем $132 \pm 13,99 / 83 \pm 8,01$ мм рт ст). Кроме того, согласно классификации ВОЗ и Международного общества артериальной гипертензии на фоне проводимой терапии оптимальное АД было у 2 человек, высокое нормальное – у 2, I степень (мягкая) АГ – у 7, II степень (умеренная) АГ – у 1, изолированная систолическая АГ – у 4, III степень (выраженная) АГ – не зафиксирована. Согласно данным амбулаторных карт максимальные цифры подъёма АД варьировали от 130/90 до 260/150 мм рт ст (в среднем $182,5 \pm 27,5 / 113,5 \pm 15,65$ мм рт ст). Только у 3 больных без медикаментозной коррекции была выявлена мягкая АГ, остальные 18 человек страдали выраженной АГ.

Ряд авторов [2] считает, что среди всех форм АГ на долю мягкой и умеренной приходится около 70-80%, в остальных случаях наблюдают выраженную АГ. Мы полагаем, что именно выраженная АГ, а именно подъём цифр АД более 180/110 мм рт ст является индикатором в развитии ЦД. Речь идёт о прямой связи между уровнем АД и риском развития ИИ: по литературным данным увеличение диастолического АД на 7,5 мм рт ст сочетается с увеличением риска ИИ почти в 2 раза. АГ

напрямую и опосредованно приводит к развитию ОНМК [3]. Мы согласны с авторами, что АГ вызывает в перфорирующих артериях мозга липогиалиноз и фибриноидный некроз, а также стимулирует атеросклероз прецеребральных, крупных и средних церебральных артерий и развитие сердечных заболеваний. Чем выше были цифры АД у обследованных нами пациентов, тем более выражены были изменения. Стаж АГ составлял от 3 до 30 лет (в среднем $11,1 \pm 8,26$ лет) с момента первого измерения АД, но больные отмечали ухудшение состояния за годы (от 2 до 5 лет) до контроля цифр АД. Течение и осложнения АГ усугубляли длительное регулярное употребление алкоголя и курение. Преимущественно крепкими алкогольными напитками систематически злоупотребляли 7 человек, эпизодически – 8. Длительный срок курения был отмечен у 8 человек. Течение АГ, по нашим данным, ухудшали также изменения липидного профиля на фоне регулярного несоблюдения диеты, наличия сахарного диабета и ишемической болезни сердца. В последние годы активно изучаются генетические механизмы АГ [4]. У 18 из 20 обследованных нами больных наследственность по АГ была отягощена. Среди них 5 человек назвали причиной смерти их родителей ИИ. Многие обследованные нами больные не могли точно вспомнить заболевания родителей. Однако часть пациентов упомянула симпто-

мы, свидетельствующие об ухудшении состояния кровных родственников на фоне повышенного АД. Следует отметить, что у всех 20 обследованных нами пациентов мозговая катастрофа произошла в момент повышения АД на фоне отягощенной наследственности по сердечно-сосудистой патологии.

Заключение: существует прямая связь между уровнем подъема АД и риском развития ИИ. Выраженная АГ является индикатором развития ЦД на отягощенном по наследственности и преморбидном фоне (в виде экзогенных вредностей, дислипидемий, гликемий и сопутствующей сердечно-сосудистой патологии).

Литература:

1. Фоякин А.В., Суслина З.А., Гераскина В.А. Кардиологическая диагностика при ишемическом инсульте. – С.-Пб.: ИНКАРТ, 2005. – 224 с.
2. Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
3. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. – М.: Медицина, 2001. – 744 с.
4. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С., Галевич А.С. Внутренние болезни. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 586 с.

Тамыр гипертензиясының ролі бұл индикатор

Б.Қ. Дюсембаев, А.Ш. Орадова

Цереброваскуляр патологиялары (ТГ) тамыр гипертензиясы жүйенің жүрек-қолқасының ауруларының арасында бірінші орында орналасады. Ауруды мәліметпен 20-30% ересек тұрғындарды бейнет тартады. Көп таралғандық жас шамасымен үлкен 65 жылдардың тұлғаларында үлкейіп 50-65% жетеді.

Role of the arterial hypertension as indicator of cerebrovascular pathologies

B.K. Dyuyssembayev, A.Sh. Oradova

The arterial hypertension (AG) wins first place among diseases of cardiovascular system. The given diseases 20-30 % of adult population suffer. With the year's prevalence increases and reaches 50-65 % at persons is more senior 65 years.

УДК 618.14-089+616.9

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕДА И ПЛАЦЕНТАРНОГО ЛОЖА МАТКИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

З.Г. Хамидуллина

Национальный Научный Центр Материнства и Детства, г. Астана

Актуальность. Несмотря на современные достижения медицинской науки инфекционно-воспалительные осложнения после операции кесарево сечение все еще остаются актуальной проблемой в акушерстве. Материнская смертность от акушерского сепсиса в Республике Казахстан занимает пятое место среди причин, связанных с беременностью и родами, не имея тенденции к снижению. В большинстве случаев это связано с акушерскими осложнениями и их запоздалой диагностикой. Кроме того, немаловажное значение имеет изменение характера патогенной микрофлоры и нерациональное применение антибиотиков [1-3].

Частота инфекционно-воспалительных осложнений после кесарева сечения колеблется в широких пределах от 13,3% до 54,3% [4-6].

Наиболее частыми инфекционными осложнениями являются метроэндометрит (10-30%) и нагноение операционной раны (3-5%) [7].

Ведущее значение в развитии инфекционно-воспалительных осложнений после операции кесарево сечения имеет наличие амниальной инфекции и, как следствие этого инфицирование тканей последа и эндометрия.

Целью нашего исследования явилось установление взаимосвязи между воспалительными изменениями в последе, плацентарном ложе матки и возникновением инфекционно-воспалительных заболеваний в послеоперационном периоде.

Материалы и методы исследования. Материалом исследований явились 60 плацент и биоптатов плацентарного ложа, взятых от рожениц во время операции кесарево сечение. В зависимости от течения послеоперационного периода они были разделены на 2 группы, по 30 плацент и биоптатов плацентарного ложа в каждой.

I группу (основная группа) составили плаценты, взятые от рожениц с инфекционно-воспалительными осложнениями в послеоперационном периоде. К осложненному течению послеоперационного периода относили метроэндометрит в 3 случаях, субинволюцию матки в 7 случаях, инфильтрат шва передней брюшной стенки в 12 случаях, частичное расхождение кожных швов передней брюшной стенки в 8 случаях.

II группу (группа сравнения) составили плаценты, взятые от рожениц с неосложненным течением послеоперационного периода.

В работе использовались макроморфометрические, гистологические и гистохимические методы исследования.

Для обработки клинического материала и результатов лабораторных исследований использовался общепринятый в медицине метод вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента. В обработке учитывались только достоверно значимые ($p < 0,05$) различия.

Статистическая обработка и анализ результатов проводились на персональном компьютере Asus A3500L с помощью программ «Stats Graphics», «Statistica», «Excel».

Результаты исследования и их обсуждение.

Средний возраст пациенток в основной группе составил $29,5 \pm 0,9$ лет, в группе сравнения $28,8 \pm 0,8$ лет ($p > 0,05$). Послеоперационные инфекционно-воспалительные осложнения чаще встречались у родильниц в возрасте 31-36 лет (53,3%).

Изучение соматического анамнеза выявило, что экстрагенитальные заболевания имели $80,0 \pm 7,4\%$ обследованных основной группы, при этом на 1 беременную приходилось 2,3 соматической патологии; в группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно $66,7 \pm 8,8\%$ пациенток, 1,8 соматической патологии ($p > 0,05$). Представленные данные свидетельствуют о наличии сочетанной экстра-генитальной патологии у пациенток сравниваемых групп: в основной по 3 заболевания у $46,7 \pm 9,3\%$, по 2 - у $13,3 \pm 6,3\%$; сравнительной по 2 - у $50,0 \pm 9,3\%$, ($p < 0,001$).

В структуре перенесенных экстрагенитальных заболеваний среди обследованных основной группы преобладали в 5 раз частые острые респираторные заболевания ($p < 0,05$), в 4,5 раз патология эндокринной системы ($p < 0,05$), в 3 раза хронические инфекционные заболевания мочевыделительной системы ($p < 0,001$), в то время как в группе сравнения достоверно чаще встречались заболевания ЦНС, органов зрения, венозной системы нижних конечностей ($< 0,05$ - $< 0,02$).

Гинекологические заболевания имели $80,0 \pm 7,4\%$ обследованных основной группы, при этом на 1 беременную приходилось 1,6 гинекологической патологии; в группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно $63,3 \pm 9,0\%$ пациенток, 1,5 гинекологической патологии ($p > 0,05$). Наиболее часто у пациенток сравниваемых групп наблюдались хронические воспалительные процессы матки и придатков (в основной - $46,7 \pm 9,3\%$, в сравнительной - $26,7 \pm 8,2\%$; $p > 0,05$).

Преобладающее большинство пациенток сравниваемых групп были повторнородящими, первородящими ($46,7 \pm 9,3\%$ и $40,0 \pm 9,1\%$; $p > 0,05$).

Данные анализа репродуктивной функции свидетельствуют об одинаковом исходе предыдущих беременностей между группами: акушерский анамнез в основной группе был отягощён медицинскими абортами у 8 ($26,7 \pm 8,2\%$), невынашиванием у 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), рубцом на матке после предыдущей операции кесарева сечения у 2 ($6,7 \pm 4,6\%$); в группе сравнения соответственно 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), 6 ($20,0 \pm 7,4\%$), 2 ($6,7 \pm 4,6\%$), ($p > 0,05$).

Осложнения беременности у обследованных основной группы наблюдались в 100% (30) случаев, сравнительной группы - в 70% (21) случаев.

Среди заболеваний, перенесенных во время настоящей беременности, в основной группе преобладали обострения хронических очагов инфекции мочевыделительной системы, превышая аналогичный показатель в группе сравнения в 5 раз ($p < 0,001$), что представляет определенный риск для развития инфекционно-

воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Течение беременности во II и III триместрах у пациенток основной группы достоверно больше осложнилось угрозой прерывания беременности ($56,7 \pm 9,2\%$ и $26,7 \pm 8,2\%$; $p < 0,05$), хроническим многоводием ($16,7 \pm 6,9\%$ и $3,3\%$; $p < 0,02$), хронической фетоплацентарной недостаточностью ($26,7 \pm 8,2\%$ и $10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,01$), синдромом внутриутробной задержки развития плода ($26,7 \pm 8,2\%$ и $10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,01$), чем в группе сравнения.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, как осложнение позднего гестоза, отмечена только в основной группе, в 3 ($10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,02$) случаях. При этом поздний гестоз протекал в форме преэклампсии легкой степени ($10,0 \pm 5,6\%$; $p < 0,02$), развивался рано - до 36 недель беременности и возникал у пациенток с неоднократными обострениями во время периода гестации хронических воспалительных заболеваний почек.

Приведенные данные позволяют сделать вывод о том, что осложнения беременности наблюдались с высокой частотой в основной группе обследуемых пациенток, что потребовало длительного, неоднократного стационарного лечения в период беременности ($33,3 \pm 8,8\%$ против $6,7 \pm 4,6\%$ в группе сравнения; $p < 0,001$) и, очевидно, способствовало контаминации беременных женщин госпитальными штаммами.

Роды у всех пациенток были своевременными при сроках беременности 38-39-40 недель.

Сравнительный анализ проведенных оперативных родов у обследованных беременных показал, что у беременных основной группы достоверно часто операция кесарева сечения произведена по экстренным показаниям ($70,0 \pm 8,5\%$ и $16,7 \pm 6,9\%$; $p < 0,001$), чем в группе сравнения.

Плановое абдоминальное родоразрешение достоверно больше произведено у пациенток группы сравнения ($83,3 \pm 6,9\%$ и $30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$), чем в основной группе.

Основные показания к абдоминальному родоразрешению во время беременности в группах наблюдения были сочетанными акушерскими и распределились следующим образом: в основной - возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской патологией - $13,3 \pm 6,3\%$ (4), тазовое предлежание плода в сочетании с акушерской патологией - $6,7 \pm 4,6\%$ (2), рубец на матке после операции кесарева сечения в сочетании с акушерской патологией - $6,7 \pm 4,6\%$ (2); в сравнительной соответственно $16,7 \pm 6,9\%$ (5), $16,7 \pm 6,9\%$ (5), $6,7 \pm 4,6\%$ (2), ($p > 0,05$).

Показаниями, достоверно отличавших пациенток сравниваемых групп при плановом оперативном родоразрешении были экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени с дегенерацией сетчатки, резидуальная энцефалопатия с частыми эпилептиформными припадками) в $33,3 \pm 8,8\%$ (10) случаев среди обследованных группы сравнения ($p < 0,001$). Также при плановом абдоминальном родоразрешении имели место такие показания, как поперечное положение плода в основной группе в $3,3\%$ (1) случае, выраженное варикозное расширение вен влагалища в $10,0 \pm 5,6\%$ (3) случаях.

В процессе родов у пациенток основной группы экстренное кесарево сечение достоверно часто произведено по следующим акушерским показаниям: $13,3 \pm 6,3\%$ (4) острая интранатальная гипоксия плода, слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии, клинически узкий таз, $10,0 \pm 5,6\%$ (3) преж-

дверменное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения у первородящей старше 30 лет, кровотечение, обусловленное преждевременной отслойкой нормально-расположенной плаценты, тазовое предлежание плода в сочетании с острой интранатальной гипоксией плода ($p < 0,05$; $p < 0,02$).

В случаях экстренного оперативного родоразрешения преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось в 4,3 раза достоверно чаще в основной группе, чем в группе сравнения, ($p < 0,001$). При этом продолжительность безводного промежутка более 6 часов отмечена только у пациенток с осложненным течением послеоперационного периода ($30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$). Средняя продолжительность безводного периода при экстренном абдоминальном родоразрешении составила: в основной - 9 часов 5 мин $\pm 0,92$ мин, в сравнительной - 5 часов 33 мин $\pm 0,04$ мин ($p < 0,001$).

Установлено, что у рожениц основной группы проводилось родовозбуждение в 3 раза чаще, чем в группе сравнения ($p < 0,05$), родостимуляция только у обследованных основной группы ($p < 0,05$).

Кесарево сечение в родах в 3 раза достоверно часто произведено у рожениц основной группы ($50,0 \pm 9,3\%$ против $13,3 \pm 6,3\%$, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). При этом продолжительность родового акта более 6 часов наблюдалась только у рожениц основной группы ($30,0 \pm 8,5\%$; $p < 0,001$). Средняя продолжительность родов до операции в сравниваемых группах составила: в основной - 6 часов 7 $\pm 1,0$ мин, в сравнительной - 4 часа 53 мин $\pm 0,3$ мин.

Обезболивание во время операции было одинаковым для всех: общее обезболивание с искусственной вентиляцией легких.

Лапаротомия выполнялась во всех случаях надлобковым разрезом. Разрез на матке проводился поперечно в нижнем сегменте. Ушивание матки производилось викриловым непрерывным, обвивным, двухрядным швом. Операция кесарево сечение в обследованных группах протекала без осложнений. Во время операции отмечались в группах наблюдения спаечный процесс передней брюшной стенки и органов малого таза в 2 ($6,7 \pm 4,6\%$; $p > 0,05$) случаях, миома матки в 2 ($6,7 \pm 4,6\%$; $p > 0,05$) случаях.

Не выявлено достоверных различий в обеих группах наблюдения при исследовании общей кровопотери во время операции кесарево сечение и в длительности операции.

Средняя масса, длина роста новорожденных в обследованных группах статистически достоверно не отличалась. Больше количество новорожденных имело массу при рождении от 3000-3499,0 грамм и составило в основной группе 14 ($46,7 \pm 9,3\%$), в группе сравнения 21 ($70,0 \pm 8,5\%$) новорожденных, ($p < 0,05$). Детей при рождении с массой менее 3000,0 грамм, с признаками гипотрофии достоверно больше отмечено в основной группе в 8 ($26,7 \pm 8,2\%$) случаях, чем в группе сравнения соответственно - в 3 ($10,0 \pm 5,6\%$) случаях, ($p < 0,01$).

Анализ распределения новорожденных по шкале Апгар в сравниваемых группах статистически достоверных различий не выявил. Асфиксия легкой степени была диагностирована у 9 ($30,0 \pm 8,5\%$) новорожденных основной группы, у 7 ($23,3 \pm 7,9\%$) новорожденных группы сравнения, ($p > 0,05$). У рожениц сравниваемых групп во время операции кесарево сечение, произведенного по поводу острой интранатальной гипоксии плода, с одинаковой частотой в 4 ($13,3 \pm 6,3\%$; $p > 0,05$) случаях извлечены новорожденные с обвитием пуповины вокруг шеи плода.

Антибиотикопрофилактику во время операции кесарево сечение проводили после пережатия пуповины - 100% с применением антибиотика широкого спектра действия. Первая профилактическая доза антибиотика составляла 1 грамм и вводилась внутривенно. Для поддержания адекватного профилактического уровня антибиотика его вводили после операции внутримышечно через 6, 12 часов по 1 грамму. При сохранении нормальной температуры тела курс антибиотикопрофилактики прекращали. При наличии показаний (подъем температуры тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$ в первые сутки после операции; наличие лейкоцитоза свыше 20×10^9 в 1 мкл со сдвигом формулы влево в первые сутки после операции; инфекции во время беременности, потребовавшие хотя бы одного курса антибиотикотерапии; рубцово-спаечный процесс в малом тазу; многоводие; миома матки) проводили антибиотикотерапию по 1 грамму 2 раза в день, лечение прекращали при отсутствии температуры в течение 48 часов.

Макроскопическое исследование плацент сравниваемых групп показало, что по средней массе и площади плаценты достоверно не отличались: в основной - $497 \pm 15,2$ грамма, $303,7 \pm 11 \text{ см}^2$ против $513 \pm 7,7$ грамм, $333,5 \pm 8,7 \text{ см}^2$ - в группе сравнения.

В основной группе плацента имела в 12 ($40,0 \pm 9,1\%$) случаях овальную форму, а в 18 ($60,0 \pm 9,1\%$) - округлую с ровными краями. В группе сравнения преобладали плаценты овальной формы в 16 ($53,3 \pm 9,3\%$) случаях, в 14 ($46,7 \pm 9,3\%$) - отмечена округлая форма ($p > 0,05$ по отношению к основной). На плодовой поверхности в $50,0 \pm 9,3\%$ (15) наблюдениях обеих групп ($p > 0,05$) выявлен ободок или валик, а в $20,0 \pm 7,4\%$ (6) наблюдениях основной и в $10,0 \pm 5,6\%$ (3) - группы сравнения ($p > 0,05$) обнаружены очаговые уплотнения, расположенные по краю плаценты. Материнская поверхность в основной группе дольчатая, дольки разной величины и формы, борозды и извилины не во всех случаях хорошо выражены, в группе сравнения дольчатость, извилины и борозды хорошо выражены. В $30,0 \pm 8,5\%$ (9) в основной, в $20,0 \pm 7,4\%$ (6) группы сравнения ($p > 0,05$) на материнской поверхности плаценты наблюдались крупные участки ткани не разделенные на дольки, а в $10,0 \pm 3,3\%$ (3) наблюдениях основной, в $6,7 \pm 4,6\%$ (2) наблюдениях группы сравнения ($p > 0,05$) мелкоочаговые кровоизлияния, кальцификаты и сгустки крови. В основной группе на разрезе ткань губчатого слоя, неравномерного кровенаполнения. Прикрепление пуповины в основной группе краевое в $16,7\%$ (5), промежуточное в $60,0 \pm 9,1\%$ (18), центральное в $23,3 \pm 7,9\%$ (7), в группе сравнения соответственно $10,0 \pm 5,6\%$ (3), $83,3 \pm 6,9\%$ (25), $6,7 \pm 4,6\%$ (2); ($p > 0,05$; $p < 0,02$ по отношению к основной группе).

Выявленные анатомические нарушения строения плаценты в сравниваемых группах, указывают о развитии первичной плацентарной недостаточности, что вызывало клинику угрожающего прерывания беременности в основной группе в $56,7 \pm 9,2\%$ (17), в сравнительной в $26,7 \pm 8,2\%$ (8), ($p < 0,05$).

Причиной обнаруженных аномалий плаценты является нарушение условий имплантации и плацентации, обусловленное недостаточным развитием децидуальной ткани в связи с гормональными расстройствами, атрофическими, склеротическими и другими нарушениями, приводящими к расстройству васкуляризации эндометрия и аномалии плаценты.

Микроскопическое исследование плацент основной группы показало, что патологические изменения в плаценте по выраженности и распространенности были

различными и зависели от экстрагенитальных заболеваний матери (обострение хронического пиелонефрита, ОРЗ, анемия в 33,3% случаев), осложнений беременности (угроза прерывания беременности в 56,7%, гестоз в 33,3%, преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты в 10,0%, хроническое многоводие в 16,7%, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода в 26,7% случаях) и родов (дородовое излитие околоплодных вод в 43,3%, первичная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз в 13,3%, острая интранатальная гипоксия плода в 23,3% случаях).

Так, 15 (50,0±9,3%) плацентах основной группы морфологические изменения носили очаговый характер, а гистологическое строение ворсин хориона соответствовало доношенному сроку беременности.

В остальных 15 (50,0±9,3%) плацентах основной группы морфологические изменения были выраженными и носили распространенный характер, которые проявлялись расстройством маточно-плацентарного кровообращения, дистрофическими изменениями в материнской и плодовой частях плаценты, патологической незрелостью ворсинчатого хориона (в 5 - 16,7±6,9% наблюдениях преобладание промежуточных зрелых ворсин, характерное для конца второго и начала третьего триместра; диссоциированное развитие котиледонов было обнаружено в 5 - 16,7±6,9% плацентах; незрелые, хаотичные склерозированные ворсины наблюдались в 5 - 16,7±6,9% случаях), нарушением компенсаторных реакций и воспалительной инфильтрацией плодовых оболочек, хориона, базальной децидуальной пластины, межворсинчатого пространства, обнаруженной в 10 (33,3±8,8%) плацентах. Выявленные морфологические изменения соответствуют картине хронической плацентарной недостаточности, которая протекала в компенсированной - 5 (16,7±6,9%) случаев и при признаках воспаления в декомпенсированной форме - 10 (33,3±8,8%) случаев.

При микроскопическом исследовании биоптатов плацентарного ложа основной группы в 10 (33,3±8,8%) случаях наблюдалась картина персистирующего эндометрита и недостаточная гестационная перестройка миометриальных сегментов маточно-плацентарных артерий. У данных беременных течение гестации осложнилось обострением урогенитальной инфекции, гестозом. В дальнейшем у этих родильниц в послеоперационный период осложнился субинволюцией матки, метрорэндометритом.

В остальных 20 (66,7±8,8%) случаях в биоптатах плацентарного ложа основной группы наблюдалась полная гестационная перестройка спиральных артерий в эндометрии и подлежащем миометрии.

Проведенное нами комплексное морфологическое исследование плацент от рожениц с неосложненным течением послеоперационного периода показало, что в 20 случаях в плаценте не были обнаружены патологические изменения и гистологическое строение ворсин хориона соответствовало доношенному сроку беременности с хорошо выраженными компенсаторно-приспособительными реакциями.

В 10 (33,3±8,8%) плацентах отмечались очаговые расстройства маточно-плацентарного кровообращения, умеренно выраженные дистрофические изменения материнской и плодовой частей плаценты, относительная патологическая незрелость в виде диссоциированного нарушения созревания, проявляющаяся наличием неравномерного созревания отдельных котиледонов. Выявленные в 10 (33,3±8,8%)

наблюдениях морфологические изменения лежат в основе развития компенсированной формы хронической плацентарной недостаточности.

При микроскопическом исследовании биоптатов пациенток группы сравнения в 6 (20,0±7,4%) случаях обнаружена неполная гестационная перестройка спиральных артерий эндометрия и миометрия в области плацентарной площадки. Следует отметить, что у данных пациенток во время настоящей беременности диагностированы гестозы. В 24 (80,0±7,4%) случаях в биоптатах плацентарного ложа наблюдалась полная гестационная перестройка спиральных артерий в эндометрии и подлежащем миометрии.

При сопоставлении, выявленных нами морфологических изменений в плаценте и состоянием новорожденного отмечено, что достоверных различий в массе и длине тела детей в обеих группах не обнаружено.

В основной группе с признаками гипотрофии родилось 8 (26,7±8,2%) новорожденных, в асфиксии - 9 (30,0±8,5%) новорожденных, группе сравнения соответственно - 3 (10,0±5,6%) и 7 (23,3±7,9%) новорожденных.

Инфекционно-воспалительные заболевания (конъюнктивит, везикуллопустулез) диагностированы в раннем неонатальном периоде у 6 (20,0±7,4%) новорожденных, у матерей которых послеоперационный период осложнился метрорэндометритом, субинволюцией матки.

Проведенное нами комплексное исследование биоптатов плацентарного ложа, последов при сопоставлении с течением послеоперационного периода показали, что имеется прямая связь морфологических изменений маточно-плацентарной ткани с течением послеоперационного периода. У родильниц с инфекционно-воспалительными осложнениями (метрорэндометрит, субинволюция матки) в послеоперационном периоде при исследовании эндометрия, миометрия и последа обнаружены воспалительные изменения, которые проявлялись серозно-гнойным эндометритом, очаговым метритом в области плацентарной площадки, париетальным и базальным децидуитом, суббазальным и субхориальным интервиллизитом, мембранитом, хориоамнионитом в частях последа. В то время в группе сравнения морфологических изменений воспалительного характера в маточно-плацентарной области и последа не наблюдалось.

Помимо этого в основной группе 10 (33,3±8,8%) случаях обнаружена неполная гестационная перестройка спиральных артерий в эндо и миометрии, в группе сравнения 6 (20,0±7,4%) случаях, ($p>0,05$). Это объясняет осложненное течение беременности гестозом, частым обострением урогенитальной инфекции и лежит в основе развития хронической фетоплацентарной недостаточности, которая в основной группе обнаружена в 15 (50,0±9,3%) случаях, в группе сравнения - в 10 (33,3±8,8%) случаях, ($p>0,05$). Выявленные изменения лежат в основе развития перинатальной патологии.

Полученные результаты необходимо учитывать для проведения профилактических и лечебных мероприятий во время беременности и проведения экстренной диагностики последов у пациенток группы высокого инфекционного риска, родоразрешенных операцией кесарева сечения.

Литература:

1. Мамадалиева Н.М., Белинская А.М., Бикташева Х.М., Абдрахманова Р.К., Белеуханова Г.Р., Кудебекова З.А. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Рес-

публике Казахстан за 2004 год". // Алматы. - 2005. - С. 19-21.

2. Мамедалиева Н.М., Белинская А.М., Бикташева Х.М. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Республике Казахстан за 2005 год". // Алматы. - 2006. - С. 26-27.

3. Кудайбергенов Т.К., Бикташева Х.М., Белинская А.М. Статистический сборник "Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц; перинатальной заболеваемости и смертности новорожденных по Рес-

публике Казахстан за 2007 год". - Алматы, - 2008. - С. 24-25.

4. Краснопольский В.И. (под ред). Кесарево сечение // М., Медицина. - 1997. - С. 137.

5. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии // Санкт-Петербург, СпецЛит. - 2005. - С. 152-153.

6. Чернуха Е.А. Родовой блок // Москва, Триада - Х. 2003. - С. - 666.

7. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение // Москва, Триада - Х. - 2004. - С. 170, 183.

Плацентарлы орын, бала жолдасы биоптаттары мен операциядан кейінгі ағым арасындағы біздің жүргізген салыстырмалы комплексті зерттеулеріміз жатыр-плацента улпасындағы морфологиялық өзгерістер мен операциядан кейінгі ағым арасындағы тікелей байланыс бар екейін көрсетті. Босанған әйелдерде операциядан кейінгі кезеңде инфекциянды-қабынулық асқинулар эндометрийді, миометрийді, бала жолдасында қабынулық өзгерістер табылды: серозды-іріңді эндометрит, ошақтық метрит, плацентарлы орын аймағында париетальды және базальды децидуит, суббазальды және субхориальды интервиллезит, мембранит, хориоамнионит. Салыстырмалы топта жатыр-плацента аумағы және бала жолдасында қабыну сипатындағы морфологиялық өзгерістер байқалмады.

There is a direct link between morphological changes in uterine-placental tissue and the duration of the postoperative period. Women with infectious-inflammatory complications in the postoperative period acquired serous-pyo endometritis, focal metritis of placental site, parietal and basal decidua, subbasal and subchorial intervillitis, membranitis, chorioamnionitis in parts of placenta. We also observed incomplete gestational restructuring of the spiral arteries in the endo- and miometrium. In a comparison group, such inflammatory morphological changes were not found. This comparison helps explain complications during pregnancy and the development of chronic fetoplacental insufficiency. The inflammatory changes facilitate the development of perinatal pathologies and interfere with a newborn's ability to adapt in the neonatal period.

УДК 612.014.1:616-006.441

ПЕЙЕР ТАБАҚШАЛАРЫНЫҢ МИКРООРГАНИЗАЦИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМДАРЫНЫҢ ЖАСУШАЛЫҚ ҚҰРАМЫНЫҢ ХИМИЯЛЫҚ ӘСЕРЛЕРГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Қ.Е. Жарылқасынов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Кіріспе: Иммундық жүйе мүшелерін әр түрлі тәжірибелік патологияларда зерттеу, олардағы өтетін құбылыстардың механизмі туралы зерттеулер морфология саласындағы өзекті мәселелерге жатады [1,2,3].

Адам және жануарлар ағзасында иммундық жүйе зақымдаушы агенттерге тез жауап беретін ең сезімтал жүйе болып табылады. Қазіргі таңда адам ағзасына антигендік шабуыл барлық сыртқы және ішкі зақымдаушы факторлардың ішінде басым орын алып отыр. Ал, антигендік әсерден қорғануды иммундық жүйе мүшелері қамтамасыз етеді.

Иммундық жүйе мүшелері ішінде әсіресе сыртқы ортамен тікелей байланысқа түсетін, организмнің ашық жерлерінде (қуыс мүшелерде) орналасқан лимфoidты құрылымдар, сырттан түсетін антигендер әсеріне ерекше жауап береді. Осы орайда, жалпыға белгілі ас қорыту жүйесі адам ағзасына зиянды заттардың түсуінің ең негізгі жолы болып табылады.

Ас қорыту жолындағы лимфатикалық жолдар мен лимфoidты құрылымдардың қорғаныш механизмі жөнінде көптеген ғалымдар жеткілікті зерттеді.

Дегенмен, аш ішек бойындағы Пейер табакшаларының иммунологиялық қызметті бақылауда ерекше орын алатынына бірқатар зерттеушілер көңіл аударуда [4]. Себебі, организмдегі белсенді лимфоциттердің 60-70% лимфoidты табакшаларда орналасқандығы белгілі.

Ал, химиялық қосындылардың әсері кезіндегі болатын Пейер табакшаларындағы өзгерістерді сипаттайтын зерттеулер әлі де болса жеткіліксіз.

Мақсаты: Аш ішек бойындағы пейер табакшаларының жасушалық құрамын бихромат натрий әсерінен динамикада зерттеу.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Тәжірибелік зерттеуге салмағы 200 – 250 грамм құрайтын 40 тексіз ер жынысты егеуқұйрықтар алынды. Егеуқұйрықтарға бихромат натрий бір ай бойы 10 ЗМШ (зиянсыз мөлшердегі шама) мөлшерінде күнделікті ішперде ішілік енгізілді. Тәжірибе барысында жануарлардың жалпы жағдайы бақыланды. Тәжірибенің 7-ші, 14-ші және 21-ші тәулігінде жануарларға декаптация жасалынып, аш ішегі ажыратылып алынды. Аш ішек бойындағы Пейер табакшалары жалпыға ортақ гистологиялық тәсілдермен; гематоксилин-эозин, азур II эозин, ван-Гизон әдістерімен боялды. Пейер табакшаларының функциональдық аймақтарының жасушалық құрамына талдау жасалынды.

Зерттеу нәтижелері мен оны талдау: Тәжірибелік топтағы жануарларда уланудың 7 тәулігінде Пейер табакшаларындағы лимфoidты түйіншіктің көбею орталығында аз дифференцияланған жасушалар бақылау тобымен салыстыранда 2,3 есе кеміген. Ал, деструктивті өзгерген жасушалар 2,1 есе артқан.

Уланудың осы кезеңінде Пейер табакшасының барлық функциональдық аймақтарында митоз

көрінісімен сипатталатын жасушалар анықталмайды. Осы анықталған өзгерістер (митоздың, жасушалардың жас түрлерінің, үлкен лимфоциттердің болмауы) тәжірибенің 7 тәулігінде пейер табақшасында лимфоцитопоздың төмендегенін сипаттайды. Осыған қоса, лимфоидты түйіншіктердің күмбезінде плазмациттердің 4,3 есе артқаны көрініс берді.

Бихромат натрийды ішперде ішілік енгізгенде, уланудың 14 тәулігінде кіші және орташа лимфоциттердің құрамы тәжірибе барысында бақылау тобымен салыстырғанда көп. Жасушалардың пролиферативтік белсенділігі уланудың осы кезеңінде лимфоидты түйіншіктің тек көбею орталығында ғана анықталды (0,37%). Плазмациттер құрамы лимфоидты түйіншіктің күмбезінде басым, ал түйінше аралық аймақта аз кездеседі. Плазмациттер көбею орталығында және күмбезде аз кездеседі (0,7-0,9%). Лимфоидты түйіншік күмбезінде табақшаның басқа құрылымдық бөлімдерімен салыстырғанда макрофагтар көп жинақталған.

Жасушалардың деструкцияға ұшыраған түрлерінің ең көп кездескен жері Пейер табақшасының түйіншік аралық аймағында, бақылау тобымен салыстырғанда саны 3,1 есе артқан.

Уланудың 14 тәулігінде пейер табақшасының түйіншік аралық аймағы басқа функциональдық бөлімдерімен салыстырғанда реактивті аймақ болып отыр. Осы аймақта кіші имфоциттер, жетілген плазмациттер құрамы жоғары. Дегенмен, түйіншік аралық аймақта деструкцияға ұшыраған және бұзылған жасушалар саны бақылау тобынан, уланудың 7 тәулігіндегі көрсеткіштермен салыстырғанда да шынайы артқан.

Бихромат натриймен уланудың осы кезеңінде Пейер табақшасының көбею орталығында уланудың 7 тәулігімен салыстырғанда лимфоцитопоз қалыптаса бастаған, себебі аз да болса митоз көрінісі анықталып отыр. Дегенмен, бақылау тобымен салыстырғанда митоз уланудың 14 тәулігінде 9,0 есе төмендеген. Аз дифференцияланған жасушалар бақылау тобымен салыстырғанда 2,1 есе, уланудың 7 тәулігімен салыстырғанда 1,8 есе кеміген.

Уланудың 21 тәулігінде Пейер табақшасы ішектің сілемейлі қабатынан көтерілмей орналасқан. Көбею орталығында аз дифференцияланған жасушалар саны бақылау тобымен салыстырғанда 1,58 есе төмендеген.

Сонымен қатар, деструктивті өзгерген жасушалар мен макрофагтар бақылау тобымен салыстырғанда 2,1 және 2,7 есе сәйкес артқан. Митоз көрінісі 7 тәуліктегі көрсеткішке жақындаған. Түйіншік аралық аймақта посткапиллярлық венулалар қуысы босаған, жасушалар тығыздығы азайған.

Қорытынды: Бихромат натрийды ішперде ішілік енгізгенде аш ішек бойындағы Пейер табақшалары жоғарғы сезімталдықпен жауап береді. Лимфоидты қатар жасушаларының уланудың барлық кезеңдерінде динамикалық төмендеуі, деструкцияға ұшыраған жасушалардың көбеюі қорғаныш жауабының төмендегенін білдіреді. Көптеген зерттеушілердің пікірі бойынша Пейер табақшалары тек жасушалық иммунитетке жауап беретіндігін айтса, ал кейбір авторлар соған қоса гуморальдық иммунитетке де жауап береді деген пікірде [5,6]. Біздің зерттеуімізде анықталған плазмациттердің аз да болса сақталуы, иммундық жауаптың ішінде гуморальдық иммунитеттің қалыптасатындығын көрсетеді.

Әдебиеттер:

1. Давронов Р.Д., Давронова Ш.Р. Структурно-функциональные особенности адаптивных изменений органов системы иммунитета при антигенном воздействии // Морфология. Материалы докладов IX конгресс MAM. – 2008. – Т. 133, №2. – С. 38.
2. Takahashi I, Kiyono H. Gut as the largest immunologic tissues // Parenteral Enteral Nutr. – 1999. – №23(Suppl 5). – P. 7-12.
3. Шафеев М.Ш. Воздействие некоторых средовых факторов на иммунологический статус: автореф. ... докт. мед. наук.: 14.00.30., 14.00.07. – О.: КГМУ. – 1999. – 43с.
4. Пугач П.В., Карелина Н.Р., Круглов С.В., Чуйков С.А. Реакция лимфоидных бляшек тонкой кишки крыс на пренатальное воздействие алкоголя // Морфология. Материалы докладов IX конгресс MAM. – 2008. – Т.133, №2. – С.110.
5. Ogra P.L., Mestecky J., Lamm M.E. Handbook of mucosal immunology. San Diego, Academic Press. – 1998. – P. 123.
6. Neutra M.R. Current concept in mucosal immunity. Role of M cells in transepithelial transport of antigens and pathogens to the mucosal immune system. // AJP. – 1998. - № 274 (5). – P.785-791.

Изменения клеточного состава микроорганизации пейеровых бляшек при химических воздействиях

К.Е. Жарылкасынов

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

При введении бихромата натрия внутрибрюшинным методом отмечено резкое уменьшение количества клеток лимфоидного ряда в структуре пейеровых бляшек. При этом наблюдается сохранность количества и качества плазматических клеток, что обуславливает интактность гуморального ответа иммунной системы кишечника.

Changes of cellular structure of the microorganization peyers plaques at chemical influences

K.E. Zharilkasinov

West Kazakhstan state medical university after Marat Ospanov

At introduction of bichromate of sodium intraperitoneal the method notes sharp reduction of quantity of lymphoid cages a number in structure Peyers plaques. Safety of quantity of plasmatic cages that causes intaction the humoral answer of immune system of intestines is thus observed.

УДК 616.36-005.4

АНЕМИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Л.Г. Тургунова

Медицинский университет, кафедра внутренних болезней №2, Караганда

Актуальность. Среди гематологических синдромов, с которыми встречается врач в повседневной практике, анемический синдром является одним из наиболее частых и встречается у 10-20% населения [3]. Несмотря на общепринятые критерии различных патогенетических вариантов анемий, сохраняются трудности установления причины анемического синдрома при первичном обращении [1]. Об этом свидетельствует довольно часто фигурирующий при направлении больного в стационар такой диагноз как «анемия неясного генеза». Причиной такого направительного диагноза является, с одной стороны, невозможность достаточного обследования пациентов с этой патологией в условиях поликлиники, связанная с тяжестью состояния пациентов, отсутствие специализированных методов обследования и, с другой — широким спектром заболеваний, являющихся причиной анемического синдрома, недостаточной информированностью врачей общей практики о редких видах анемий, сложным генезом развития этой патологии. В определенной степени недостаточная, несвоевременная выявляемость анемий связана с их малосимптомным, латентным течением, маскирующим наличие других заболеваний. Представляет интерес изучение результатов диагностического поиска причин анемий неясного генеза с учетом клинко-лабораторной картины и результатов обследования, проведенных в условиях специализированного отделения.

Таким образом, целью исследования было изучить структуру и диагностические возможности верификации варианта анемий среди пациентов, госпитализированных в гематологическое отделение с направительным диагнозом «анемия неясного генеза».

Материал и методы. Были проанализированы истории болезни 82 пациентов, находившихся на лечении в гематологическом отделении Областной клинической больницы г. Караганды. Из них мужчин-44, женщин-38; средний возраст составил $62,7 \pm 16,4$ лет. У всех пациен-

тов был проведен скрининг по ведущему синдрому, который наряду с общеклиническими методами включал исследование ретикулоцитов, гормонов щитовидной железы, уровня сывороточного железа, тесты на гемолиз, исследование костного мозга, эндоскопические, лучевые методы диагностики.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты исследования показали, что в структуре больных с анемиями пациенты с анемией неясного генеза составили 21,5%. Большая часть этих пациентов (92,7%) была госпитализирована в экстренном порядке с анемией тяжелой степени (средний уровень гемоглобина составил $54,7 \pm 14,9$ г/л); среди пациентов преобладали жители города - 86,6%. Анализ структуры клинических диагнозов после обследования показал, что среди анемий неясного генеза лидирующие места занимали железодефицитная анемия (ЖДА), В₁₂-дефицитная анемия (В₁₂-ДА) и полидефицитная анемия (чаще сочетание дефицита железа и витамина В₁₂). Обращает внимание, что в 12% случаев причиной анемии была впервые выявленная злокачественная опухоль различной локализации (опухоли брюшинного пространства, сигмовидной кишки, слепой кишки, желудка, предстательной железы). В группу «других анемий» вошли 2 пациента с лимфопролиферативным заболеванием (лимфома, болезнь Вальденстрема). Достаточно большой процент пациентов с ЖДА, наличие пациентов с паранеопластической, нефрогенной анемиями в структуре анемий неясного генеза на этапе поступления в стационар в значительной степени свидетельствует об имеющихся дефектах обследования больных на этапе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), о позднем обращении пациентов, затрудняющем их обследование. Так, эндоскопические методы проведены у 28% пациентов, уровень сывороточного железа определен у 58,5%; более 1/3 пациентов имели при поступлении только показатели гемограммы.

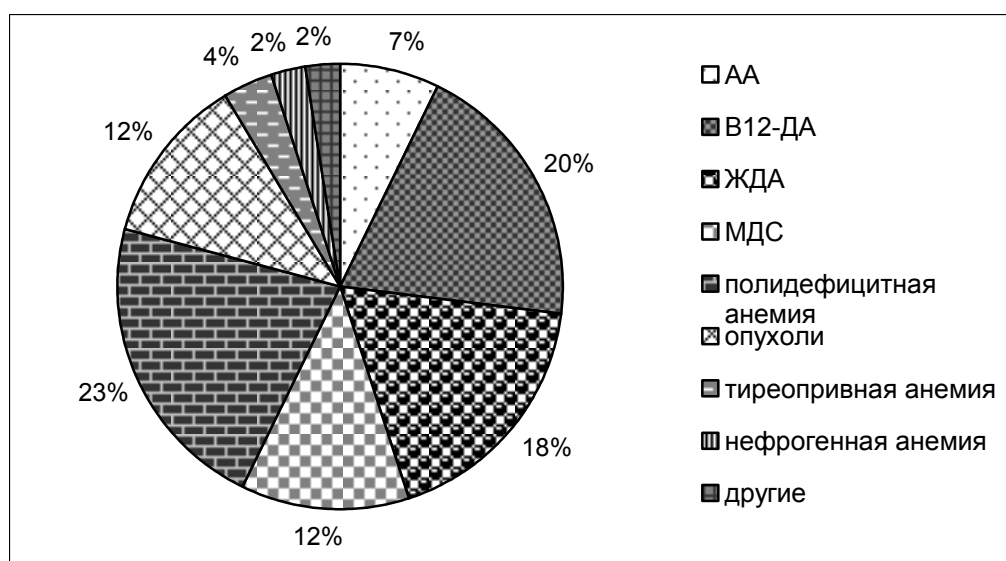


Рисунок 1. Структура анемического синдрома неясного генеза (АА-апластическая анемия, МДС-миелодиспластический синдром)

При анализе клинко-лабораторных показателей установлено, что ЖДА страдали лица преимущественно молодого и среднего возраста ($49,2 \pm 10,5$ лет), В₁₂-

дефицитной анемией- лица старше 70 лет (средний возраст составил $73,4 \pm 6,35$ лет), в остальных группах пациентов средний возраст 64% больных колебался в преде-

лах от 50 до 70 лет ($63,8 \pm 14,3$ лет). По частоте встречаемости клинических симптомов у 100% пациентов независимо от генеза анемии отмечались жалобы на общую слабость, следующим по частоте симптомом было снижение веса ($67,1\%$ пациентов), наиболее редко отмечалось наличие спленомегалии ($7,3\%$). Несмотря на различную частоту встречаемости большинства клинических симптомов в разных группах больных, достоверных различий в частоте геморрагического синдрома, лихорадки, спленомегалии, лимфаденопатии не выявлено. Наличие жалоб на парестезии, отмеченное у 75% паци-

ентов с В12-дефицитной анемией, по сравнению с другими группами пациентов, имело достоверный характер ($\chi^2=8,39$; $p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что в клинической практике генез анемии сложно определить, опираясь на данные клинической картины вследствие редкости патогномичных клинических симптомов. Возможно, определенную роль играет преобладание среди обследуемых лиц пожилого возраста полиморбидный фон, который влияет на клиническую симптоматику заболевания, явившегося причиной развития анемического синдрома.

Таблица 1- Показатели крови при обследовании пациентов, госпитализированных с анемией неясного генеза

Причины анемии	Hb (г/л)	Эритроциты ($10^{12}/л$)	СОЭ (мм/ч)	ЦП	Тромбоциты ($10^{12}/л$)	Лейкоциты ($10^{12}/л$)	Сывороточное Fe (мкмоль/л)
АА	$64,6 \pm 2,3$	$2,43 \pm 0,32$	$51,6 \pm 24,5$	$0,75 \pm 0,01$	$39,33 \pm 7,51$	$1,70 \pm 0,36$	$18,1 \pm 4,22$
В12-ДА	$52,2 \pm 11,6$	$1,71 \pm 0,81$	$36,6 \pm 19,7$	$0,90 \pm 0,04$	$116,1 \pm 24,9$	$3,82 \pm 1,81$	$14,5 \pm 3,33$
ЖДА	$57,1 \pm 17,2$	$2,45 \pm 0,69$	$25,8 \pm 19,7$	$0,72 \pm 0,04$	$283,2 \pm 94,9$	$6,64 \pm 1,81$	$8,9 \pm 2,67$
МДС	$45,6 \pm 8,3$	$1,97 \pm 0,55$	$43,2 \pm 32,9$	$0,70 \pm 0,09$	$138,7 \pm 42,8$	$5,26 \pm 0,67$	$9,80 \pm 3,39$
Полидефицитные анемии	$48,9 \pm 13,1$	$2,01 \pm 0,54$	$33 \pm 24,1$	$0,67 \pm 0,07$	$180,5 \pm 81,9$	$4,13 \pm 2,72$	$12,7 \pm 3,22$
Опухоли	$56,2 \pm 20,4$	$2,12 \pm 0,69$	$27,4 \pm 23,6$	$0,74 \pm 0,05$	$256,9 \pm 74,1$	$5,68 \pm 3,50$	$11,1 \pm 2,37$

Примечание: Hb-гемоглобин, СОЭ- скорость оседания эритроцитов, ЦП-цветовой показатель

Показатели крови имели определенные особенности в зависимости от генеза анемии, которые учитывались при верификации диагноза: трехростковая панцитопения при В12-дефицитной и АА, при этом степень уменьшения лейкоцитов и тромбоцитов носила более выраженный характер при АА и сочеталась с высокой СОЭ. Гипохромный характер анемии, характерный для ЖДА, отмечался при большинстве анемий, за исключением В12-дефицитной анемии. Необходимо отметить, что максимальное значение ЦП при В12-ДА было равно $1,05$ (у 1 пациента); у остальных пациентов ЦП колебался в пределах $0,8-0,9$. Мы не обнаружили характерного для В12-ДА гиперхромного характера анемического синдрома. Несмотря на значение клинических данных, показателей гемограммы решающее значение для постановки диагноза ЖДА было снижение содержания сывороточного железа, наличие мегалобластного типа кроветворения при В12-ДА, признаков костномозговой недостаточности при АА, рефрактерного характера анемии в сочетании с признаками дисплазии клеток эритроцитарного, гранулоцитарного и мегакариоцитарного ростков, наличие blasts в крови или в костном мозге (до 20%)- при МДС, морфологического подтверждения опухоли- при паранеопластической анемии.

Мы проанализировали степень достоверности диагноза в каждой группе пациентов. В группе пациентов с ЖДА у $88,9\%$ больных диагноз носил определенный характер (уровень сывороточного железа колебался от $3,4$ до $9,8$ мкмоль/л); у 1 пациентки показатели железа были в пределах нормы (пациентка на амбулаторном этапе начала принимать препараты железа). В группе пациентов с В12-ДА мегалобластный тип кроветворения выявлен у 90% больных, за исключением 1 пациентки 88 лет (при обследовании онкологического заболевания не обнаружено, с учетом признаков поражения нервной системы, трехростковой цитопении в крови и положительного ответа на терапию витамином В12 поставлен диагноз В12-ДА, несмотря на неинформативность аспирации костного мозга). Диагноз АА и паранеопластической анемии в 100% случаев был подтвержден наличием ги-

поплазии/ аплазии при гистологическом исследовании костного мозга и обнаружением опухоли различной локализации при обследовании соответственно. Все пациенты с паранеопластической анемией после выявления опухоли с целью дальнейшего дообследования и лечения были переведены в областной онкологический диспансер. Наиболее сложной верификация диагноза была при МДС и в группе с полидефицитной анемией. Признаки диспоза кроветворения были выявлены в 40% случаев МДС, у остальных пациентов аспирация костного мозга была неинформативной. Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических данных, анамнеза заболевания и показателей гемограммы. В группе пациентов с полидефицитной анемией снижение сывороточного железа и мегалобластный тип кроветворения обнаружены у 60% пациентов; в остальных случаях диагноз полидефицитной анемии носил вероятный характер. Необходимо отметить, что 3 из этих пациентов были в возрасте старше 73-82 лет, имели сопутствующую ишемическую болезнь сердца, в связи с чем проведение полного объема обследования было ограничено. В целом, анализ достоверности диагнозов показал, что $20,9\%$ случаев, несмотря на проведенный объем обследований, верификация заключительного диагноза при синдроме анемии неясного генеза требует дополнительного обследования, включающего применение таких методов как определение ферритина крови, уровня витамина В12, проведение цитогенетического исследования [2, 4].

Таким образом, результаты исследования показали, что структура анемического синдрома неясного генеза и степень верификации диагноза в значительной степени определяются полнотой обследования на уровне ПМСП при своевременном обращении пациентов за медицинской помощью и уровнем специализированной гематологической службы.

Выводы.

1. В структуре больных с анемиями, находящимися на стационарном лечении, анемии неясного генеза составили $21,5\%$. Лидирующее место среди анемий неясного генеза занимали ЖДА, В12-дефицитная анемия и по-

лидефицитные анемии; у 12% пациентов причиной анемического синдрома были впервые выявленные опухоли различных локализаций.

2. Редкость достоверных различий в частоте клинических симптомов при различных видах анемий подчеркивает значение дополнительных методов обследования при верификации генеза анемического синдрома. В 20,9% случаев верификация диагноза на стационарном этапе при синдроме анемии неясного генеза носит вероятный характер.

3. Важными аспектами, направленными на улучшение диагностики анемического синдрома, являются выполнение стандарта обследования пациентов на этапе ПМСП, способствующим уменьшению процента пациентов с анемией неясного генеза при поступлении в ста-

онар, в первую очередь за счет улучшения диагностики ЖДА и расширение объема специализированных методов обследования на стационарном этапе.

Литература.

1. Богданов А.Н., Новик А.А. Диагностика и дифференциальная диагностика анемий//Вестник гемат.-2005.-т.1, №4.-С.63-70
2. Гематология:руководство для врачей/под. Ред. Н.Н. Мамаева, С.И. Рябова.-Спб.:СпецЛит, 2008.-С.113-123
3. Руководство по гематологии.-3-е изд./под. ред. А.И. Воробьева.-М.:Ньюдиамед, 2005.-С. 148-350
4. Mufi G., List A.F., Gore S.D., Ho A.Y. Myelodysplastic syndromes//Hematology.-2003.-P.176-194

Стационарлық кезеңдегі генезі белгісіз анемиялар

Л.Г. Тұрғынова

Медициналық университет, №2 ішкі аурулар кафедрасы, Қарағанды

82 ауру тарихын талдағанда генезі анемиялардың арасында бірінші орынды ТЖА (18%), В₁₂-жеткіліксіздік анемиясы (20%) және полидефицитті анемиялар (21%) кұрады. 20,9% жағдайда стационарлық кезеңде қорытынды диагноз қою үшін арнайы зерттеулер әдістері қажет.

Anaemias with obscure genesis on a hospital stage

L.G. Turgunova

Medical University, internal diseases department №2, Karaganda

Analysis of 82 medical reports showed that the leading position among all anaemias with obscure genesis belongs to siderotic (iron-deficiency) anaemias (18%), B₁₂-deficiency anaemias (20%), and polydeficient anaemias (21%). Final diagnosis verification on a hospital stage needs a scope extension of examinations' specialized methods.

УДК 616.127-005.8:616-008.9

ВОПРОСЫ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ЖЕНЩИН С МЕЛКООЧАГОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Г.Д. Абилямажинова

Государственный медицинский университет г. Семей

Введение: значительное число женщин с нестабильной стенокардией или острым инфарктом миокарда (ИМ) без подъема сегмента ST и без значительного поражения коронарных артерий свидетельствует о высокой частоте микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующего атеросклероза [1].

Гормональные изменения приводят к нарушениям липидного обмена атерогенного характера – достоверному повышению содержания в крови общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГЛ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) при снижении липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) [2]. На протяжении всей жизни у женщин уровни ХС ЛПВП на 5–10 мг/дл выше, чем у мужчин [3]. Содержание ХС ЛПНП и ТГЛ у женщин начинает увеличиваться после наступления менопаузы и превышает таковой у мужчин после 65-летнего возраста [4]. Для женщин старше 65 лет дислипидемия может также представлять большую степень риска, чем для мужчин. Высокое содержание ТГЛ и низкие уровни ХС ЛПВП четко коррелируют с развитием ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин [5]. Уменьшение содержания ХС ЛПВП ниже 1,25 ммоль/л у мужчин и 1,0 ммоль/л у женщин является признаком, достоверно наиболее четко связанным с увеличением частоты внезапной коронарной смерти. Высокий уровень ТГЛ может косвенно способствовать прогрессированию атеросклероза, снижая ХС ЛПВП и провоцируя увеличение ХС ЛПНП [6,7], что частично объясняет повышение ХС ЛПНП у женщин после менопаузы. Повышенный уровень ХС ЛПНП у женщин в меньшей степени, чем у

мужчин, оказывает влияние на развитие ИБС [4]. И наоборот, высокое содержание триглицеридов оказывает большее влияние на формирование ИБС у женщин, чем у мужчин.

Существуют интересные эпидемиологические данные о том, что воспалительный процесс, связанный с образованием бляшки, может различаться у женщин и мужчин. Уровень С-реактивного белка (СРБ) у женщин в случае развития ИБС был немного выше, чем у мужчин, а абсолютный риск, связанный с повышением СРБ, – больше, чем отмечаемый в ранее проведенных исследованиях у мужчин. Во время недавних клинических исследований по гормональной заместительной терапии было показано, что уровень СРБ, по-видимому, повышается при увеличенном содержании эстрогенов. Эти результаты подтверждают мнение, что эстрогены могут изменять стабильность бляшки посредством оказания влияния на механизмы воспаления. Этот вывод подтверждается сообщениями о том, что в случаях внезапной сердечной смерти среди женщин атеросклеротические бляшки эрозированы в большей степени, чем у мужчин [8].

Целью исследования явилось: коррекция дислипидемии у женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда.

Материал и методы: в исследование включены 118 пациенток с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ - без подъема сегмента ST) и наличием менопаузального синдрома, средний возраст обследуемых составил 55,6±0,4 года. Контрольную группу составили 55 практически здоровых лиц, адекватных по полу и возрасту

основной группе. Обследованные были разделены на две группы – группу сравнения (n=60), получавших базисную терапию, и группу коррекции (n=58).

В данной работе произведен анализ эффективности препарата из группы фенофибратов липидекса СР (Нобель, Республика Казахстан). Назначение препарата осуществлялось также на фоне применения базисной терапии, включавшей антиагрегант (аспирин), антикоагулянты (гепарин), антиангинальные препараты (нитраты внутривенно, рег ос пролонгированного – нитросорбид, оликард и короткого действия в соответствии с клиническими показаниями), а так же применением препаратов из группы ингибиторов ангиотензин превращающего фермента.

Липидекс СР назначался, начиная с 1-3 дня пребывания в стационаре, в начальной дозе 250 мг 1 раз в

сутки. Продолжительность лечения у всех больных составила от 2 до 4 месяцев.

Определялись показатели липидного спектра: ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГЛ стандартными методиками. Так же проводилось определение содержания в крови цитокинов: ФНО α , IL-2, IL-2 методом иммуноферментного анализа с применением реактивов ИФА Бест-тест. Исследование вышеуказанных параметров проводилось при поступлении пациенток в стационар, на 14-е сутки и через 4 месяца от начала проведенной терапии.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены данные, характеризующие содержание холестерина и триглицеридов в крови у обследованных больных при поступлении в стационар.

Таблица 1 - Показатели содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ

Показатель	Контрольная группа, n=55	Больные МИМ, n=118
ОХС, мм/л	3,95 $\pm$ 0,23	5,72 $\pm$ 0,40*
ХС ЛПНП, мм/л	2,31 $\pm$ 0,14	4,15 $\pm$ 0,29**
ХС ЛПВП, мм/л	1,47 $\pm$ 0,09	1,11 $\pm$ 0,08*
Соотн. ХС ЛПНП/ ЛПВП	1,57 $\pm$ 0,09	3,74 $\pm$ 0,26**
ТГЛ мм/л	2,18 $\pm$ 0,13	5,06 $\pm$ 0,36**
Примечание - * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01		

Как следует из представленных в таблице 1 данных, у всех пациенток с МИМ наблюдались достоверные нарушения исследованных показателей липидного обмена. Данные показатели были значительно повышены. Так, степень превышения содержания общего холестерина составила 44,8% (p<0,05), холестерина ЛПНП – 79,7% (p<0,01). В то же время, величина ХС ЛПВП была достоверно снижена на 24,5% (p<0,05), что в сумме давало резкое (на 137,9%, p<0,01) увеличение соотношения ХС ЛПНП/ЛПВП.

Величина содержания триглицеридов превышала контрольный уровень на 132,1% (p<0,01).

Эффективность применения препарата из группы фенофибратов липидекса СР также оценивалась также путем определения его pleotropicных эффектов – опосредованного влияния на процессы воспаления, которые, по мнению некоторых авторов (Entman M.L., Smith W.C., 1999), происходят при атеросклерозе.

В таблице 2 показаны данные, характеризующие содержание некоторых цитокинов в крови у обследованных больных МИМ при поступлении.

Таблица 2 - Содержание интерлейкинов в крови у больных МИМ

Показатель	Контрольная группа, n=55	Больные МИМ, n=118
ФНО α , пг/мл	27,7 $\pm$ 1,6	40,5 $\pm$ 2,9*
IL-2, пг/мл	16,5 $\pm$ 1,0	27,7 $\pm$ 2,0**
IL-10, пг/мл	11,9 $\pm$ 0,7	9,8 $\pm$ 0,6*
Примечание - * - различия с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01		

При анализе содержания ФНО α в крови было выявлено его превышение над контрольной группой, достигающее 46,2% (p<0,05). Концентрация IL-2 в группе обследованных больных также была достоверно повышена, причем различия с контролем достигали 67,9% (p<0,01). Напротив, величина содержания одного из наиболее важных цитокинов, обладающих противовоспалительной

активностью – IL-10, была умеренно, но достоверно снижена (на 17,6%, p<0,05).

Динамика содержания в крови обследованных больных холестерина и триглицеридов представлена в таблицах 3-4.

Таблица 3 - Динамика содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ (при выписке из стационара)

Показатель	Контрольная группа, n=55	Группа сравнения, n=60		Группа коррекции, n=58	
		исход	14 сут.	Исход	14 сут.
ОХС мм/л	3,95 $\pm$ 0,23	5,66 $\pm$ 0,37*	5,38 $\pm$ 0,55*	5,96 $\pm$ 0,50*	5,21 $\pm$ 0,45*
ХС ЛПНП	2,31 $\pm$ 0,14	4,31 $\pm$ 0,28**	4,18 $\pm$ 0,56*	4,41 $\pm$ 0,48*	3,68 $\pm$ 0,40*
ХС ЛПВП	1,47 $\pm$ 0,09	1,16 $\pm$ 0,08*	1,19 $\pm$ 0,07*	1,18 $\pm$ 0,06*	1,28 $\pm$ 0,06
ХС ЛПНП / ЛПВП	1,57 $\pm$ 0,09	3,72 $\pm$ 0,24**	3,51 $\pm$ 0,59*	3,74 $\pm$ 0,48*	2,88 $\pm$ 0,36*
ТГЛ мм/л	2,18 $\pm$ 0,13	4,49 $\pm$ 0,29**	4,27 $\pm$ 0,63*	5,27 $\pm$ 0,61*	3,06 $\pm$ 0,41*#
Примечания: * - различия показателя с контрольной группой достоверны, p<0,05, ** - p<0,01 # - различия показателя с исходным уровнем достоверны, p<0,05					

Содержание общего холестерина у больных МИМ в обеих группах было повышенным относительно кон-

троля, а тенденция к его снижению, выявленная в группе коррекции – недостоверной.

Достоверные изменения у больных данной категории отмечались при анализе содержания холестерина липопротеидных фракций. Так, в срок 4 месяца уровень ХС ЛПНП при проведении разработанной терапии с применением липидекса был достоверно ниже как исходного среднего значения (на 30,6%), так и показателя группы сравнения (на 30,3%, $p < 0,05$ в обоих случаях). Не было достоверных различий в этот срок по содержанию ХС

ЛПВП. При этом в группе пациентов, применявших липидекс, отмечалось повышение показателя на 22,0% по отношению к исходу ($p < 0,05$). Соотношение холестеринных фракций ЛПНП и ЛПВП в группе сравнения достоверно не изменялось, а при проведении коррекции в срок 4 месяца уменьшилось на 43,1% ($p < 0,05$) и было ниже соответствующего показателя традиционной терапии на 38,8% ($p < 0,05$)

Таблица 4 - Динамика содержания холестерина и триглицеридов в крови у больных МИМ (через 4 месяца)

Показатель	Контрольная группа, n=55	Группа сравнения, n=60		Группа коррекции, n=58	
		исход	4 мес.	исход	4 мес.
ОХС мм/л	3,95±0,23	5,66±0,37*	5,71±0,50*	5,96±0,50*	4,87±0,37*
ХС ЛПНП	2,31±0,14	4,31±0,28**	4,40±0,51*	4,41±0,48*	3,06±0,27*#&
ХС ЛПВП	1,47±0,09	1,16±0,08*	1,26±0,07	1,18±0,06*	1,44±0,07#
ХС ЛПНП / ЛПВП	1,57±0,09	3,72±0,24**	3,49±0,50*	3,74±0,48*	2,13±0,22*#&
ТГЛ мм/л	2,18±0,13	4,49±0,29**	4,40±0,55*	5,27±0,61*	2,47±0,22*#&

Примечания: * - различия показателя с контрольной группой достоверны, $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$
 # - различия показателя с исходным уровнем достоверны, $p < 0,05$
 & - различия показателя между группами достоверны, $p < 0,05$

На рисунке 1 показаны данные о динамике содержания исследованных интерлейкинов. В группе сравнения на всём протяжении исследования имело место превышение уровня ФНО над показателем контрольной группы, при этом самые высокие значения были зарегистрированы через 14 суток. Аналогично, достоверными были и различия по концентрации обоих исследованных интерлейкинов: превышение – IL-2 и снижение – IL-10, причем концентрация последнего имела также и динамику к уменьшению. В группе коррекции с применением липидекса, уже в срок 14 суток содержание ФНО

достоверно снизилось на 19,0% ($p < 0,05$) и не имело достоверных различий с контролем.

Через 4 месяца данная величина не имела существенных изменений. По содержанию IL-2 через 14 суток отмечалась только тенденция к снижению, зато в срок 4 месяца различия с группой сравнения оказались достоверными, составившие 31,6% ($p < 0,05$).

Тенденция к росту содержания IL-10 в крови дала отсутствие достоверных различий с контролем в срок 4 месяца и наличие минимально достоверного превышения над показателем группы сравнения.

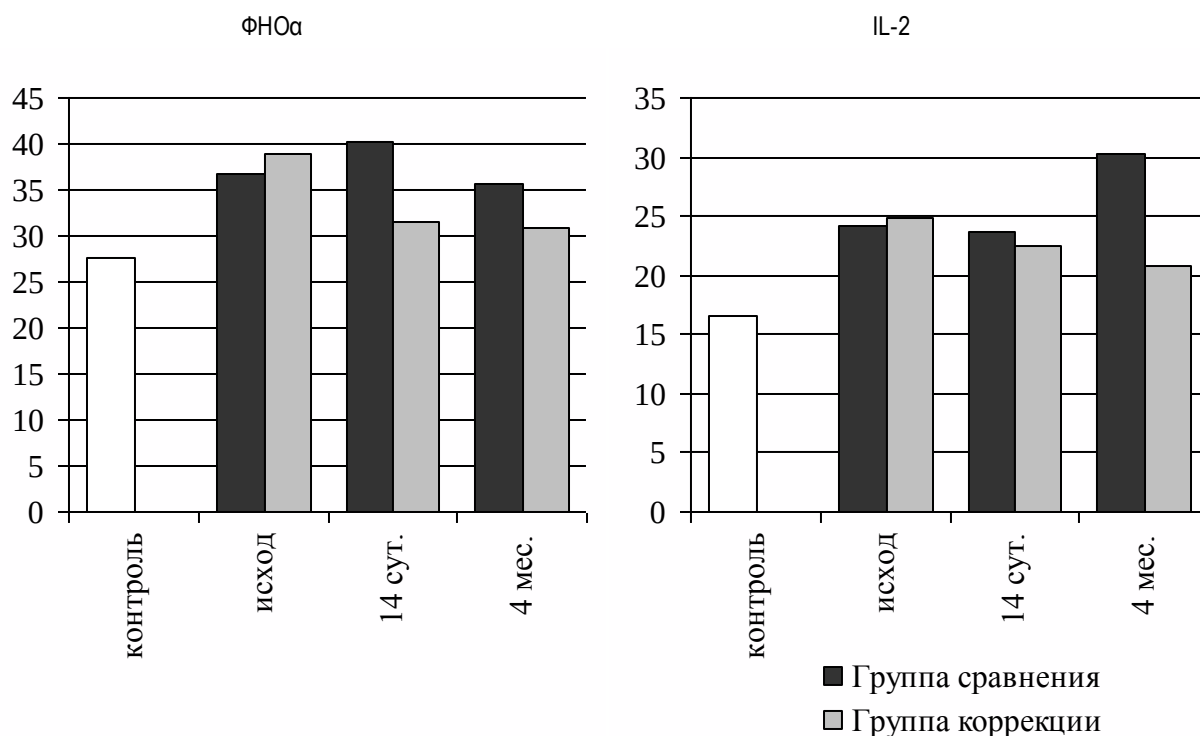


Рисунок 1 - Динамика содержания ФНО и IL-2 у больных с МИМ в ходе лечения

Таким образом, достоверная эффективность липидекса СР в отношении показателей липидного обмена (общий холестерин, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицериды) зарегистрирована уже на 14-15 сутки терапии.

Выводы: к показателям к назначению липидекса СР с начала терапии МИМ мы относим: 1) высокое содержание в крови триглицеридов и холестерина;

2) повышенный уровень провоспалительных цитокинов.

Использование липидекса СР на амбулаторном этапе особо рекомендуется при наличии следующих особенностей течения ИБС: 1) высокая триглицерид- и холестеринемия; 2) большая частота «обострений» ИБС (в виде развития нестабильной стенокардии и мелкоочагового инфаркта миокарда) в анамнезе.

Литература:

1. Al-Khalili F., Svane B., Di Mario C. et al. Intracoronary ultrasound measurements in women with myocardial infarction without significant coronary lesions // Coronary Artery Dis. 2006.-11: P. 579–584.
2. Кудряшова О.Ю., Затеищikov Д.А., Сидоренко Б.А. Возможная роль эстрогенов в профилактике и лечении атеросклероза у женщин после наступления менопаузы // Кардиология. 1998. № 4. С. 51–61.
3. Bass K., Newschaffer C., Klag M., Bush T. Plasma lipoprotein levels as predictors of cardiovascular death in women // Arch Intern Med. 2003.- 153: P. 2209–2216.
4. Wenger N.K. Women, myocardial infarction, and coronary revascularization: concordant and discordant clinical trial and registry data // Cardiol Rev. 1999.- 7: P. 117–120.
5. Elsaesser A., Hamm C. Acute coronary syndrome: the risk of being female // Circulation. 2004.- 109: P. 565–567.
6. LaRosa J.C. Lipids. In: Douglas P.S, ed. Cardiovascular Health and Disease in Women . 2nd ed. New York: WB Saunders; 2002: P. 24–37.
7. Herrington D., Reboussin D., Brosnihan B., et al. Effects of estrogen replacement on the progression of coronary artery atherosclerosis // N Eng J Med. 2000; 343: 522–529.
8. Rossi M.L., Merlini P.A., Ardissino D. Percutaneous coronary revascularisation in women // Thromb Res. 2001.- 103: P. 105–111.

Ұсақ ошақтық миокард инфарктімен әйелдерде дислипидемияны коррекциялау сұрақтары

Г.Д. Әбілмәжинова

Семей қ. Мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.

Соңғы уақытта қабыну үрдісі атеросклероз патогенезіне белгілі үлес қосады деп есептеледі. Мақала авторымен ұсақ ошақтық миокард инфарктімен және дислипидемиямен науқас әйелдерде фенофибрат – липидекс қолданумен зерттеу өткізілді. Қабыну медиатор белсенділігінің маңызды төмендеуі анықталды.

The items of the dislipidemy correction in women with little infarct myocard.

G.D. Abilmazhinova

Medical State University of Semei, Semei city

The last years it is considered that pathogenesis of the atherosclerosis has a great role in the process of inflammation. The authors of the article have made the investigation with changes phenophybrate – lipidex in patients with little infarct myocard and dislipidemy. There was defined lowering of the mediators activity of the inflammation.

УДК 612.172.2: 616-003.96

КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЙОНА ПАДЕНИЯ ОТДЕЛЯЮЩИХСЯ ЧАСТЕЙ РАКЕТОНОСИТЕЛЯ «ПРОТОН-М» НА ТЕРРИТОРИИ КУРЧУМСКОГО РАЙОНА

А.К. Мукажанова

Восточно-Казахстанский филиал Национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний, г. Усть-Каменогорск

Современные негативные тенденции в изменении показателей здоровья Республики Казахстан и состояния среды обитания человека ставят научную проблему «окружающая среда – здоровье человек» в разряд приоритетных задач государственной политики. Решение этой проблемы невозможно без учета социально-экономических факторов, в том числе и всего диапазона воздействия. [1]

Реализация принципов профилактической медицины в сфере медико-экологического сопровождения ракетно-космической деятельности (РКД) предполагает осуществление работ по наблюдению, оценке и прогнозированию здоровья человека, подверженного воздействию РКД. В основе стратегии охраны здоровья населения лежит понимание возможных неблагоприятных факторов, которые имеют место при осуществлении РКД [2,3]

Цель работы был социально-гигиенический мониторинг территорий и здоровья населения Курчумского района Восточно-Казахстанской области (ВКО) проживающих в районах падения ракетноносителя «Протон-М» с обоснованием системы мер регионального экологического мониторинга.

Материалы и методы:

Была произведена оценка среды обитания населения, проживающего на территории района падения и сопредельной территории. В 5 селах (Акчий, Аманат, Калжир, Кункей-Богенбай, Такыр) были проведены следующие исследования

- гигиеническая оценка воды (водоемов, колодезной, подземных скважин) на содержание металлов и бактериальное загрязнение и почвы на содержание металлов

- социально-климатические характеристики района по данным экологической, метеорологической служб области.

- выкопировка данных амбулаторных карт и статистическая информация о состоянии здоровья населения за 2007-2009г

Собран статистический материал о заболеваемости населения Курчумского района. Изучено около 1,5 тысяч амбулаторных карт жителей в медицинских учреждениях населенных пунктов. (Каратагай, Игилик, Такыр, Буран, Шенгельды, Акчий).

Получена информация по заболеваемости населения единовременной ретроспективной выкопировки с амбулаторных карт за 2005-2008г.

Статистические сведения смертности получены по выкопировке данных из действующих систем статистической отчетности (статистические сборники по ВКО).

Результаты и их обсуждение: Курчумский район расположен в центральной части Восточно-Казахстанской области. Территория района составляет 23,2 тыс. кв. км. Населенных пунктов 61, в составе административного района 12 сельских округов. Плотность населения 1,68 человека на 1 кв. км. Занимает переходное географическое положение, связывающее таежные леса с громадными сухостепными пространствами.

Район богат водными ресурсами и большими массивами сельскохозяйственных угодий. Основная часть населения занимается производством и переработкой продукции сельского хозяйства.

Рельеф района очень разнообразен: высокие хребты и горы чередуются холмистыми плоскогорьями, равнинами и речными поймами. Общий уклон местности наблюдается с севера на юг.

На территории района выделяются следующие климатические зоны и подзоны: высокогорная, горная - лесостепная, горная степная, состоящая из трех подзон: горный лугово-степной влажный, предгорный степной, степной. Температура воздуха в этих зонах даже в июле часто опускается ниже нуля. Количество годовых осадков от 120-180 мм (пустынная зона) до 325-480 мм (горная лесостепная умеренно-влажная зона). Густота снежного покрова от 50-100 см до 2-20 см. сумма положительных температур равна 1800-3000°C. По своим климатическим условиям район относится к резко- континентальному климату. В целом климат территории холодный. Среднегодовая температура воздуха составляет - 3,9°; -4,4°; абсолютный максимум температуры достигает +35°, абсолютный минимум - 57°. Большое влияние на климат оказывает ветер. Господствующий ветер юго-восточный (с сентября по апрель месяцы), а теплый период – западные. Число дней с сильным ветром составляет 58.

По водоснабжению: население районов неудовлетворительно обеспечивается доброкачественной питьевой водой. Населенные пункты снабжаются централизованной водопроводной водой от 17 до 70% и от 20 до 70% - привозной водой. В связи с неудовлетворенным санитарно-техническим состоянием объектов питьевого водоснабжения (водопроводные сети, скважи-

ны, колодцы) отмечается высокий удельный вес бактериально-загрязненных проб воды. Особенно высокий показатель загрязненности водопроводной воды по коли-индексу от 14,3 до 38,0% а по БОЕ-фагам от 20,0 – до 46,0. Высока также бактериальная загрязненность подземных вод отмечается по коли-индексу 33,0-54,0% и БОЕ-фагам – от 4,2 до 23,5 9, патогенной флоре – от 16,6 до 63,1% (таблица 1).

По данным исследований содержание токсичных металлов в воде водоемов, питьевой воде (таблицы 2), отмечается превышение содержания цинка в некоторых пробах до 1,1 – 1,6 ПДК, кадмия – 1,8 – 2,9 ПДК. В питьевых водах (водопроводы, родники, скважины) содержание металлов не превышает ПДК, исключением единичных проб по кадмию 1,1 – 3,0 ПДК, а по данным анализов воды водоемов уровни содержания токсичных металлов несколько выше.

В ряде проб почв (таблица 3) отмечается превышение ПДК по цинку в 1,3 до 2,7 раза. По токсикологическому показателю уровень загрязнения токсичными металлами Курчумского района характеризуется как умеренный или доступный. Уровень содержания токсичных металлов проб. Содержат хрома от 2,0 до 4,2 ПДК, кобальта – 1,2 до 2,0 ПДК. Отмечается повышенное загрязнение рядом металлов почвы: обнаружен цинк, хром, кобальт – 1,3 – 2,7, 2,0 – 4,2 и 1,2 – 2,0 ПДК соответственно. По комплексному токсикологическому показателю уровень загрязнения почв характеризуется как умеренный или допустимый. Установлено повышенное загрязнение некоторыми тяжелыми металлами питьевой воды: содержание цинка достигало от 1,1 до 1,6 ПДК; от 1,8 до 2,9 ПДК, кадмии обнаружен до 3,0 ПДК.

Таблица 1 - Бактериологические показатели качества питьевой воды и воды водоемов

район	годы	водопроводная вода			подземные воды (скважины)			колодезная вода		
		коли-индекс	Патоген. флора	БОЕ	коли-индекс	патоген флора	БОЕ фаги	коли-индекс	патоген. флора	БОЕ
Курчумский	2006	14,3	-	20,3	25,0		-	33,1		
	2007	9,4	-	5,0	20,0			37,5		
	2008	4,8-6,5	-					11,6		

Таблица 2 - Содержание тяжелых металлов в водоемах, питьевой воде

№	Объекты исследования	п	Ингредиенты, мг/л								
			цинк	железо	медь	марганец	кадмии	свинец	стронций	хром	кобальт
1	питьевая вода	10	0,00013 0,0003	0,0016 0,008	0,00012 0,00045	0,002 0,008	0,0001 0,0005	0,0009 0,004	0,018 0,13	0,008 0,018	0,0003 0,007
2	вода водоемов	10	0,002 0,038	0,008 0,2	0,003 0,012	0,0018 0,007	0,0001 0,0011	0,0003 0,0013	0,0012 0,007	0,0015 0,011	0,0001 0,001

Таблица 3 - Содержание тяжелых металлов в почве

Объекты исследо- ваний	п	Ингредиенты, мг/кг									
		цинк	железо	медь	марганец	кадмии	свинец	стронций	хром	кобальт	никель
Курчумский район											
Почва с.Буран	8	33,1- 333	1835,12- 5148,0	10,1- 44,9	38,4- 250,5	0,1- 1,2	4,3- 33,3	7,7- 21,1	3,1- 22,3	3,8- 9,1	3,8- 11,1
Почва с.Такыр	10	98,8- 231,1	2612,0- 9012,0	23,7- 55,5	48,1- 221,4	0,6- 1,8	16,5- 50,1	9- 32,1	18,1- 38,8	1,4- 9,3	1,8- 10,1

Демографическая ситуация Восточно-Казахстанской области последних лет характеризуется продолжением негативных тенденций, проявляющихся снижением чис-

ленности населения, ростом и незначительным превышением смертности над рождаемостью (таблица 4).

Таблица 4 – Общая динамика демографических показателей на исследуемых территориях за период 2006-2009 гг.

ВКО	2006	2007	2008	2009
рождаемость	12,57	13,33	13,67	14,96
смертность	12,72	12,66	13,26	13,29
естественный прирост	-0,15	0,67	0,41	1,67
Усть-Каменогорск				
рождаемость	11,43	11,44	12,17	13,86
смертность	14,57	13,81	14,76	14,83
естественный прирост	-3,14	-2,37	-2,59	-0,97
Курчумский р-н				
рождаемость	12,31	12,95	12,25	13,68
смертность	8,87	8,75	9,54	9,11
естественный прирост	3,44	4,2	2,71	4,57

Общая заболеваемость населения Курчумского района характеризовалась ростом общей соматической заболеваемости, где у взрослого населения это обусловлено за счет болезней органов дыхания, системы кровообращения, мочеполовой системы и костно-мышечной системы. У подростков за счет болезней крови и кровеносных органов, болезней эндокринной системы, глаз и придаточного аппарата. В целом по популяции за счет болезней крови и кровеносных органов, болезней органов дыхания и врожденных аномалий.[4]

В сравнительном аспекте следует отметить, что показатели общей заболеваемости с.Акчий, с.Бурган, с.Шенгельды, и с.Каратай были выше чем в целом по Курчумскому району. Причина повышенного уровня заболеваемости, по-видимому, заключается в эффекте накопления отрицательных тенденций в состоянии здоровья, проявившейся в фактическом росте первичной заболеваемости.

Выводы:

1. Район падения РН «Протон» в ВКО относится к степной умеренно-засушливой зоне с умеренным токсикологическим уровнем загрязнения тяжелыми металлами и радиационного риска. Питьевая вода характеризуется бактериальной загрязненностью (от 16,6 до 63,1% патогенной микрофлорой), превышением содержания тяжелых металлов (цинк от 1,1 до 2,9 ПДК, кадмий до 3,0 ПДК), в том числе и в почве (цинк, хром, кобальт – 1,3 – 2,7, 2,0 – 4,2 и 1,2 – 2,0 ПДК соответственно).

2. Демографическая ситуация в районе характеризуется ростом смертности населения с нерезким уменьшением естественного прироста, где младенческая смертность превышает областной показатель в 1,2

раза. В структуре заболеваемости детского контингента ведущими являются болезни крови, кровеносных органов, а также инфекции верхних дыхательных путей, среди взрослого населения высокий уровень болезней нервной системы, крови и кровеносных органов, органов пищеварения и мочеполовой системы.

3. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями в районе высок и превышает данные по республике в 2,4 раза и составляет 142,3 и 185,0 случаев на 100 тыс. населения Курчумского района. В структуре психических заболеваний умственная отсталость и психическая недоразвитость составляет 56,8 и 63,9 на 100тыс. населения, высок процент мертворождаемости, недоношенности и врожденных пороков развития, что свидетельствует о неблагоприятной экологической нагрузке.

Литература:

1. Послание Президента РК Н.Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие, новый экономический подъем, новые возможности Казахстана».-2010.-Акорда.
2. Соколов С.М., Науменко Т.Е., Шевчук Л.М. Оценка риска в системе раннего предупреждения экологических воздействий на здоровье населения // Гигиена и санитария.-2008.-№6.-С.74-76.
3. Жиликов В. Здоровье населения как интегральный показатель качества окружающей среды. // Санитарный врач.-2009.-№4.-С.44-47.
4. Сраубаев Е.Н., Шпаков А.Е., Омирбаева С.М., Амреева К.Е. и др. // Эколого-эпидемиологическое изучение состояния здоровья населения и статистические методы его анализа. // Методическое пособие. - Караганды.-2008. - 83с.

Climate and geographical, as well as social and economic description of the region of the detached parts of Proton vehicle fall on the territory of Kurchum Region

A.K. Mukazhanova

“National Center of Occupational Hygiene and Professional Diseases”
East Kazakhstan branch, Ust-Kamenogorsk town

Region of Proton vehicle fall in East Kazakhstan is a steppe temperate-arid zone with moderate toxic level of heavy metals and radiation risk contamination. Demographical situation in the region is characterized by people mortality increase with natality dramatic decrease.

Key words: rocket-cosmic activity, morbidity, mortality, heavy metals.

Курчум Ауданының климатты-географиялық және әлеуметтік-экономикалық сипаттамасы Күршім ауданының аумағына құлаған «Протон-М» тасығыш-зымыранның бөлу бөлшектерінің құлауы болып табылады

А.К. Муқажанова

«ЕГ және КАҰО» ШҚ филиалы, Өскемен қ.

«Протон» тасығыш-зымыранның ШҚО құлау ауданы радиациялық қауіпті және ауыр металдармен ластанған біркелкі уытты деңгейі бар біркелкі қуаң аймаққа жатады. Аудандағы демографиялық жағдай халықтың табиғи өсімінің күрт төмендеуі мен өлімінің жоғарлауымен сипатталады.

Түйінді сөздер: зымыран-ғарыштық қызмет, ауыр-сырқаулық, өлім көрсеткіші, ауыр металдар.

УДК 616 – 089.5 – 031.81

КОМБИНИРОВАННЫЙ НАРКОЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАЦЕТАМОЛА ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ

С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов
Региональный онкологический диспансер, г. Семей

Актуальной проблемой анестезиологии является разработка новых методов обезболивания, основанных на применении неопиатных фармакологических средств, позволяющих частично или полностью отказаться от применения наркотических анальгетиков. Направление исследователей за последние годы характеризуется созданием надежной профилактической блокады от боли прежде, чем начнется операция. Это направление получило название «preemptive analgesia» [1]. Однако в данном направлении практически не исследована возможность сочетания ингаляционной анестезии с эпидуральной анестезией (ЭА) с интраоперационной антиноцицептивной защитой парацетамолом при расширенных оперативных вмешательствах [1,2].

На современном этапе своего развития анестезиология, имея в арсенале значительное количество новых методов и способов обезболивания, до сих пор ищет «золотую середину», при которой эффективная защита пациента от хирургической агрессии сочеталась бы с минимальным количеством побочных эффектов самой анестезии [4-6].

Парацетамол используемый в практике врачей анестезиологов расширил арсенал обезболивающих средств, он представляет интерес и в нашей стране как неопиоидный анальгетик для лечения как острой, так и ранней послеоперационной боли [7].

Цель работы: Оценить обезболивающий эффект парацетамола в сочетании с комбинированной анестезией.

Материалы и методы: Исследования проведены у 45 пациентов (возраст от 31 до 79 лет) двух групп, оперированных в хирургическом отделении Регионального онкологического диспансера г. Семей. Структура основной патологии и объем выполненных операций (нефрэктомия, гастрэктомия, резекция поджелудочной железы, наложение обходного гастроэнтероанастомоза, экстирпация матки с придатками, цистэктомия при опухолях яичников) в обеих группах были одинаковыми.

Группы по полу, возрасту, росту, массе тела, классу ASA и продолжительности операции были сопоставимы. Премедикация, вводный наркоз и поддержание миоплегии были одинаковыми во всех случаях. Методика поддержания анестезии в 1-й - основной группе (n=23) – форан + O₂ + продленная эпидуральная анестезия (10% раствор лидокаина в суммарной дозе до 400 мг) + перфалган, во 2-й – контрольной группе (n=22) – форан + одномоментная эпидуральная анестезия (10% раствор лидокаина в суммарной дозе 400 мг) + фентанил.

После стандартной премедикации вводный наркоз в основной группе осуществляли рекофолом, в виде медленной внутривенной болюсной инъекции, с интервалом 10 секунд в дозе 1,5-2,5 мг/кг массы тела. После интубаций трахеи подключали ингаляцию форана в дозе 0,5-0,7%. На этапах вводного и основного наркоза достижение и поддержание миоплегии проводили листеноном и ардуаном. Центральную анальгезию поддерживали введением внутривенно жидкого парацетамола в дозе 1-1,5 г со скоростью 10-15 мл/ч с помощью шприцевого дозатора SEP-10S. Для основного наркоза ингаляционная анестезия фораном осуществлялась в режиме нормовентиляции с использованием minimal flow anaesthesia (до 0,5 л/мин) и кислорода (50% во вдыхаемой смеси), а также микродоз калипсола, для поддержания хирургической стадий наркоза.

Интраоперационно изучали ЧСС, АД систолическое, диастолическое, среднее гемодинамическое, SpO₂, FiO₂. Параметры гемодинамики определяли кардиомонитором МИТАР – 01- «Р-Д» (Россия), BIS-индекс монитором А-2000XP (США).

Результаты исследований и их обсуждение:

Основные данные, полученные в результате исследования, представлены в таблицах 1-2.

В таблице 1 представлены данные о влиянии наркоза в сравниваемых группах на величину BIS-индекса.

Таблица 1 – Величины BIS-индекса у больных группы наркоза форан+эпидуральная анестезия с дополнительным использованием парацетамола

Группа обследованных	До вводного наркоза	Вводный наркоз	Начало операции	Основной этап операции	Выход из наркоза
Форан + эпидуральная анестезия + фентанил (0,7 мг), n=22	81±3	40±3	49±2	54±3	67±3
Форан + эпидуральная анестезия + фентанил (0,2 мг) + парацетамол (1 г), n=23	83±1	44±2	47±3	53±2	76±5

Как следует из представленных данных, применение разработанной методики с внутривенным введением парацетамола и снижением дозы наркотического анальгетика не приводило к существенным изменениям состояния больных в процессе анестезии. Не было зарегистрировано достоверных различий средней величины BIS-индекса на всех этапах анестезии. Отмечено превышение показателя при использовании разработанного метода в два срока – вводного наркоза и выхода из наркоза. В обоих случаях эти различия, как мы полагаем, имеют позитивную для пациента направленность, так как облегчается и вход в наркоз, и особенно выход из наркоза.

Были выявлены определенные различия по влиянию проводимых в сравниваемых группах анестезиологических пособий на состояние центральной гемодинамики (таблица 2).

Частота сердечных сокращений имела адекватную динамику к снижению в обеих исследуемых группах, причем степень данных изменений в начале и в ходе основного этапа операции ни в одном случае не выходила за пределы уровня ЧСС, обеспечивающего адекватную гемодинамику.

Таблица 2 - Динамика показателей системной гемодинамики у больных при использовании форан+эпидуральная анестезия с дополнительным использованием парацетамола

Показатель	До вводного наркоза	Вводный наркоз	Начало операции	Основной этап операции	Конец операции
ЧСС, мин ⁻¹ n=23	81±4	75±2	71±2*	70±2*	74±3
ЧСС, мин ⁻¹ n=22	84±3	76±3	73±3*	72±1*	76±2
САД, мм рт.ст. n=23	152±7	137±5	129±4*	130±4*	135±4*
САД, мм рт.ст. n=22	146±8	140±3	133±3*	135±5*	141±3*
ДАД, мм ст.рт. n=23	98±4	89±2*	87±2*	86±1*	93±3
ДАД, мм ст.рт. n=22	100±3	95±3*	92±3*	93±2*	97±2
АДср., мм рт.ст. n=23	120±4	109±3*	105±3*	104±2*	111±3
АДср., мм рт.ст. n=22	125±5	110±4*	100±2*	107±3*	120±2

Примечание - * - различия с показателем до вводного наркоза достоверны, p<0,05

Величина систолического артериального давления исходно была повышенной до средней величины в основной группе 151±6 мм рт.ст., в контрольной группе 145±7 мм рт.ст. На фоне вводного наркоза она имела динамику к снижению в 1-й группе до 137±5 мм рт.ст., во 2-й группе 140±3 мм рт.ст., а в ходе оперативного вмешательства снижалась в среднем до 129±4 мм рт.ст. в 1-й группе, а во 2-й группе до 133±3 мм рт.ст. и ни в одном из случаев не была меньше 110 мм рт.ст. В конце операции наблюдалась адекватная тенденция к повышению АД, не достигающему, тем не менее исходных значений. Аналогичная динамика была характерна для уровня диастолического и среднего гемодинамического АД. Сравнительный анализ показал, что в обеих группах больных показатели кровообращения АД и ЧСС были стабильными, по данным мониторинга ЭКГ не отмечено нарушений ритма и других нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы.

Выводы:

- Разработанный вариант комбинированной ингаляционно-эпидуральной анестезии обеспечивает значительную глубину анестезии и достаточную стабильность регуляторных систем при выполнении высокотравматичных абдоминальных операций.
- Применение комбинированной анестезии с дополнительным использованием парацетамола выявил комплекс преимуществ, при стабильности параметров центральной гемодинамики, что позволило применять этот

вид анестезии у больных с высоким анестезиологическим риском.

Литература:

1. The challenge of preemptive analgesia. Pain Clinical Updates // IASP. – 2005. – XIII (2). – P.1-4.
2. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В., Береснев В.А. и др. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиол. и реаниматол. – 2006. - №4. – С. 12-16.
3. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: стратегия и тактика // Анестезиол. и реаниматол. – 2006. - №4. – С.4-12.
4. Botting R. COX-3: mechanism of acetaminophen/paracetamol analgesia. Pain practice. Book of Abstracts 3rd World Congress "World Institute of Pain", Barcelona, 2004. – P.194.
5. Smith E., Vainchtock A., Nicoloyannis N. et al. Ready to use injectable paracetamol: easier, lowering workload and costs // Eur J of Hospit Pharm. – 2003. - 9 (Iss. 6). – P.96-102.
6. Parfalgan. Product Monograph. Bristol-Myers Squibb, 2001. – 130 p.
7. Breivik H. Postoperative Pain: toward optimal pharmacological and epidural analgesia. Pain 2002-an Updated Review. - IASP Press, Seattle, 2002. – P. 337-349.

Кеңейтілген операциялардағы үйлестірілген жансыздандыруды парацетамолмен оңтайландыру

С.З. Танатаров, Р.К. Жакупов, М.Н. Сандыбаев, О.К. Азилханов, О.Т. Ходжимов, Д.А. Есболатов

Аумақты операцияларда қолданылатын ингаляциялық жансыздандыруды парацетамолмен интраоперациялық антиноцицептивті қорғаныс жасалатын эпидуральді анестезиямен үйлестіру мүмкіндігі әлі зерттелген жоқ. Онкологиялық диспансердің хирургиялық бөліміндегі операция жасалынған 45 науқасқа зерттеу жүргізілді. Орталық анальгезияны парацетамолды көктамырға 1-1,5 г мөлшерінде 10-15мл/сағ жылдамдықпен жіберу арқылы жүзеге асырды. Форанмен болатын ингаляциялық анестезия minimal flow қолданылған нормовентиляция режимінде жүзеге асса, наркоздың хирургиялық сатысы калипсолдың микродозасымен ұсталды. Үйлестірілген анестезия аумақты операцияларда жансыздандырудың қолайлы тереңдігін және реттеуші жүйелердің лайықты тұрақтығын қамтамасыз етеді.

Optimization of combined anesthesia by paracetamol in enlarged operations

S.Z. Tanatarov, R.K. Zhakupov, M.N. Sandibaev, O.K. Azilkanov, O.T. Khodzhimov, D.A. Yessbolatov

Possibility of combined inhalational anesthesia with epidural anesthesia and intraoperative antinociceptive protection by paracetamol in enlarged operations is not investigated. Researches were performed on 45 patients after surgeon in surgery department of oncology center. Central analgesia were supported by intravenous injection of paracetamol in dosage of 1-1,5 with 10-15 ml per hour speed. Inhalational anesthesia by Foranum were performed in normal ventilation rate with minimal flow using, also micro doses of calipsoli for support of surgical stage of narcosis. Combined anesthesia provides depth of anesthesia and enough stability of regulating systems in implementation of enlarged operations.

УДК 612.172.2: 616-003.96

**СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ
СИСТЕМ МОНИТОРИНГА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ****А.К. Мукажанова*****Восточно-Казахстанский филиал Национального центра гигиены труда
и профессиональных заболеваний МЗ РК, г. Усть-Каменогорск***

В настоящее время наблюдения за уровнями загрязнений атмосферы, почвы, вод и донных отложений рек, озер, водохранилищ и морей по физическим, химическим и гидробиологическим (для водных объектов) показателям проводятся службами. Существующий эколого-аналитический мониторинг, а именно мониторинг за содержанием загрязняющих веществ в воде, воздухе и почве с применением физических, химических и физико-химических методов анализа – позволяет обнаружить поступление загрязняющих веществ в окружающую среду, установить влияние антропогенных факторов на фоне естественных и оптимизировать взаимодействие человека с природой. Химический мониторинг – часть эколого-аналитического, с системой наблюдений за химическим составом атмосферы, осадков, поверхностных и подземных вод, почв, донных отложений, растительности, животных, и контроль за динамикой распространения химических загрязняющих веществ. Его задача – определение фактического уровня загрязнения окружающей среды высокотоксичными ингредиентами; назначение – научно-техническое обеспечение системы наблюдений и прогнозов; выявление источников и факторов загрязнения, а также степени их воздействия; наблюдение за установленными источниками поступления загрязняющих веществ в природную среду и уровнем ее загрязнения; оценка фактического загрязнения природной среды; прогноз по загрязнению природной среды и пути улучшения ситуации. Такая система базируется на данных отраслевого и регионального характера, включает элементы этих подсистем; она может охватывать как локальные районы в рамках одного государства [1,2].

Основными задачами мониторинга являются:

- разработка программ наблюдения за состоянием окружающей природной среды;
- организация наблюдений и проведение измерений показателей объектов экологического мониторинга;
- сбор и обработка данных наблюдений;
- хранение данных наблюдений, создание специальных банков данных, характеризующих экологическую обстановку;
- гармонизация банков и баз экологической информации с международными эколого-информационными системами;
- оценка и прогноз состояния объектов окружающей среды и антропогенных воздействий на них, природных ресурсов, откликов экосистем и здоровья населения на изменение состояния среды обитания человека;
- проведение оперативного контроля и прецизионных измерений радиоактивного и химического загрязнения в результате аварий и катастроф, а также прогнозирования экологической обстановки и оценка нанесенного природной среде ущерба;
- доступность интегрированной экологической информации широкому кругу потребителей, общественные движения и организации;
- информирование органов управления о состоянии окружающей среды и природных ресурсов, экологической безопасности;
- разработка и реализация единой научно-технической политики в области экологического мониторинга.

Обычно оно предусматривает создание двух взаимосвязанных блоков: мониторинг загрязнения экосистем и мониторинг экологических последствий такого загрязнения. Кроме того, она должна обеспечить получение информации об исходном (базовом) состоянии биосферы, а также выявление антропогенных изменений на фоне естественной природной изменчивости. По масштабам обобщения информации различают мониторинг [3-5]:

- глобальный – слежение за мировыми процессами и явлениями в биосфере с помощью космической, авиационной техники и ПЭВМ и составление прогноза возможных изменений на Земле. Частным случаем является национальный мониторинг, включающий аналогичные мероприятия, осуществляемые на территории конкретной страны;
- региональный – охватывает отдельные регионы;
- импактный – проводится в особо опасных зонах, непосредственно примыкающих к источникам загрязнения, например в зоне промышленного предприятия.

На основе информации о состоянии природных ресурсов, степени антропогенного воздействия и уровня жизни населения определенного региона во многих странах разрабатываются информационно-аналитические системы, где информационное пространство обычно представлено тремя тематическими разделами [6]:

- состояние окружающей среды и природные ресурсы, на базе которых оценивается обеспеченность территории основными природными ресурсами, уровень загрязнения окружающей среды, причины нарушения природных экосистем;
- антропогенная нагрузка, сведения такого рода позволяют определить социально-экономические условия жизни населения, антропогенное давление на окружающую среду;
- природоохранная деятельность, устанавливающая размер капитальных вложений в охрану окружающей среды данной территории, оформляются сведения об экологических программах и об особо охраняемых территориях. На основе этой информации выводится интегральная характеристика оценки уровня финансирования природоохранных мероприятий, и выявляются закономерности взаимодействия перечисленных областей информации.

В целом своевременно проведенный, мониторинг позволяет выявить состояние исследуемого объекта (кризисное или благоприятное), получить перечень экологических проблем региона, оценить качество природоохранной деятельности, разработать рекомендации о направлении подобных работ в дальнейшем. И как, интегральная характеристика дополняет сведения об экологическом состоянии выбранной территории, с выявлением закономерностей между состоянием окружающей среды и уровнем жизнедеятельности населения.

Проводя районирование территории по степени изменения или антропогенной нагрузки на окружающую среду, исследователь может выделить наиболее кризисные (или, наоборот, благополучные) территории и экологические проблемы, стоящие перед регионом в целом. Сопоставляя полученную информацию с данными о проводимых природоохранных мероприятиях, можно, во-первых, оценить качество и результат природоохранной деятельности, а во-вторых, сформулировать рекомендации по направлению подобных работ в дальнейшем [7].

На сегодняшний день, в регионах имеются сети наблюдений, принадлежащих различным службам, и которые ведомственно разобщены, не скоординированы в хронологическом, параметрическом, хронологическом и других аспектах. Поэтому задача подготовки оценок, прогнозов, критериев альтернатив выбора управленческих решений мониторинга становится на базе имеющихся в регионе ведомственных данных, в общем случае, неопределенной. В связи с этим, центральными проблемами организации экологического мониторинга являются эколого-хозяйственное районирование и выбор «информативных показателей» экологического состояния территорий с проверкой их системной достаточности.

Таким образом, оценка роли неблагоприятных воздействий на организм человека, связанных с загрязнением окружающей среды, представляет собой важнейшую задачу, особенно в отдельных возрастных группах. Основные трудности в этой области обусловлены многообразием действующих факторов окружающей среды, а необходимость поиска оптимальных комбинаций системы непрерывного контроля над процессом здоровья имеет исключительное значение в условиях ракетно-космической деятельности.

Литература:

1. Соболев А.И., Вербова Л.Ф. Особенности статистической обработки данных радиоэкологического мониторинга // Гигиена и санитария.-2002.-№3.-с.76-79.

2. Беляев Е.Н., Чибуров В.И., Фокин М.В. Социально-гигиенический мониторинг в решении стратегических задач среды обитания и здоровья населения // Гигиена и санитария.-2002.-№3.-с.9-11.

3. Иманкул С.И., Арыспаев М.К., Каженова Д.А., Казиева Д.Г. Влияние факторов окружающей среды на здоровье человека // Окружающая среда и здоровье населения. - 2010. - №1/53. - С.6-8.

4. Большаков А.М., Маймулов В.Г. Гигиеническое регламентирование - основа санитарно-эпидемиологического благополучия населения. - Москва. - Изд.группа «Геотар-Медиа». - 2009. - 211с.

5. Громова В.С., Пчеленок О.А. Динамика биогенных элементов в системе «почва-растения» при радиационном загрязнении окружающей среды // Санитарный врач. - 2010. - №4. - С.24-26.

6. Самакова А., Белоног В., Ибрагимов А. и др. Научные концепции управления безопасностью в социально-экологических системах. -СПб. -Изд-й центр «Гуманитарная Академия». - 2004.-250с.

7. Завьялов Н.В., Остапенко Ю.Н., Скворцова Е.Л., Силаев В.А. Опыт ведения токсикологического мониторинга в Москве. // Гигиена и санитария.-2009. - №6 - С.69-71.

Қоршаған ортаның мониторингі жүйесінің жіктелуінің және ұйымдастырылуылық қазіргі кездегі турлері

А.К. Мукажанова

«ЕГ және КАҰО» ШҚ филиалы, Өскемен қ.

Түйінді сөздер: мониторинг, қоршаған орта, антропогенді факторлар, зымыран- ғарыштық іс-әрекет.

Қоршаған ортаның ластануына байланысты адам ағзасына, әсіресе және жастоптарына, зиянды қолайсыз әсер етуді бағалау, манызды міндеттердің бірі болып табылады. Зымыран- ғарыштық іс-әрекет жағдайында денсаулық процесіне үздіксіз баукалу жасау жүйесігу тиімді жолдарын іздеу мнвыздылығы ерекше.

The modern form to organizations and classification of the system of the monitoring surrounding ambiances

А.К. Mukazhanova

EK-branch of "National center of labour hygiene and occupational diseases", s. Ust-Kamenogorsk

In article are presented modern approaches monitoring the picture of health populations at influence possible disadvantage factor environment. Need of searching for optimum combination systems of the unceasing checking on process of health has exclusive importance in condition racket-cosmic activity.

The Key words: monitoring, environment, anthropogenic factors, rocket and cosmic activity.

УДК 616.12-008.33-092+612.466

РОЛЬ ПРОСТАГЛАНДИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

А.К. Жанатбекова, Л.К. Каражанова

Государственный медицинский университет г. Семей

В течение последних десятилетий получено большое количество данных о патогенезе резистентной артериальной гипертензии (АГ). Тем не менее, в силу сложности и неполной изученности механизмов регуляции артериального давления (АД), а значит и трудности понимания взаимоотношений этих нарушенных механизмов, а также вследствие клинко-патогенетической неоднородности АГ, отмеченной еще Г.Ф.Лангом [1], создание единой универсальной схемы ее патогенеза оказалось трудновыполнимой задачей. В связи с этим вполне продуктивным может быть путь систематизации данных о механизмах регуляции АД, выявления наиболее вероятных их поломок и описания их взаимоотношений в пределах конкретных клинко-патогенетических вариантов АГ.

Величина АД зависит от соотношения прессорных и депрессорных систем[2]. К прессорным системам относятся:

- симпатико-адреналовая система (САС);
- ренин – ангиотензин – альдостероновая система;
- система антидиуретического гормона (АДГ);
- система прессорных простагландинов (тромбоксан А₂, ПГ F_{2a}),
- система эндотелинов.

К депрессорным системам относятся:

- барорецепторы синокаротидной зоны аорты,
- каликреин – кининовая система,
- система депрессорных простагландинов (ПГ А, ПГ Д, ПГ E₂, простациклин I₂),
- предсердный натрийуретический фактор,
- эндотелий расслабляющий фактор (ЭРФ).

При резистентной гипертензии происходит нарушение оптимального взаимодействия прессорных и депрессорных систем, с преобладанием первой. Это приводит к увеличению натрийуреза, гиповолемии, повреждению эндотелия, пролиферации интимы сосудов. Все эти изменения сопровождаются дальнейшим выбросом вазоконстрикторов и еще большему повышению АД.

Простагландины - биологически активные вещества, образующиеся в клетках из арахидоновой и некоторых других ненасыщенных жирных кислот (дигомолинолевой), содержащихся в фосфолипидах мембран. По особенностям химического строения ПГ делят на группы, имеющие латинские индексы А, В, Е, F и др., и на подгруппы, обозначаемые арабскими цифрами (ПГЕ1, ПГЕ2 и др.), соответственно количеству двойных связей в молекуле. Простагландины и их синтетические аналоги обладают многогранной физиологической (фармакологической) активностью. Их считают гормоноподобными веществами («местными» гормонами), регулирующими клеточный метаболизм. Характерным является влияние ряда ПГ на сократительную активность гладкой мускулатуры, секрецию, кровообращение (включая микроциркуляцию), а также другие функции организма. История поиска этих неведомых в начале XX века чрезвычайно активных биологических веществ весьма любопытна. Долгие годы эти вещества, способные координировать самые разнообразные процессы жизнедеятельности человеческого организма, оставались неуловимыми. Лишь в 30-х годах двадцатого столетия шведский ученый Эйлер сумел получить новые данные о гормонах-невидимках.

Депрессорная система мозгового слоя почек представлена двумя основными блоками – системой простагландинов и калликреин-кининов. Простагландины мозгового слоя почки (Е2, I2, А2, F2) оказывают три основных эффекта, имеющих прямое отношение к экскреции воды, а именно: снижают способность антидиуретического гормона повышать проницаемость эпителия собирательных трубок для воды, усиливают кровоток в сосудах этой зоны и ингибируют реабсорбцию натрия и хлоридов в толстом восходящем колене петли Генле и, что очень важно, - активно выводят натрий из мышечных волокон стенок артерий, уменьшая тем самым их набухание и понижая чувствительность к веществам, сужающим сосуды. Это приводит к снижению АД[3].

Эндокринная функция почки определяется тремя гуморальными системами – простагландинами (ПГ), ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и калликреин-кининовой (ККС). Тесная связь между этими системами находит отражение в процессах образования биологически активных субстанций (кинины, ангиотензин II, простагландины различных серий) и их инактивации. Регуляция активности РААС, ККС, образование прессорных (ПГF) и депрессорных ПГ (ПГЕ2) в почках во многом определяются одними и теми же факторами: изменением внеклеточных объемов организма, концентрации натрия и калия во внеклеточной жидкости и активностью симпатической нервной системы (СНС). Накоплен большой экспериментальный и клинический материал по изучению гуморальных систем почек, на основе которого сформулировано представление об их физиологической роли в организме. Активация синтеза почечных простагландинов происходит при артериальной гипертензии, после ишемизации почки, под влиянием норадреналина, вазопрессина, ангиотензина-II, почечных кининов и стимуляции почечных симпатических нервов. Антигипертензивное действие простагландинов заключается как в вазодилатирующем эффекте, так и в стимуляции почечной экскреции ионов натрия и воды.

Большая часть поступающих в кровь простагландинов разрушается в легких, поэтому в артериальные сосуды не попадает, за исключением ПГI2, почти не деградирующего в малом круге и обладающего мощным системным вазодилатирующим эффектом. Важное значение для антигипертензивного действия имеет торможение синаптической передачи в адренергических синапсах под влиянием ПГЕ. Наличием обратной связи между простагландинами и ренин-ангиотензин-альдостероновой системой обусловлен стимулирующий эффект простагландинов на синтез ренина в юктагломерулярном аппарате почек. По мере прогрессирования гипертензии депрессорные возможности почек истощаются и начинают преобладать прессорные вещества. АД становится более высоким и стойким.

При длительном течении гипертензии по мере нарастания атеросклероза сосудов почек, а также у больных хроническими почечными заболеваниями, по мере гибели и уменьшения почечной ткани снижается выработка простагландина и истощается депрессорная функция почек, чем и объясняется развитие в этот период стабильного и высокого уровня гипертензии. Увеличение содержания в крови простагландинов Е в начальной стадии эссенциальной гипертензии считается компенсаторной реакцией, подавляющей действие симпатической и ренин-ангиотензинной системы.

В экспериментальных, а затем клинических исследованиях показан широкий круг механизмов действия ПГ Е1, многие из которых лежат в основе терапевтического эффекта препаратов простагландинов нового ряда. Среди них следует в первую очередь указать на сосудорасширяющее действие ПГ Е1 (алпростадил), вызывающего дилатацию артериол и прекапиллярных сфинктеров с последующим увеличением тканевого кровотока, а также многокомпонентное воздействие на клеточные и гуморальные реологические факторы, противовоспалительное, цитопротективное действие и др. [4,6]. Экспериментальные работы показали протективное действие ПГЕ1 при моделировании почечной ишемии: введение ПГЕ1 предотвращало развитие очагового некроза и постишемической почечной недостаточности, улучшало почечную гемодинамику, клубочковую фильтрацию и концентрационную функцию почек.

Так, ПГЕ1 ингибирует активность лейкоцитов, тромбоцитов, процессы агрегации и адгезии, высвобождение супероксидных анионов и лизосомальных ферментов; повышает пластичность (деформируемость) эритроцитов и снижает их агрегацию;

снижает тромбообразование, уровень фибриногена и повышает фибринолитическую активность крови;

ингибирует действие факторов роста и пролиферацию гладких мышечных клеток в сосудистой стенке,

оказывает протективное действие на эндотелий и уменьшает число циркулирующих эндотелиальных клеток,

снижает синтез коллагена и гликозаминогликанов, улучшает метаболизм липидов в артериальной стенке и др. [5]. Все эти свойства простагландинов механизмы используются в стратегии лечения тяжелой резистентной артериальной гипертензии.

Литература:

1. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. Л., 1950;
2. Раповец В.А., Вальчук С.А. Злокачественная артериальная гипертензия;
3. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. Глава 7. Бюль-пресс . 2007;

4. Гусева Н.Г. Эффективность и перспективы применения вазaproстана (простагландин Е₁) в ревматологии. Терапевтический архив. 2002; №5;

5. Маевский Е.И., Мурашов А.Н. и др. Влияние вида лекарственной формы на некоторые биологиче-

ские свойства простагландин Е₁. Проблемы стандартизации в здравоохранении, №5, 2003;

6. Guseva N. G., Aiekperov R. T., Match E. S. The efficacy of vazaprostan in systemic sclerosis. In.: The 9th APLAR Congress of Rheumatology. Peking. 2000.

Резистентті артериальды гипертония патогенезіндегі простагландиндердің ролі

Ә.К. Жанатбекова, Л.Қ. Қаражанова

Резистентті артериальды гипертонияда прессорлы және депрессорлы жүйедегі оңтайлы өзаралық байланыстың бұзылуы прессорлық жүйедегі бұзылыс басымдығымен болады. Простагландиндердің антигипертензиялық әсері олардың вазодилатациялық тиімділігі және бүйректегі натрий иондары мен су экскрецияларының белсенділенуімен білінеді.

Role of prostaglandins at pathogenesis of resistant arterial hypertension

A.K. Zhanatbekova, L.K. Karazhanova

The disorders of the optimal interaction of pressor and depressor systems, with a predominance of the first. Antihypertensive action of prostaglandins is in vasodilating effect and the stimulation of renal excretion of sodium and water.

УДК 612.014:616.383.231.428:612.63.025

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ КЛЕТОК В ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗОНАХ БРЫЖЕЕЧНЫХ И ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ

Ж.Е. Комекбай, Т.Ж. Умбетов

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, г.Актобе

Актуальность. С 1974 года ВОЗ рекомендует проведение полного комплекса реанимационных мероприятий и учета в статистике всех живорожденных массой 500,0 (22 недели гестации) и более. Республика Казахстан с 1 января 2008 года полностью перешла на критерий ВОЗ. В связи с этим перинатальный период был смещен с 28 недель на более ранний срок развития плода – 22 недели гестации. Если к 22 неделям гестации развиваются и функционируют все органы и системы организма, то в перинатальном периоде (22-40 недель беременности и 1-7 сутки жизни новорожденных) происходит почти полное развитие систем органов регулирующих деятельность организма. В частности органы иммунной системы осуществляют защиту организма от генетически чужеродных веществ, постоянно поддерживает тканевой гомеостаз и способствует сохранению равновесия между матерью и плодом в течение беременности и рождению здорового жизнеспособного плода [1]. А лимфоидные органы являясь важнейшей частью иммунной системы человека обеспечивают иммунную защиту практически всех органов. Поэтому исследования иммуноморфологических состояний лимфатических узлов при нормально протекающей беременности позволит более глубоко понять механизмы и закономерности морфологических и иммунологических изменений лимфоидной ткани плодов.

В течение долгого времени основное значение придавалась только защитным реакциям организма матери, участие плода в реакциях иммунитета считалось сомнительным. Это положение коренным образом изменилось после открытия новых фактов принципиального значения, поставивших перед биологами и врачами большую проблему онтогенеза иммунной системы [2].

Перспективность исследований становления системы иммуногенеза плода человека обуславливается рядом обстоятельств. Считается, что система иммуногенеза наряду с нервной и эндокринной относится к регулирующим системам организма. В период развития органов у плода происходят сложные

тканевые и биохимические процессы, которые должны развиваться и затухать в соответствии с развитием собственных интегрирующих систем, создающих нормальный гомеостаз организма плода. Плод в матке развивается в стерильных, но не безантигенных условиях. Развитие иммунной системы должно проходить строго параллельно с развитием организма, поддерживая иммунологический гомеостаз самого плода. В процессе развития она не может оставаться безучастной к факторам, поступающим из организма матери в организм плода. Следовательно, по Хлыстовой З.С. [2] система иммуногенеза плода должна составлять третье звено системы мать-плацента-плод.

Таким образом, становление системы иммуногенеза плода происходит, с одной стороны, в силу общебиологических причин, обусловленных законами филогенеза и онтогенетического развития, определяющими общее направление процессов гистогенеза и органогенеза. С другой стороны, «качество» развивающихся тканей и органов определяется местными условиями самого организма плода и его взаимосвязями с организмом матери, составляющим для него особые экологические условия или среду обитания.

Знание процессов развития системы иммуногенеза человека в период эмбрионального развития может установить сроки морфофункционального становления иммунного статуса, но и пролить свет на этиологию иммунодефицитных состояний человека и определить методы их коррекции.

Целью исследования является изучение динамики клеточного состава функциональных зон брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в перинатальный период развития.

Материалы и методы исследования. Материалом исследования были брыжеечные и трахеобронхиальные лимфатические узлы 42 мертворожденных и новорожденных перинатального периода, развивающихся в физиологических условиях беременности и умершие в результате родовой травмы. В соответствии срокам перинатального периода материалы были подразделены на пять подгруппы: I-ая

мертворожденные в сроки 22-27 недель беременности; II-ая мертворожденные в сроки 28-36 недель беременности; III-ья мертворожденные в сроки 37-40 недель беременности; IV-ая новорожденные, умершие на 1-4 сутки жизни; V-ая новорожденные, умершие на 5-7 сутки жизни. Лимфатические узлы фиксировали в 10 % нейтральном формалине. После гистологической проводки парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином, Азур II-эозином и по ван Гизону. Изучение клеточного состава лимфатического узла проводили с помощью закрытой квадратной тестовой системы, вмонтированной в окуляр микроскопа [3], так, что площадь исследуемого участка составляла 1600 мкм² (размер квадрата 40x40 мкм). По этой методике дифференцированно изучали клеточные формы по 10 полей в каждом срезе лимфатического узла (всего 1000 тест-точек). Подсчитывались содержания клеток в функциональных зонах паренхимы лимфатических узлов – корковое плато, лимфоидные узелки, паракортикальная зона, мякотные тяжи. Дифференцировались следующие виды клеток – лимфоциты (большие, средние, малые), ретикулярные клетки, бластные формы клеток, митотически делящиеся клетки, плазмциты, макрофаги и дегенерирующие клетки.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении клеточного состава во всех функциональных зонах как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфатических узлов на 22 неделе гестации 22-27 недель беременности) отсутствовали плазмциты, макрофаги и дегенерирующие клетки. Отмечалось относительно большое содержание бластных форм клеток и митотически делящиеся клетки. Со стороны лимфоцитов наблюдалось увеличение процентного содержания больших и средних лимфоцитов. Процентное содержание средних лимфоцитов во всех функциональных зонах паренхимы лимфоузла равнялась 20%, а уровень малых лимфоцитов несколько превышало 50%. Процентное содержание ретикулярных клеток колебалось от 17,5 % до 26,9%.

При анализе содержания клеток в перинатальном периоде в корковом плато брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в срок беременности 28-36 недель и 37-40 недель, а также на 1-4 сутки и 5-7 сутки жизни со стороны лимфоцитов наблюдалось постепенное снижение процентного содержания больших и средних лимфоцитов и тенденция к увеличению числа малых лимфоцитов. При этом в срок 5-7 суток жизни в корковом плато, как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфоузлах отсутствовали большие лимфоциты.

Если в антенатальном периоде развития (28-36, 37-40 недель беременности) бластные и митотически делящиеся клетки уменьшались, то в раннем постнатальном (1-4 и 5-7 сутки жизни) они достоверно возрастали. В эти же сроки в корковом плато выявлялись плазмциты, дегенерирующие клетки и макрофаги. Ретикулярные клетки в данной зоне в антенатальном периоде трахеобронхиальных лимфатических узлов определялись на уровне 20%, тогда как в брыжеечных лимфоузлах они не превышали уровня 17%. Как трахеобронхиальных, так и брыжеечных лимфоузлах в корковом плато в постнатальном периоде достоверно снижалось количество ретикулярных клеток.

Несколько отличительные изменения клеточного состава перинатальном периоде происходило в лимфоидных узелках. Так в брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлах во все сроки

антенатального периода развития на высоком уровне оставалось содержание средних лимфоцитов (более 20%) и достоверно увеличиваясь в сроки 5-7 суток жизни (25,9%). Если число малых лимфоцитов в трахеобронхиальных узлах в постнатальном периоде достоверно возрастало, то в брыжеечных лимфатических узлах существенного роста малых лимфоцитов в эти сроки развития не наблюдалось. С другой стороны в брыжеечных лимфатических узлах во все сроки антенатального периода развития (22-27, 28-36, 37-40 недель беременности) отмечается относительно большое число бластных и митотически делящихся клеток, которые в постнатальном периоде (1-4, 5-7 сутки жизни) удваивается. В лимфоидных узелках трахеобронхиальных лимфатических узлов в антенатальном периоде развития имеются только незначительные следы бластных форм клеток и клеток в состоянии митоза, то в постнатальном периоде они выражены значительно. Если число ретикулярных клеток в брыжеечных лимфатических узлах во все сроки перинатального периода остается почти на одном уровне, то в трахеобронхиальных лимфатических узлах начиная с раннего периода антенатального развития (17,9%) постепенно снижаясь достигает минимального количества в сроки 5-7 суток жизни (60,0%).

В паракортикальной зоне брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов изменение клеточного состава в перинатальном периоде происходит почти идентично. Например, в сроки 22-27 недель беременности соотношение в процентах больших, средних и малых лимфоцитов в трахеобронхиальных узлах составлял 10,8x35,9x35,4, а в брыжеечных – 8,1x37,7x35,5. Эти соотношения сохранялись во все сроки антенатального развития. И незначительное уменьшение больших и средних лимфоцитов с некоторым увеличением числа малых лимфоцитов происходило в ранние постнатальные сроки. В частности в 5-7 сутки жизни соотношения больших и средних лимфоцитов трахеобронхиальных лимфоузлах в процентах составлял – 8,4x26,1x50,9, а брыжеечных – 4,7x27,2x47,3. Бластные формы клеток как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфоузлах выявлялись 22-27 недель беременности (0,1%), а митотически делящиеся клетки в паракортикальной зоне в обеих лимфоузлах определялись в только в сроки 37-40 недель беременности. (0,1-0,2%). Ретикулярные клетки в паракортикальной зоне трахеобронхиальных лимфатических узлов сохраняя равное количество в антенатальном периоде (17,8%), имел тенденцию к снижению в 5-7 сутки жизни (14,3%). Число ретикулярных клеток в брыжеечных лимфатических узлах в антенатальном периоде находились в одном уровне (18,0-18,6%) и значительно возрастало в раннем постнатальном периоде (1-4 сутки жизни – 25,6%).

Если во все сроки антенатального периода развития в паракортикальной зоне исследуемых лимфоузлов отсутствуют плазмциты, макрофаги, дегенерирующие клетки. Но в раннем постнатальном периоде (1-4 и 5-8 сутки жизни) они выявляются убедительно особенно в брыжеечных лимфоузлах.

Увеличение числа ретикулярных клеток, плазмцитов, макрофагов, дегенерирующих клеток возможно связано антигенным воздействием кормления новорожденного.

В мякотных тяжах брыжеечных и трахеобронхиальных лимфатических узлов в антенатальном периоде развития сохраняются те же соотношения больших, средних и малых лимфоцитов, а

в раннем постнатальном периоде происходит некоторое увеличение доли малых лимфоцитов с уменьшением числа больших и средних лимфоцитов. В данной функциональной зоне обеих лимфатических узлов довольно высоком уровне выявляются бластные и митотические делящиеся клетки во все сроки перинатального периода. Процентное содержание ретикулярных клеток в антенатальном периоде в брыжеечных лимфатических было значительно больше чем в трахеобронхиальных узлах. А в постнатальном периоде происходило снижение количества ретикулярных клеток как в брыжеечных, так и в трахеобронхиальных узлах. Следующей особенностью клеточного состава мягкотных тканей в перечисленных узлах заключается наличие в значительном количестве во все сроки перинатального развития плазмочитов и макрофагов, а в раннем постнатальном периоде появление дегенерирующих клеток.

Обобщая полученные результаты исследования надо отметить, что к 22 неделям гестации во всех функциональных зонах, как брыжеечных, так и трахеобронхиальных лимфатических узлах выявляются почти все клеточные клоны паренхимы лимфатических

узлов что соответствует началу формирования гуморального и клеточного иммунитета в этих органах.

В перинатальный период происходит постепенное уменьшение процентного содержания больших, средних и увеличение малых лимфоцитов. Отсутствовали в антенатальном периоде плазмочиты, макрофаги и дегенерирующие клетки выявляются в раннем постнатальном периоде, что объясняется началом воздействия в организм новорожденных факторов внешней среды.

Литература:

1. Хлыстова З.С., Шмелева С.П., Калинина И.И., Работникова Е.Л., Минина Т.А., Рябчиков О.П. карта заселения органов иммунной системы эмбриона и плода человека т- и В-лимфоцитами и начало эндокринной функции тимуса // иммунология.-2002.-№2.-с.80-82
2. Хлыстова З.С. Становление системы иммуногенеза плода человека: Морфологические аспекты. - М., 1987.- 256с.
3. Стефанов С.Б. Визуальная классификация при количественном сравнении изображений // Арх. анат., гистологии и эмбриологии.-1985.-№2.-с.78-83.

Дамудың перинатальды кезеңдегі шажырқай және трахеобронхиальды лимфа түйіндерінің функциональды аймақтарындағы клеткалардың динамикасы

Ж.Е. Көмекбай, Т.Ж. Умбетов

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Перинатальды кезеңдегі ұрық пен жаңа туылғандардың шажырқай және трахеобронхиальды лимфа түйіндерінің функциональды аймақтарының клеткалық құрамы зерттелді. Біртіндеп үлкен, орташа лимфоциттердің пайыздық құрамының азаюы және кіші лимфоциттердің көбеюі байқалды. Дамудың антенатальды кезеңінде кездеспеген плазмочиттер, макрофагтар ерте постнатальды кезеңде анықталды.

The dynamics of containing the cells in the functional zones of mesenterial and tracheobronchial lymphatic knots in perinatal period of developing

J.E. Komekbay, T.J. Umbetov

Marat Ospanov State Medical University of West Kazakhstan, Aktope city

The cell structure of the functional zones of the lymphatic knots were investigated in perinatal period of development. The gradual decrease of percental maintenance of the large and middle lymphocytes and increase of small lymphocytes were observed. The plasmocytes, macrophages were met in an early postnatal period.

УДК 615.451.16 : 615.099 : 616.36

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ ЭКСТРАКТА ИЗ КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА ПРИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.Оспанова, г.Актөбе

Актуальность: Одной из наиболее актуальных проблем современной экологической медицины и, в частности экологической и восстановительной гепатологии, является хроническая и острая экзогенная интоксикация, при которой наиболее часто поражается печень – один из важнейших органов поддержания гомеостаза и детоксикации организма [1].

Доказано, что печень и микрофлора кишечника участвуют в процессах печеночно-кишечной рециркуляции различных органических и неорганических соединений. Следовательно, печень и микрофлора пищеварительного тракта являются двумя взаимосвязанными детоксикационными системами микроорганизма. При этом повреждение печеночных клеток, снижение их функциональной активности неизбежно ведет к увеличению воздействия токсических веществ на кишечную

микрофлору, что может являться причиной нарушений микробиоценоза кишечника, в свою очередь, эти нарушения индуцируют детоксикационную функцию микрофлоры, тем самым увеличивая токсическую нагрузку на печень [2, 3].

Наиболее частыми причинами токсического поражения печени в отечественной социокультурной среде являются алкоголь и лекарства. Как известно, организм человека, его органы, ткани, клетки обладают эволюционно закрепленным свойством - сохранения постоянства внутренней среды. Устойчивость метаболической, иммунологической, структурной составляющих гомеостаза обеспечивается многочисленными разноуровневыми механизмами, среди которых особое внимание в последнее время уделяется процессам пероксидации липидов (Глебов А.Н., Зинчук В.В., 2006; Калянова Н.А.,

2002; Катикова О.Ю. 2003; Кухарчук В.В., 2003; Stephen A.Harrison, 2009). Их интенсификация при воспалительных поражениях печени приводит к избыточному образованию оксидантов. Недостаточное образование антиоксидантов нарушает сбалансированность в системе ПОЛ-АОЗ с нарушением перекисного гомеостаза и развитием эндотоксикоза.

Печень принимает на себя основной удар в первую очередь при пероральном приеме лекарств, особенно обладающих выраженным эффектом "первого пассажа". Захват большинства ксенобиотиков осуществляется неспецифическим путем посредством диффузии из синусоидов через мембрану гепатоцитов. Обратная диффузия, как правило, затруднена ввиду связывания вещества со специфическими внутриклеточными белками. Последнее, в свою очередь, осуществляют его перенос в эндоплазматический ретикулум, где протекают основные процессы метаболизма, и в желчные каналцы, транспортные белки которых участвуют в экскреции метаболитов в желчь [4].

К препаратам с облигатным, то есть дозозависимым и воспроизводимым на лабораторных животных гепатотоксическим действием с полным основанием можно отнести только парацетамол. Все остальные лекарственные средства проявляют повреждающие свойства лишь у некоторых лиц вследствие развития идиосинкратических реакций. В таблице 1 приведены патогистологические варианты поражения печени, развивающиеся на фоне приема конкретных препаратов.

В ассортименте лекарственных препаратов, применяемых в комплексной терапии для лечения заболеваний печени, выделяют небольшую группу веществ, действие которых направлено на восстановление гомеостаза печени, нормализацию активности органа и стимуляцию регенеративных процессов – гепатопротекторы, которые составляют 9,2 % от общего количества лекарственных средств [5]. Представляется перспективным изучение гепатопротекторных свойств фитопрепаратов при лекарственных гепатопатиях.

Цель исследования: Исследование лечебных свойств экстракта из корней девясила при лекарственной гепатопатии в эксперименте.

Материал и методы исследования: Эксперимент проведен на 65 белых беспородных крысах самцах. 1-ая группа – контрольная, животные этой группы внутрижелудочно в течение 2-х дней получали водопроводную воду по 2мл. Во второй группе животным вводили парацетамол в дозе 500мг/кг массы тела в течение 2-х дней. Животные третьей группы предварительно до введения парацетамола в течение 14 дней получали внутрижелудочно масляный экстракт из корней девясила в дозе 1мл/кг. Животных выводили из эксперимента путем декапитации под легким эфирным наркозом. Произведен забор крови для биохимического исследования и для гистологического исследования изъята печень.

В крови определяли ферменты-маркеры цитолиза: АлАТ, АсАТ, ЩФ, ЛДГ; содержание тимоловой пробы, с помощью наборов Bio-la-test фирмы «Lachema» (Чехия).

Результаты обработаны по параметрическому t-критерию Стьюдента с определением средней арифметической (M) и ее стандартной ошибки (m).

Биоптаты печени фиксировали в 10% растворе формалина, затем проводка через спирты возрастающей крепости, окраска гематоксилин-эозином.

Полученные результаты и их обсуждение:

Во 2-ой группе животных в сравнении с 1-ой, отмечается полнокровие, застой и внутрисосудистый гемолиз. Стенки сосудов центральных сосудов расширены, резко набухшие пропитаны кровью и плазмой, отмечается периваскулярный отек, разрушение сосудистой стенки.

Во многих полях зрения отмечается некроз гепатоцитов, местами они сливаются образуя обширные поля некроза с деструкцией. В клетках происходит исчезновение ядер и контуров цитоплазмы. Страдает балочная структура печени.

По периферии структура печени более или менее сохранна. Гепатоциты менее подверглись некробиотическим процессам. Лишь отмечается картина дистрофии, преобладание гидropической, белковой, местами с пролиферацией гепатоцитов с единичными многоядерными клетками и лимфоидной реакцией в строме.

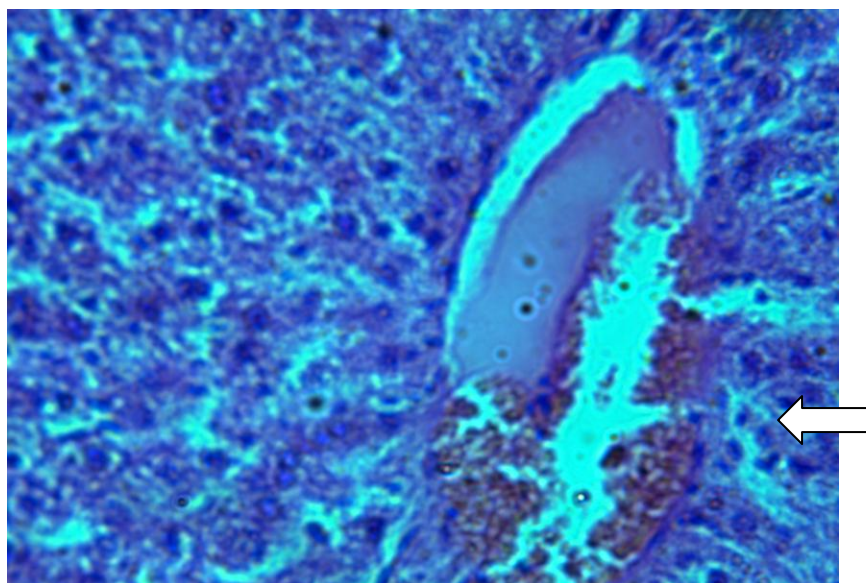


Рисунок 1. Выраженная сосудистая реакция: разрушение сосудистой стенки, гемолиз, периваскулярный отек. Окр.Г-Э. Увл.×100

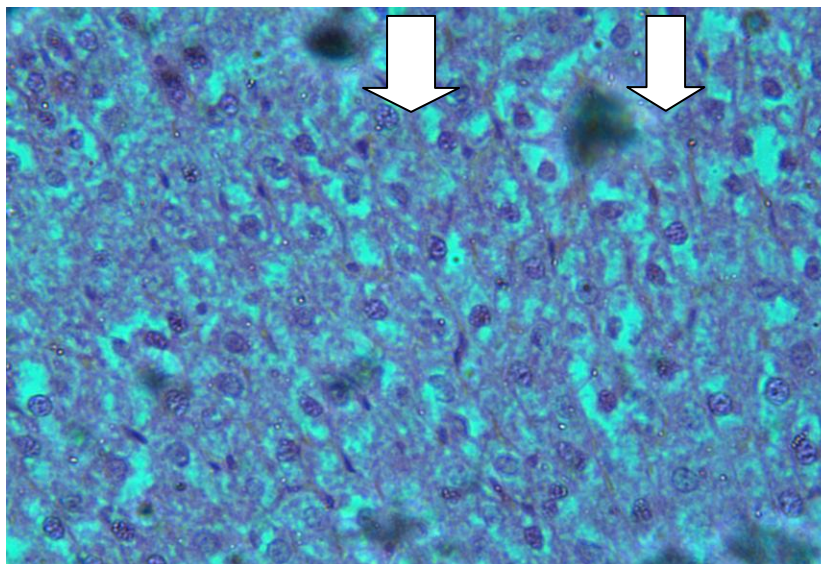


Рисунок 2. Гидропическая, белковая дистрофия гепатоцитов.
Окр.Г-Э. Увл.×100.

В третьей группе животных получавших предварительно до интоксикации парацетамолом масляный экстракт отмечается незначительный отек стромы и паренхимы с периваскулярным отеком, со стазом в сосудах. Стенки сосудов сохранены, с четкой дифференцией. Центролобулярно полнокровные сосуды, в сравнении с основной группой гепатоциты менее подверглись токсическому воздействию. По периферии компенсаторная реакция проявилась явлением белковой зернистой дистрофией, с очагами гиалиново-капельной дистрофией гепатоцитов. Цитоплазма и ядро клеток хорошо визуализируются. Структура ткани печени сохранена.

По данным биохимического исследования: при введении парацетамола у животных 2-группы по отношению к контрольной группе активность ферментов цитолиза АлАТ и АсАТ в крови увеличились в 2,73 и 2 раза. Показатели ЩФ и ЛДГ увеличились в крови в 1,39 и 2,32 раза соответственно по отношению к 1-й группе. При введении парацетамола показатели тимоловой пробы по сравнению с контролем повышается в 3,39 раза. Это свидетельствует о цитолизе в гепатоцитах и выраженности мезенхимального воспаления.

В третьей группе животных получавших МЭКД предварительно до интоксикации парацетамолом отмечается снижение показателей АлАТ и АсАТ в 2,09 и 1,85 раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом. Профилактическое введение масляного экстракта предупреждало повышение активности фермента ЛДГ и ЩФ. Содержание ЛДГ в крови было в 2,24 раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом. ЩФ в крови снизился на 28,37% по сравнению с группой с токсическим гепатитом. Введение масляного экстракта корня девясилы животным с моделью токсического парацетамолового гепатита предупреждало повышение показателя тимоловой пробы и было в 2,81

раза ниже, чем в группе животных с парацетамоловым гепатитом.

Таким образом, предварительное введение масляного экстракта предупреждает развитие цитолиза и мезенхимального воспаления.

Выводы:

1. Парацетамол вызывает токсический гепатит, который подтверждается биохимическими изменениями в крови и морфологическими изменениями в ткани печени.
2. Предварительное введение масляного экстракта корня девясилы предупреждает развитие токсических изменений в печени.

Литература:

1. Копылова Л.Е. Печень и печеночные лимфатические узлы матери и потомства при физиологической и осложненной беременности в условиях фармако- и фитокоррекции. к.м.н., Новосибирск -2009
2. Панина Т.В. Изучение влияния препарата «Гепопро» на функцию печени животных / Т.А. Панина, Б.В. Уша // Живые системы и биологическая безопасность населения: материалы VI Международной научной конференции студентов и молодых ученых. – М.: МГПБ, 2007. – С. 256.
3. Панина Т.В. «Применение пробиотика-гепатопротектора при токсических поражениях печени у собак». 16.00.02 – патология, онкология и морфология животных 16.00.03 – ветеринарная микробиология, вирусология, эпизоотология, микология с микотоксикологией и иммунология, к.в.н., Москва 2009
4. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Рук-во для врачей. 2-е изд. М.: ООО "Изд-во дом "М-Вести", 2005.
5. Буеверов А. О. Лекарственные поражения печени. РМЖ. 2001; 9 (13–14).

Дәрілік интоксикация кезінде андыз тамырының майлы сығындысының гепатопротекторлық әсерінің морфологиялық ерекшеліктері

А.А. Рамазанова, Г.А. Журабекова, Н.М. Мавлюдова, Н.А. Нугманова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтобе қ.

Андыз тамырының майлы сығындысы алдын-ала қолданғанда бауыр тіндерінің токсикалық өзгерістерін болдырмайды.

Morphological features of hepatoprotective property Inula helenium L's oil in a medicamental intoxication

A.A. Ramazanova, G.A. Zhurabekova, N.M. Mavlyudova, N.A. Nugmanova

West – Kazakhstan State Medical University named after M.Ospanov, Aktobe city

Preliminary introduction of Inula helenium L's oil in paracetamol hepatitis, which prevents toxic defeat of liver.

УДК 616.71-007.234

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**С.А. Кабылова, Ж.Е. Акылжанова****Государственный медицинский университет г.Семей**

Остеопороз является актуальной проблемой современной медицины в связи со значительными масштабами распространённости и социально-экономического ущерба, внедрением в клиническую практику современных и эффективных методов его диагностики, лечения и профилактики [1]. Это одна из основных проблем, которым посвящена Декада костно-суставных нарушений, объявленная ВОЗ в 2000 г. с целью привлечения внимания общества к поиску путей её решения [2].

Согласно определению ВОЗ под остеопорозом понимают системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и микроархитектурными повреждениями костной ткани, которые ведут к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов [3,4]. Остеопению можно определить как снижение костной массы, предшествующее по степени своей выраженности стадии остеопороза, без микроархитектурных повреждений кости [1]. Можно сравнить остеопенический синдром с состоянием «предболезни», которое, являясь патологическим по сути, требует активного выявления и коррекции с целью недопущения трансформации его в остеопороз.

Считается, что степень риска переломов в течение жизни определяется процессами активной минерализации костной ткани в течение первых двух десятилетий формирования скелета [5]. Наибольший прирост минеральной костной плотности (МКП) отмечается в пубертатный период, к его завершению уровень костной массы в большинстве участков скелета достигает 86%, а в

отдельных участках – 100% костной массы взрослого человека. [6,7]. То есть в юности активные процессы костеобразования обеспечивают накопление пика костной массы (ПКМ), который затем поддерживается в зрелости, а в пожилом возрасте снижается, что ведёт к переломам [8].

Вторым важным фактором является скорость снижения костной массы у взрослых. У женщин как пик костной массы ниже, чем у мужчин, так и причин, ведущих к ее уменьшению, больше. Поэтому внимание исследователей, занимающихся проблемой профилактики и коррекции остеопороза, сконцентрировано именно на лицах женского пола.

Факторы риска развития остеопенического синдрома многообразны. Учет модифицируемых факторов риска может вести существенный вклад в профилактику снижения МПКТ.

Цель исследования: Определить основные факторы риска развития остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста и их структуру в зависимости от уровня МПКТ в условиях г.Павлодар.

Материалы и методы:

Всего в рамках исследования были обследованы 2741 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет). Распределение данных женщин в зависимости от возраста (по пятилетиям) представлено на рисунке 1.

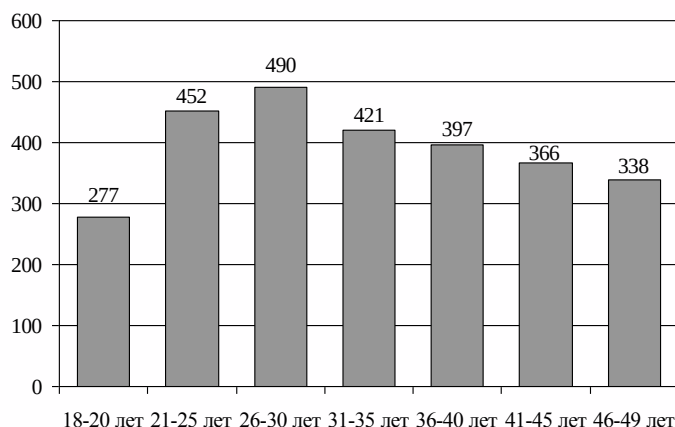


Рисунок 1 - Возрастное распределение женщин группы эпидемиологического исследования

Наибольшая численность была у возрастной категории обследованных 26-30 лет (17,9%), наименьшая – у меньшей по охватываемому возрастному периоду категория 18-20 лет (10,1%).

В возрастных категориях старше 30 лет численность обследованных постепенно снижалась, в последней (46-49 лет) относительное число их составило 12,3%.

Общая группа обследованных женщин была репрезентативной популяционной группе женщин репродуктивного возраста, численность которой равнялась

198651 человек и составила 1,4% от соответствующей популяции.

Исследование факторов риска осуществлялось путем использования специально разработанного (на базе существующих аналогов) опросника, анализ результатов которого осуществлялся с учетом данных амбулаторных карт.

Определение МПКТ проведено с помощью ультразвуковой денситометрии.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные, характеризующие частоту выделенных факторов риска, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота факторов риска у женщин с различным уровнем показателей МПКТ

Фактор риска	Нормальная МПКТ, n=1758		Остеопения, n=840		Остеопороз, n=143	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Антропометрические данные:						
- рост ниже 150 см	207	11,8±0,8	109	13,0±1,2	31	21,7±3,4
- индекс массы тела меньше 22 кг/м ²	312	17,7±0,9	161	19,2±1,4	36	25,2±3,6
Гинекологический анамнез и патология:						
- позднее наступление менархе	152	8,6±0,7	81	9,6±1,0	19	13,3±2,8
- нарушения менархе	685	39,0±1,2	361	43,0±1,7	89	62,2±4,1
- наличие дисфункциональных маточных кровотечений	547	31,1±1,1	315	37,5±1,7	66	46,2±4,2
- нарушения менструального цикла	824	46,9±1,2	437	52,0±1,7	88	61,5±4,1
- эндометриоз	83	4,7±0,5	49	5,8±0,8	15	10,5±2,6
- операции на придатках матки в анамнезе	46	2,6±0,4	31	3,7±0,7	12	8,4±2,3
Акушерский анамнез:						
- число родов более 3	173	9,8±0,7	119	14,2±1,2	27	18,9±3,3
- период лактации после последней беременности более 6 мес.	575	32,7±1,1	316	37,6±1,7	75	52,4±4,2
- наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет	109	6,2±0,6	59	7,0±0,9	15	10,5±2,6
- применение гормональных контрацептивов	649	36,9±1,2	355	42,3±1,7	66	46,2±4,2
Дисплазия соединительной ткани	107	6,1±0,6	67	8,0±0,9	16	11,2±2,6
Системные заболевания соединительной ткани:						
- ревматоидный артрит	1	0,1±0,1	6	0,7±0,3	9	6,3±2,0
- системная красная волчанка	0	0,0	3	0,4±0,2	8	5,6±1,9
- системная склеродермия	0	0,0	3	0,4±0,2	3	2,1±1,2
- системный васкулит	1	0,1±0,1	2	0,2±0,2	2	1,4±1,0
- узловая эритема	1	0,1±0,1	2	0,2±0,2	4	2,8±1,4
- болезнь Бехтерева	2	0,1±0,1	4	0,5±0,2	6	4,2±1,7
- болезнь Рейно	1	0,1±0,1	3	0,4±0,2	1	0,7±0,7
Заболевания ЖКТ:						
Хронический гастрит	374	21,3±1,0	215	25,6±1,5	38	26,6±3,7
Язвенная болезнь желудка и ДПК	30	1,7±0,3	16	1,9±0,5	3	2,1±1,2
Эндокринные заболевания						
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гипофункцией органа	172	9,8±0,7	97	11,5±1,1	22	15,4±3,0
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гиперфункцией органа	21	1,2±0,3	39	4,6±0,7	14	9,8±2,5
- заболевания щитовидной железы с аутоиммунитетом	212	12,1±0,8	98	11,7±1,1	18	12,6±2,8
- гипопитуитаризм	0	0,0	2	0,2±0,2	3	2,1±1,2
- патология надпочечников	1	0,1±0,1	4	0,5±0,2	2	1,4±1,0
Патология органов дыхания:						
- бронхиальная астма	68	3,9±0,5	49	5,8±0,8	11	7,7±2,2
- хронический обструктивный бронхит	29	1,6±0,3	19	2,3±0,5	4	2,8±1,4
Сердечно-сосудистые заболевания						
- артериальная гипертония	83	4,7±0,5	88	10,5±1,1	17	11,9±2,7
- хроническая ревматическая болезнь сердца	24	1,4±0,3	12	1,4±0,4	3	2,1±1,2
- нарушения церебрального кровообращения (в анамнезе)	7	0,4±0,2	3	0,4±0,2	1	0,7±0,7
Анемия	448	25,5±1,0	222	26,4±1,5	45	31,5±3,9
Хронические заболевания почек						
- пиелонефрит	450	25,6±1,0	249	29,6±1,6	43	30,1±3,8
- гломерулонефрит	14	0,8±0,2	19	2,3±0,5	8	5,6±1,9
Хронические инфекционные заболевания:						
- туберкулез	16	0,9±0,2	13	1,5±0,4	7	4,9±1,8
- бруцеллез	12	0,7±0,2	10	1,2±0,4	3	2,1±1,2
Применение системных глюкокортикостероидов в анамнезе или на момент обследования	9	0,5±0,2	14	1,7±0,4	9	6,3±2,0
Применение ингаляционных глюкокортикостероидов в анамнезе или на момент обследования	23	1,3±0,3	22	2,6±0,6	10	7,0±2,1
Вредные привычки:						
- курение	320	18,2±0,9	271	32,3±1,6	55	38,5±4,1
- злоупотребление алкоголем	128	7,3±0,6	103	12,3±1,1	24	16,8±3,1

Одной из существенных составляющих в структуре факторов риска остеопенического синдрома на основании проведенных ранее исследований считают определенные антропометрические данные, а именно астенический тип телосложения и небольшую длину тела. В нашем исследовании было выявлено наличие достоверного превышения женщин с ростом ниже 150 см в группе остеопороза ($p < 0,01$), но не остеопении в отношении группы обследованных с нормальной МПКТ. В отношении снижения индекса массы тела отмечалась аналогичная закономерность также для остеопороза при выделении группы с ИМТ меньше 22 кг/м^2 ($p < 0,05$).

Определенную роль в формировании остеопении и остеопороза играют предшествующие беременности, сопровождающиеся потерями кальция и фосфора, а также нарушения гормонального статуса, связанные с репродуктивными дисфункциями. Поэтому последние считаются факторами риска развития остеопенического синдрома.

При анализе гинекологического анамнеза было выявлено превышение частоты наступления позднего менархе в группе остеопении и остеопороза (недостоверное), наличие нарушений менструальной функции (достоверное в подгруппе остеопороза, $p < 0,01$), включая наличие дисфункциональных маточных кровотечений (аналогично, $p < 0,01$), наличие эндометриоза отмечалось в подгруппе остеопороза в 2 раза чаще, чем при нормальной МПКТ ($p < 0,01$). Имелось более чем трехкратное, но недостоверное, превышение частоты операций на придатках матки в анамнезе в подгруппе остеопороза.

При анализе акушерского анамнеза в обеих группах снижения МПКТ отмечалось превышение частоты женщин с числом родов 3 и более ($p < 0,05$; $p < 0,05$), с длительным периодом лактации ($p < 0,05$; $p < 0,01$), частыми родами (интервал менее 2-х лет) – только в подгруппе остеопороза ($p < 0,05$). В этой же подгруппе имело место достоверное превышение частоты применения гормональных контрацептивов ($p < 0,05$).

Кроме того, был проведен анализ частоты других факторов риска, включая сопутствующую соматическую патологию и вредные привычки.

Среди последних выделены системные заболевания соединительной ткани, частота остеопении при которых была в 12 раз, а остеопороза – почти в 100 раз выше, чем в группе сравнения. Среди данных факторов риска в популяции превалировал ревматоидный артрит, системная красная волчанка и болезнь Бехтерева. Отмечалась также более высокая частота заболеваний желудочно-кишечного тракта у женщин с остеопеническим синдромом, однако различия с группой с нормальной МПКТ были недостоверны. В структуре факторов риска превалировали также эндокринные заболевания, сопровождающиеся нарушением функции органа. В том числе, наибольшее превышение частоты патологий костной ткани отмечалось при гиперфункции органа. Кроме того, в качестве выявленных причин снижения МПКТ следует отметить патологию гипофиза и надпочечников.

Хронические заболевания органов дыхания оказывают неблагоприятное влияние на состояние МПКТ двумя путями – посредством метаболических нарушений, общих для всего организма, и в ходе лечения – при применении глюкокортикостероидной терапии. Как в случае бронхиальной астмы, так и хронического обструктивного бронхита отмечалось превышение частоты снижения МПКТ, хотя различия с группой, находя-

щейся в пределах нормативных показателей, были недостоверными.

Аналогично негативное влияние на состояние костной ткани оказывает наличие сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее значительные различия между группами обследованных женщин (остеопороз и нормальная МПКТ) были выявлены при наличии артериальной гипертонии – в 2,5 раза ($p < 0,05$). Относительно небольшое число случаев ревматической болезни сердца и нарушения церебрального кровообращения не позволили сделать определенных заключений по МПКТ при данной патологии.

Несколько (недостоверно) выше в случаях наличия остеопенического синдрома была частота анемии, пиелонефрита. Среди прочих хронических заболеваний почек гломерулонефрит ассоциировался с резким повышением частоты случаев остеопенического синдрома как на уровне остеопении, так и остеопороза. При хронических инфекционных заболеваниях, таких как туберкулез и бруцеллез, частота остеопороза превышала группу нормальной МПКТ в 3-5 раз.

Одним из важных факторов развития снижения МПКТ является системное применение глюкокортикостероидных препаратов. В нашем исследовании была подтверждена данная особенность в обеих группах снижения МПКТ. Различия с контролем по остеопении составляли более 3 раз, а по остеопорозу – более 12 раз ($p < 0,05$). Также имелось превышение и по частоте развития остеопенического синдрома на фоне применения ингаляционных глюкокортикостероидов, однако, менее выраженные, чем при использовании системных гормональных препаратов.

Одним из важных факторов риска развития снижения МПКТ в современных условиях считают курение. К сожалению, частота данной вредной привычки в женской популяции увеличивается. В нашем исследовании было выявлено превышение частоты курения как фактора риска при остеопении в 1,8 раза, а при остеопорозе – более чем в 2 раза по отношению к группе без снижения МПКТ. Другим существенным социальным фактором может являться злоупотребление алкоголем. Данная аддикция была определена в группе остеопении в 1,7 раза, а в группе остеопороза – в 2,2 раза чаще, чем у женщин без нарушений МПКТ.

Таким образом, в результате исследования была выявлена структура факторов риска развития остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста в условиях г.Павлодар.

В таблице 2 представлены данные, характеризующие наличие и выраженность корреляционных связей частоты факторов риска с возрастом женщин.

Нами было зарегистрировано наличие разнонаправленных и в большей части случаев достоверных корреляционных связей исследованных факторов риска и возраста женщин обследованной совокупности. Для более точной верификации направленности распределения некоторых факторов риска нами был осуществлен анализ в двух основных выделенных возрастных категориях: от 18 до 35 лет и от 36 до 49 лет включительно, а также в генеральной совокупности данных.

Зависимости антропометрических данных от возраста были умеренными. Так, в младшей возрастной группе не было достоверных взаимосвязей роста ниже 150 см с возрастом, в старшей и по генеральной совокупности – степень корреляции была умеренной ($p < 0,05$).

Таблица 2 - Корреляционные связи частоты основных факторов риска остеопенического синдрома с возрастом

Фактор риска	Возрастные категории					
	18-35 лет		36-49 лет		по генеральной совокупности	
	r	p	r	p	r	p
Рост ниже 150 см	0,17	>0,05	0,23	<0,05	0,21	<0,05
Индекс массы тела меньше 22 кг/м ²	-0,28	<0,05	-0,31	<0,05	-0,30	<0,05
Нарушения менархе	-0,25	<0,05	-0,14	>0,05	-0,23	<0,05
Наличие дисфункциональных маточных кровотечений	0,31	<0,05	0,55	<0,001	0,47	<0,01
Нарушения менструального цикла	0,30	<0,05	0,51	<0,01	0,44	<0,01
Число родов более 3	0,12	>0,05	0,24	<0,05	0,27	<0,05
Период лактации после последней беременности более 6 мес.	0,22	<0,05	0,18	>0,05	0,13	>0,05
Применение гормональных контрацептивов	-0,34	<0,05	0,18	>0,05	-0,14	>0,05
Хронический гастрит	0,61	<0,01	0,70	<0,001	0,68	<0,001
Заболевания щитовидной железы	0,46	<0,01	0,55	<0,001	0,57	<0,001
Анемия	0,34	<0,05	-0,09	>0,05	0,16	>0,05
Пиелонефрит	0,71	<0,001	0,80	<0,001	0,79	<0,001
Курение	-0,16	>0,05	-0,23	<0,05	-0,28	<0,05

Более значительные отрицательные связи были выявлены между возрастом и сниженным индексом массы тела ($p < 0,05$ в обеих подгруппах, а также в генеральной совокупности).

Напротив, нарушения менархе как фактора риска остеопенического синдрома имели достоверную прямую связь с возрастом только в младшей подгруппе, а также в генеральной совокупности обследованных женщин ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Поскольку развитие дисфункциональных маточных кровотечений происходит в старших возрастных группах, при анализе степени корреляции у женщин от 18 до 35 лет была выявлена лишь минимальная достоверность коэффициента корреляции ($r = 0,31$, $p < 0,05$). Напротив, в группе женщин старшего возраста и в целом по генеральной совокупности корреляции были значительно более выраженными ($r = 0,55$ и $r = 0,47$, $p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно).

Нарушения менструального цикла также значительно чаще наблюдались в старшей возрастной группе и, как показывает превышение коэффициента корреляции ($r = 0,44$, $p < 0,01$) – в значительно большей степени были связаны в ней с возрастом. Высокодостоверной была также степень корреляционных связей между данными параметрами в генеральной совокупности ($p < 0,01$).

Не было выявлено достоверных корреляций по показателю числа родов более 3 и возрастом в категории 18-35 лет, в старшей возрастной категории они были прямыми с коэффициентом $r = 0,24$, а в общей группе – $r = 0,27$ ($p < 0,05$).

Наличие длительного периода лактации после родов и, соответственно, достоверных показателей корреляции с возрастом было характерно только для возрастной категории 18-35 лет ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Применение гормональных контрацептивов было также более характерно для женщин младшей возрастной группы, причем с обратной зависимостью от возраста ($r = -0,34$, $p < 0,05$). В старшей группе зависимость была прямой и недостоверной.

Частота сопутствующих экстрагенитальных заболеваний увеличивалась с возрастом, что определяло

наличие достоверных прямых корреляционных зависимостей. Так, при анализе возрастных корреляций хронического гастрита была выявлена их значительная выраженность (в младшей возрастной группе – $r = 0,61$, $p < 0,01$, в старшей – $r = 0,70$, $p < 0,001$, по общей совокупности – $r = 0,68$, $p < 0,001$). Та же степень достоверности корреляций была выявлена в соответствующих группах при анализе частоты заболеваний щитовидной железы.

Только в младшей возрастной группе прослеживались достоверные корреляционные связи анемии с возрастом ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Очень четко увеличивалась у женщин старшего возраста частота пиелонефрита. Величина коэффициентов корреляции по группам составила $r = 0,71$, $r = 0,80$, а в генеральной совокупности обследованных – $r = 0,79$ ($p < 0,001$ во всех случаях).

Частота курения имела обратные корреляции с возрастом, достоверные в старшей группе и в целом по совокупности обследованных ($p < 0,05$ в обоих случаях).

Заключение:

Результаты проведенного статистического анализа свидетельствовали, что состав ведущих индивидуальных факторов риска остеопенического синдрома на основании данных, полученных в обследованной популяции, оказался следующим:

- 1) для остеопении:
 - курение (дельта R – 14,1)
 - наличие дисфункциональных маточных кровотечений (6,4)
 - артериальная гипертензия (5,8)
 - наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет (5,3)
 - нарушения менструального цикла (5,2)
 - злоупотребление алкоголем (5,0)
 - период лактации после последней беременности более 6 мес. (4,9)
 - число родов более 3 (4,3)
 - хронический гастрит (4,3)
 - нарушения менархе – позднее (4,0)
- 2) для остеопороза:
 - курение (дельта R – 20,3)

- период лактации после последней беременности более 6 мес. (19,7)
- наличие дисфункциональных маточных кровотечений (15,0)
- нарушения менструального цикла (14,7)
- нарушения менархе – позднее (13,3)
- рост ниже 150 см (9,9)
- злоупотребление алкоголем (9,5)
- наличие интервала между родами менее 2 лет в течение последних 10 лет (9,2)
- число родов более 3 (9,0)
- заболевания щитовидной железы, сопровождающиеся гиперфункцией органа (8,6)

Полученные данные могут служить основой для выделения и коррекции ведущих модифицируемых факторов риска снижения МПКТ у женщин репродуктивного возраста.

Литература:

1. Campos L.M.A., Liphaut B.L., Silva C.A.A. et al. Osteoporosis in childhood and adolescence // J. Pediatr. (Rio J.). – 2003. – Vol. 79, N. 6. – P. 481–8.

2. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. Остеопороз: патогенез, клиника, профилактика и лечение. – 2-е изд. – К.: МОРИОН, 2006. – 160 с.

3. Беневоленская Л.И. Руководство по остеопорозу. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. – 524 с.

4. Холодова Е.А., Шепелькевич А.П., Забаровская З.В. Эндокринные остеопатии: особенности патогенеза, диагностики и лечения. Практическое руководство для врачей. – Минск: Белпринт, 2006. – 88 с.

5. Roux C. The living skeleton. – Wolters Kluwer Health France, 2007. – 113 p.

6. Томашевская В.А., Щеплягина Л.А., Ревякина В.А. Минеральная плотность костной ткани у детей, больных бронхиальной астмой // Рос. педиатр. журн. – 2005. – № 6. – С. 36–40.

7. Borges J.L.C., Brandao C.M.A. Low bone mass in children and adolescents // Arq. Bras. Endocrinol. Metab. – 2006. – Vol. 50. – N. 4. – P. 775–82.

8. Беляева Л.М. Современный взгляд на проблему остеопений и остеопороза у детей // Медицинские новости. – 2007. – № 7. – С. 27–32.

ӘӨЖ 612.428:616.617:616.12-071.3-091

ЖЫНЫСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ АДАМ НЕСЕПАҒАРЫ МЕН ҚУЫҒЫНЫҢ КІЛЕГЕЙЛІ ҚАБЫҒЫНДА ОРНАЛАСҚАН ЛИМФОИДТЫ ТҮЗІЛІСТЕРІ

М.К. Жанаалиева

«Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы

Кіріспе. Қазіргі кездегі мәліметтердің сараптауында авторлар ас қорыту, тыныс алу жүйелеріндегі қуысты ағзалардың шеткері лимфоидты түзілістердің ғылыми әдебиеттерде несеп-жыныс аппаратына қарағанда дәлірек толығырақ сипатталған. Несепағар мен қуықтың биологиялық препараттарының алуының қиындығына байланысты аз зерттелген. Зәр бөлу ағзаларының лимфоидты түйіншелердің саны, пішіні, өлшемі біз қол жеткізген ғылыми әдебиеттердегі деректерде жинақсыз және бытыраңқы берілген. Әдебиеттерде бұл дәлелдерді түсіндіретін ешқандай деректер жоқ. Сонымен ұсынылған жұмыстың өзектілігі адам жынысына байланысты несеп-ағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерінің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Зерттеу мақсаты. Постнаталды онтогенез кезіндегі жынысына байланысты адам несеп-ағары мен қуығының кілегейлі қабығында орналасқан лимфоидты түзілістерінің анатомо-топографиялық ерекшеліктерін анықтау.

Материалдар және әдістер. II балалық шақ пен егде жас аралығында несеп-ағар мен қуықтың әртүрлі бөлімінің 87 мәйіттен алынған биологиялық препараттар.

Зерттеу нәтижелері. Зәр бөлу жолдарының тоталды препараттары ер және әйел жынысты мәйіттерден алынғанын еске ала отырып, біз постнаталды онтогенездегі жыныстық ерекшелігіне қарай лимфоидты түйіншелерінің жалпы санының көлемін есептедік. Ұл балалардың екінші балалық шағында лимфоидты түйіншелерінің мөлшері 236+25,9 дейін көбейеді, бірақ осы параметрдің мәні төмендейді. II балалық шақтағы ұл балаларымен салыстырғанда, ер жеткен, бой жеткен шақ кезеңде зәр бөлу жолдарындағы лимфоидты түйіншелерінің мөлшері 1,14 есе ($p<0,05$) кемиді, жетілген шақтың I кезеңінде 1,23 есе егде шақта – 1,75 есе ($p>0,05$) кемиді.

Әйелдерде берілген көрсеткіштің мәні максимумға дейін көбейеді, II балалық шақта -1,69 есе ($p<0,05$), ал

кейінгі жаста біртіндеп төмендейді. II балалық шақпен салыстырғанда, бұл көрсеткіш қыздардың ер жеткен, бой жеткен кезеңінде 1,10 есе ($p<0,05$) кемиді, кемел шақтың I кезеңінде – 1,22 есеге ($p<0,05$), егде шақта – 1,70 есе ($p<0,05$), кейінгі кезде әйелдердің зәр бөлу ағзалардағы лимфоидты түйіншелерінің саны жалпылама өседі (1,04 есеге, ($p<0,05$)).

Зәр бөлу ағзаларының лимфоидты түйіншелері жалпы санының жеке көрсеткіштері II балалық шаққа дейін өседі, ал кейін баяу төмендейді. Оның максималды және минималды жеке мәнінің арасындағы айырмашылық үлкен адамдармен салыстырғанда, жасөспірімдер мен бойжеткен, ержеткендерде аз.

Берілген 1-кесте әр түрлі жастағы адамдардың зәр бөлу ағзаларындағы лимфоидты түйіншелері санының жынысқа сәйкес ерекшеліктерін анықтауға мүмкіндік берді. Қыздармен салыстырғанда, ұлдарда бұл көрсеткіш 1,18 есе көп ($p>0,05$). Қарастырылып отырған көрсеткіш жетілген шақтың I кезеңіндегі әйелдермен салыстырғанда, ер адамдарда 1,14 есе көп ($p>0,05$) зәр бөлу жолдары үшін бұл көрсеткіштің жеке мәні әйелдерге қарағанда, ер адамдарда көбірек.

Біз айтып өткендей II балалық шақта лимфоидты түйіншелерінің саны басымырақ. Бұл сұрақты зерттеу мақсатын көздеуде ерте пренатальды онтогенез мерзімі қойылған жоқ. Биологиялық материалдар ерте балалық шақ пен балалық шақтың I кезеңінде өте сирек. Біз лимфоидты түйіншелердің II балалық шақ кезеңінде көп екенін анықтадық. Біріншіден, біз жастық топтарда нақты анықтап алдық. Екіншіден, бұл бізге жастық диапозонда саралауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар біз медициналық қол жеткен әдебиеттерді пайдаланғанымызда зерттеу барысында алынған нәтижелермен келіспейтінін көрдік. Зерттеушілердің белгілі бөлігі лимфоидты түйіншелердің санының өсуінің шегі балдырған шақта біздің нәтижелермен әртүрлі. Бұл жағдайда айтып

кететін бір жәйт, біздің аймақта тамақтану шарты және жыныстық жетілудің уақыты басқа ТМД және шет елдерінен ерекше.

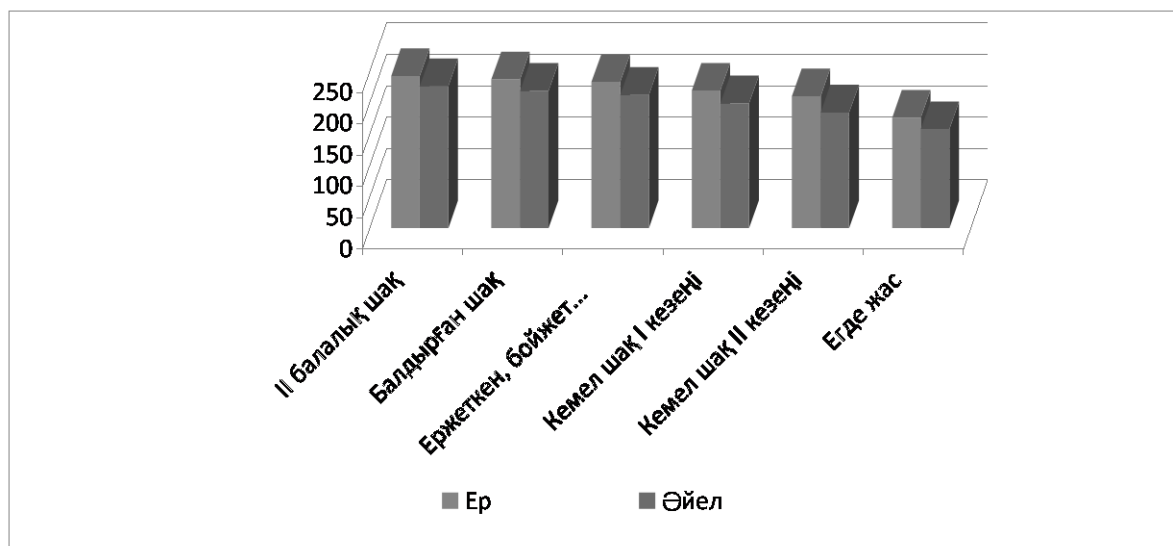
Сонымен ер балалар және ер адамдардағы лимфоидты түйіншілердің мөлшері қыз балаларда және әйелдердегі көрсеткіштен жоғары. Бұл процесс ұзақ уақытты қамтиды. Көрсеткіштердің анық

тұрақтылығы, жыныстық аспект I жыныстық жетілу жасында байқалады. Біздің ойымызша, бұл жағдайда генетикалық детерминациядан өзге тамақтану (ер адамдар үшін су және нәруызы көбінесе, әйел адамдар үшін су және көмірсуы көп тағамдар) жүйесі де маңызды орын алады.

Кесте 1 – Постнаталді онтогенездегі ер және әйел адамдарының зәр бөлу жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны

Жасы	Жынысы, несеп шығару жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің саны			
	п	Ер адам	п	Әйел адам
Екінші балалық шақ	3	236,0±25,9 192-280	2	217,5±23,9 175-260
Балдырған шақ	4	224,5±24,6 179-270	2	216,±23,7 172-260
Ержеткен, бойжеткен шақ	5	212±23,3 162-262	3	202±22,2 160-244
Кемел шақтың I кезеңі	13	186,2±20,5 140-233	6	183±20,1 136-230
Кемел шақтың II кезеңі	11	182,5±20,0±9,63 135-230	10	178±19,5 130-226
Егде жас	15	15,5±16,5 99-202	13	147±16,17 90-204

Мұндағы; п – бақылаулар саны.



Сурет 1 – Ер және әйел адамдарының зәр бөлу жолы қабырғаларындағы лимфоидты түйіншелерінің жалпы саны

Қорытынды. Ер адамдармен салыстырғанда репродуктивті жасқа дейінгі әйелдерде лимфоидты түйіншелер саны мен орналасу тығыздығының артуы тән, бұл несепармен салыстырғанда қуықта көп.

Әдебиет:

1. Адайбаев Т.А., Изтлеуов М.К., Ильясова Э.Т. Морфофункциональные особенности кишечноассоциированной лимфоидной ткани в онтогенезе// Вопросы морфологии и клиники (сборник научных работ, посвя-

щенный 75-летию Казахского национального медицинского университета им.С.Асфендиярова).-Алматы, 2006.-С.8-14.

2. Сапин М.Р и Кахаров З.А. Анатомия лимфоидных узлов в стенках мочевых путей человека. Урология и нефрология. -1988. №5 -6 47-49.

3. Мауль Я.Я. «Анатомия и топография лимфоидных образований прямой кишки человека в постнатальном онтогенезе». Дисс. канд. мед. наук: 14. 00.02. Акмолинская гос. Медицинская Академия. Актөбе 1999-926.

Половые особенности лимфоидных образований слизистой оболочки мочеточников и мочевого пузыря

У женщин по сравнению с мужчинами, до репродуктивного возраста характерно увеличение количества и плотности расположения лимфоидных образований мочевого пузыря и мочеточников, причем в мочевом пузыре больше, чем в мочеточниках.

Sexual characteristics of lymphoid structures of the mucous membrane of ureters and bladder

The increase of number and density of lymphoid formations location of gallbladder and ureter is characterized before reproductive age at women in comparison with men, and in gallbladder is higher than in ureter.

УДК 616.71-007.234-084

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**Ж.Е. Акылжанова, С.А. Кабылова***Государственный медицинский университет г.Семей*

Снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) является потенциальным результатом действия большого числа механизмов различной природы. В частности, выделяют генетические, метаболические, гормональные, поведенческие и другие причины развития остеопении и остеопороза [1,2]. Большое количество факторов риска, прямо не связанных между собой, приводит к достаточно большой частоте патологии в популяции. Кумулятивное действие факторов, характерных только для женской популяции и общих приводит к гораздо более частому наличию заболевания у женщин.

Несмотря на то, что основные проявления (и экономический ущерб) от остеопороза наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, мероприятия по его профилактике могут быть реально эффективными только в молодом и среднем возрасте, так как развившийся (и тем более глубокий) сенильный остеопороз практически не поддается лечению [3].

Критерием результативности лечения и профилактики остеопенического синдрома является практически исключительно повышение или хотя бы стабилизация МПКТ, особенно у женщин репродуктивного возраста [4]. Для сенильного остеопороза адекватным результатом может считаться и замедление темпов его прогрессирования.

Экономический анализ результативности коррекции остеопенического синдрома у женщин репродуктивного возраста должен учитывать констатацию еще одного факта – во всех случаях это мероприятие затратное, не дающее непосредственных быстрых результатов в виде экономии средств на других лечебных и профилактических мероприятиях. Позитивные экономические результаты от данных мероприятий будут получены в достаточно отдаленном периоде (для женщин репродуктивного возраста – через 15-25 лет).

Этот фактор повлиял на выбор подхода к экономическому анализу коррекции, являвшейся основой нашего исследования, в качестве которого был избран метод «стоимость-эффективность».

Цель работы: Определение соотношений расходов на профилактику и лечение остеопенического синдрома в зависимости от используемого организационно-клинического подхода.

Материалы и методы исследования:

Для определения стоимости профилактики и коррекции остеопенического синдрома были выделены группы женщин, распределенные в зависимости от возраста и степени исходного снижения минеральной плотности костной ткани. В возрастной категории 18-35 лет было обследовано 535 женщин, из которых 260 получали только препараты кальция в сочетании с витамином D3 (группа сравнения), а у 275 женщин осуществлялась комплексная профилактика с учетом выявленных нарушений гормонального статуса, могущих играть роль в патогенезе заболевания.

В возрастной категории 36-49 лет были выделены 4 подгруппы – по степени снижения МПКТ и в зависимости от проводимого лечения. Остеопения имела у 286 обследованных женщин, а степени остеопороза снижение МПКТ достигало у 91 пациентки.

Коррекция снижения МПКТ путем применения комбинированных препаратов кальция проведена у 134 больных с остеопенией, а в сочетании с бисфосфонатами – у 48 больных остеопорозом. В группе профилактики остеопороза при остеопении также, как и в возрасте 18-35 лет использованы препараты кальция в сочетании с ЗГТ, а при лечении остеопороза – комплексная терапия, предусматривающая сочетанное использование препаратов кальция, стимуляторов остеогенеза и коррекции факторов риска.

Экономический анализ проводился на основе данных о реальном потреблении медикаментозных препаратов, сведений о ценах на препараты, расходные материалы и услуги на начало 2010 г.

Результаты исследования и их обсуждение:

Результаты исследования динамики МПКТ в выделенных возрастных группах и в старшей группе дополнительно в зависимости от степени выраженности остеопенического синдрома представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1 - Динамика МПКТ в зависимости от наличия профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=260	4	1,5	36	13,8	211	81,2	9	3,5	0	0,0
Профилактики, n=275	0	0,0	0	0,0	147	53,5	107	38,9	21	7,6

По отношению к группе сравнения имела четкая динамика показателя МПКТ (t-критерий). Если без проведения профилактики отмечались случаи снижения МПКТ более чем на 0,5 перцентиля, а совокупная частота динамики к снижению показателя составила 15,3%, то в группе профилактики таких изменений минеральной плотности не было зарегистрировано.

В подавляющем большинстве случаев группы сравнения величина t-критерия оставалась без изменений ($\pm 10\%$ от исходной величины). Повышение в пределах 0,5 перцентиля отмечалось только в 3,5% случаев.

В группе профилактики в 46,5% случаев имела динамика к повышению МПКТ в пределах 0,5 перцентиля и более. Во всех остальных случаях величина показателя существенно не изменялась.

При определении динамики среднего значения t-критерия согласно принятой методике расчета в группе сравнения было выявлено снижение показателя относительно исходного в среднем на 0,04 перцентиля на одну обследованную. В группе коррекции, напротив, было зарегистрировано повышение показателя в среднем на 0,13 перцентиля.

Таблица 2 - Динамика МПКТ в зависимости от наличия профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=134	7	5,2	50	37,3	75	56,0	2	1,5	0	0,0
Профилактики, n=152	1	0,7	6	3,9	113	74,3	29	19,1	3	2,0

В группе женщин с остеопенией в возрасте 36-49 лет проведение профилактики также изменяло общую направленность динамики показателей МПКТ.

Так, в группе сравнения было зарегистрировано снижение величины t -критерия в пределах 0,5 перцентиля и более в 38,5% случаев, а при проведении профилактики – только в 4,6%. В значительно большей части случаев была выявлено стабилизация МПКТ в группе профилактики – 74,3% по отношению к 56,0% в группе сравнения.

Число обследованных женщин, у которых наблюдалась тенденция к повышению МПКТ, в группе сравнения

составило только 1,5%, а в группе коррекции достигало 21,1%, в том числе в 2,0% случаев отмечалось увеличение показателя более чем на 0,5 перцентиля.

При анализе средней динамики t -критерия по группам было выявлено некое прогрессирующее снижение в группе сравнения, степень которого (на 0,12 перцентиля) значительно превышала таковую в младшем возрасте. Напротив, тенденция к повышению МПКТ у обследованных группы профилактики была значительно более ограниченной и составила только 0,04 перцентиля.

Таблица 3 - Динамика МПКТ в зависимости от лечения остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ											
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение 0,5-1,0 перцентиля		повышение более 1,0 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сравнения, n=48	3	6,3	23	47,9	22	45,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Коррекции, n=43	0	0,0	2	4,7	16	37,2	20	46,5	4	9,3	1	2,3

При проведении коррекции уже развившегося остеопороза в группе женщин в возрасте 36-49 лет в значительной части случаев (58,1%) было достигнуто повышение МПКТ. При этом особо следует отметить, что в 11,6% случаев это повышение по t -критерию превысило 0,5 перцентиля.

Напротив, в группе сравнения отмечалась динамика к снижению МПКТ у 54,2% обследованных, а во всех остальных случаях изменений показателя относительно исходных зарегистрировано не было. Следует отметить, что женщины с высокой степенью повышения

МПКТ в процессе коррекции исходно характеризовались молодым возрастом (все – до 38 лет) и наличием корректируемых внешних факторов снижения минеральной плотности (прием ГКС).

В группе сравнения отмечалось быстрое прогрессирующее снижение МПКТ. Степень снижения в среднем составила 0,18 перцентиля в год. Применение методов коррекции МПКТ (в том числе в сочетании со снижением выраженности факторов риска) обеспечило довольно значительное повышение показателя, в среднем достигающее 0,12 перцентиля.

Таблица 4 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта проведенной профилактики остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет.

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=143	0	0,0	0	0,0	92	64,3	47	32,9	4	2,8
Коррекция факторов риска, n=132	0	0,0	0	0,0	55	41,7	60	45,5	17	12,9

Из данных, представленных в таблице 4 видно, что между группами, выделенными в зависимости от примененной методики профилактики прогрессирования остеопенического синдрома, наблюдались определенные различия. При курсовом применении препарата кальция в соответствии с показаниями стабилизация МПКТ (t -критерий в пределах $\pm 0,1$) наблюдалась при применении методики коррекции с учетом факторов риска в 41,7%, а во второй группе – в 64,3% ($RR=1,54$, $p<0,05$). Соответственно, в группах женщин, получавших коррекцию с учетом факторов риска развития остеопенического синдрома, отмечалось увеличение частоты более значительного повышения МПКТ, в том числе

в пределах 0,5 перцентиля – $RR=1,38$ ($p>0,05$), а более 0,5 перцентиля – $RR=4,61$, $p<0,05$).

Средние значения динамики t -критерия при принятой методике анализа имели динамику к увеличению в обеих клинических группах. В то же время, имелись различия между ними по степени данной динамики. Если при применении только препарата кальция повышение среднего показателя t -критерия составило 0,08 перцентиля, а в группе коррекции с учетом факторов риска – 0,17 перцентиля ($p<0,05$). В таблице 5 представлена динамика показателей МПКТ при профилактике остеопороза у женщин 36-49 лет с остеопенией.

Таблица 5 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта проведенной профилактики остеопороза у женщин с остеопенией в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ									
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение более 0,5 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=80	1	1,3	5	6,3	65	81,3	9	11,3	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=72	0	0,0	1	1,4	48	66,7	20	27,8	3	4,2

При применении только препарата кальция в единичных случаях отмечалась динамика к снижению МПКТ, которой практически не было при проведении коррекции с учетом выявленных факторов риска. Процент женщин с остеопеническим синдромом, у которых не отмечалось существенных изменений МПКТ, составил 81,3%, а в группе коррекции с учетом факторов риска – 66,7% (RR-1,21, $p>0,05$). В то же время, повышение МПКТ отмечалось существенно чаще в группе коррекции с учетом факторов риска. Всего при применении только препарата кальция данный показатель составил 11,3%, а во второй группе – 32,0% (RR=2,83, $p<0,05$).

Результаты анализа средней динамики t-критерия свидетельствуют, что при применении только препарата кальция у женщин данной возрастной группы с остеопенией не наблюдалось практически никаких изменений средней величины, использование разработанного подхода к коррекции факторов риска соответствовало увеличению показателя на 0,08 перцентиля, т.е., все динамика к росту в данной группе была связана с использованием разработанного подхода.

В таблице 6 представлены аналогичные данные, характеризующие динамику показателей МПКТ у женщин старшей возрастной группы, у которых в исходе исследования было выявлено наличие остеопороза.

Таблица 6 - Динамика МПКТ в зависимости от варианта лечения остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Группа	Динамика МПКТ											
	снижение более 0,5 перцентиля		снижение в пределах 0,5 перцентиля		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		повышение 0,5-1,0 перцентиля		повышение более 1,0 перцентиля	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение препарата кальция и стимулятора остеогенеза, n=23	0	0,0	1	4,3	13	56,5	9	39,1	0	0,0	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=20	0	0,0	1	5,0	3	15,0	11	55,0	4	20,0	1	5,0

Частота снижения МПКТ в сравниваемых группах была минимальной и не имела различий. В то же время, повышение МПКТ значительно чаще наблюдалось при применении препаратов кальция в сочетании со стимуляторами остеогенеза на фоне коррекции факторов риска.

Если в последней группе увеличение МПКТ различной степени отмечалось в 80,0% случаев, то при использовании препарата кальция и стимулятора остеогенеза без учета факторов риска данный показатель составил только 39,1% (RR=2,05, $p<0,05$).

Значительными были различия и по среднему уровню динамики t-критерия. Если в группе применения методики коррекции с учетом факторов риска она составила 0,23 перцентиля (к повышению), то в группе сравнения – только 0,05 (различия в 4,7 раза, $p<0,05$).

Для дальнейшего анализа стоимость профилактики и коррекции МПКТ была распределена по этапам (диагностики и собственно коррекции), а также в зависимости от использованного терапевтического подхода (с учетом факторов риска и без такового).

В возрасте 18-35 лет осуществлялось только применение препаратов кальция при диагностировании остеопенического синдрома без учета возможных факторов риска (1 группа) и выявление и учет одного из

наиболее распространенных факторов риска – нарушения гормонального статуса.

В качестве основных компонентов стоимости диагностики и лечения были приняты применение диагностического алгоритма, коррекция факторов риска, применение препарата кальция:

- а) анкетирование (30 тг.),
- б) физикальное обследование (47 тг.),
- в) денситометрия (700 тг.),
- г) УЗИ органов малого таза (500 тг.),

д) гормональное исследование по показаниям: ФСГ 1155, ЛГ 1155, ПЛ 990, эстрадиол 1650, ПГ 1350, тестостерон 1100, ТТГ 1100. С учетом частоты использования отдельных методов гормонального исследования среди обследованных и их распределения в каждом конкретном случае средняя стоимость гормонального обследования на 1 больную достигала 2000 тг.

- е) препарат кальция (2100 тг. за месяц при 3-месячном курсе = 6300 тенге за курс)
- ж) ЗГТ (фемостон – 2200 тг., 1 курс)

Расчет общей стоимости осуществлялся по формуле: $a+b+k1*v+g+d+k2*e+k3*ж$

Для группы 1 в состав общей прямой стоимости были включены: анкетирование; физикальное обследование; денситометрия; применение препарата кальция.

Частота проведения диагностических и лечебных мероприятий зависела от эффективности предшествующих циклов терапии, направленной на коррекцию МПКТ:

частота е (курсы применения препарата кальция) = 2,3 (1,0+0,7+0,4+0,2)

частота в (определение МПКТ, включая контрольные обследования) = 3,3.

Соответствующий расчет позволил определить стоимость 1 случая профилактического применения препарата кальция.

Общая стоимость = $30+47+3,3*700+2,3*6300 = 16877$ тг.

Результаты его проведения в данной группе были следующими: частота достижения целевого уровня МПКТ = 0,47; повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,73; стабилизация МПКТ – 0,27.

В результате стоимость достижения целевого уровня составила 35909 тенге на 1 случай. Стоимость повышения МПКТ в пределах 0,5 перцентиля равнялась 23119 тенге на 1 случай.

Во второй группе при дополнительном проведении анкетирования, исследования содержания гормонов в крови и использовании заместительной терапии (1 курс стандартно у всех пациенток) были получены следующие данные по частоте проведения курсов приема препаратов кальция и денситометрическим исследованиям:

Частота е = 1,6 (1,0+0,4+0,2)

Частота в = 2,6

Общая стоимость обследования и лечения в соответствии с результатами анализа равнялась:

$30+47+2,6*700+1,6*6300+0,5*500+0,5*6000$ (с учетом использования препарата фемостон) $+0,3*2100=15857$ тг.

В данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ составила 0,54, повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,88, стабилизация – 0,12.

Стоимость достижения целевого уровня МПКТ с учетом данных показателей была равна 29365 тенге на 1 случай, стоимость повышения МПКТ – 18019 тенге.

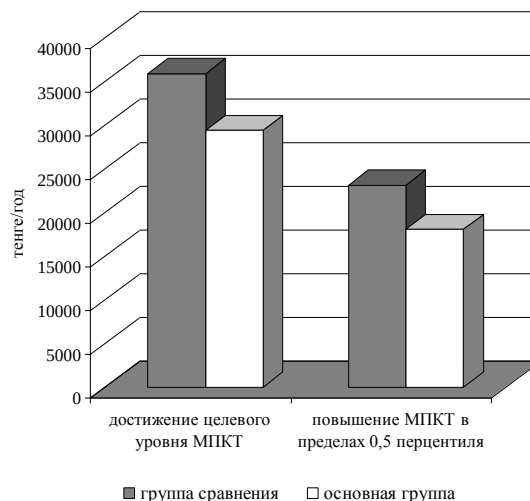


Рисунок 1 – Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом частоты повторных циклов при различных вариантах подхода к профилактике остеопороза у женщин в возрасте от 18 до 35 лет

Таблица 7 - Число циклов диагностика/лечение при остеопеническом синдроме у женщин в возрасте от 36 до 49 лет в пересчете на 1 год и их итоговые результаты

Группа	Среднее число циклов	Итоговые (после последнего цикла) результаты							
		снижение		без изменений		повышение в пределах 0,5 перцентиля		нормализация	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Применение только препарата кальция, n=80	2,46± 0,15	6	7,4	65	81,3	9	11,3	0	0,0
Коррекция с учетом факторов риска, n=72	1,70± 0,09*	1	1,4	48	66,7	20	27,8	3	4,2

Примечание - * - различия между группами достоверны, $p<0,05$

В возрастной категории 36-49 лет в 1 группе, также, как и в ранее рассмотренной категории, было проведено анкетирование, физикальное обследование, денситометрия и применении препарата кальция.

Частота курсового применения препаратов кальция и денситометрических исследований в течение года составила:

е = 1,0+0,8+0,7+0,5 = 3,0

в = 4,0

В результате общая стоимость коррекции у 1 больной достигала:

$30+47+4,0*700+3,0*6300 = 21777$

В данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ составила 0,20, повышения МПКТ от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,45, стабилизации – 0,52, снижения в пределах 0,5 перцентиля – 0,03.

В результате стоимость достижения целевого уровня МПКТ составляла 108885 в пересчете на 1 случай, стоимость повышения МПКТ – 48393 тенге на 1 случай.

Во 2 группе был проведен полный комплекс обследований, включенный в исследования по возрастной категории 18-35 лет, кроме УЗИ органов малого таза.

Расчет числа повторных курсов применения препарата кальция и денситометрических обследований дал следующие результаты:

е = 1,0+0,7+0,4+0,3 = 2,4

в = 3,4

Общая стоимость применения способа профилактики развития остеопороза в пересчете на 1 пациентку составила:

$30+47+3,4*700+2,4*6300+0,8*6000+0,6*2200 = 23697$

Таким образом, в отличие от младшей возрастной категории, средняя стоимость данного комплекса лечения была несколько выше, чем в группе 1.

В то же время, в данной группе частота достижения целевого уровня МПКТ была значительно выше, чем в группе 1 и составила 0,31, повышения МПКТ до целевого и/или от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,60, стабилизация – 0,40.

Стоимость достижения целевого уровня МПКТ, соответственно, достигала 76442, а стоимость повышения – 39495 в пересчете на 1 случай, что значительно ниже, чем в группе 1 (рисунок 2).

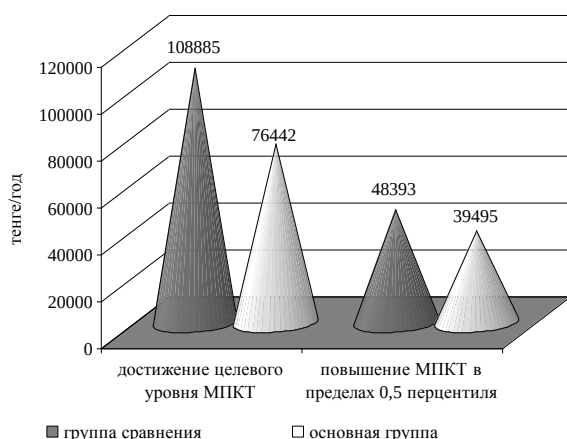


Рисунок 2 - Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий при различных вариантах подхода к профилактике остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

В возрастной категории женщин 36-49 лет с остеопорозом комплекс методов обследования не имел различий с той же группой со снижением МПКТ до уровня остеопении.

В качестве лечения у пациенток первой группы были использованы препараты кальция в сочетании с препаратом из группы бисфосфонатов Бонвива. Во второй группе назначалось комплексное лечение, предусматривающее применение препарата кальция, заместительной гормональной терапии и Бонвива.

В первой группе частота курсового применения препаратов кальция в сочетании с Бонвива и денситометрических исследований в течение периода исследования составила:

$$e=1,0+0,9+0,7+0,7=3,3$$

$$v=4,3$$

Общая стоимость коррекции у 1 больной достигала:
 $30+47+4,3*700+3,3*(6300+22500) = 98127$

В данной группе достижения целевого уровня МПКТ не наблюдалось, частота повышения МПКТ более 0,5 перцентиля составила 0,09, от 0,1 до 0,5 перцентиля – 0,34, стабилизации – 0,47, снижения в пределах 0,5 перцентиля – 0,10.

Стоимость повышения МПКТ более 0,1 перцентиля составила в пересчете на 1 случай – 228202 тенге на 1 случай (за 2 года наблюдения).

Во 2 группе использование препарата кальция и бисфосфоната осуществлялось на фоне повторного применения заместительной гормональной терапии в

соответствии со сформулированными в результате комплексного обследования показаниями.

Расчет числа повторных курсов применения метода коррекции остеопороза и денситометрических обследований дал следующие результаты:

$$e=1,0+0,8+0,6+0,5=2,9$$

$$v=3,9$$

Общая стоимость применения способа коррекции остеопороза в пересчете на 1 пациентку составила:

$$30+47+3,9*700+2,9*(6300+22500)+1,6*2000+1,2*2200 = 92167$$

Высокая стоимость использованного комплекса средств лечения остеопороза обусловила снижение средних затрат при относительно небольшом уменьшении числа проведенных курсов коррекции остеопороза.

Достижения целевого уровня МПКТ не наблюдалось и в данной группе, повышение МПКТ более 0,5 перцентиля имели место в 0,25 случаев, 0,1-0,5 перцентиля – 0,55, стабилизация – 0,15 и снижение – 0,05.

Стоимость повышения уровня МПКТ более чем на 0,5 перцентиля составляла в данной группе 115209 тенге в пересчете на 1 случай, что почти вдвое ниже, чем в группе 1 (рисунок 3).

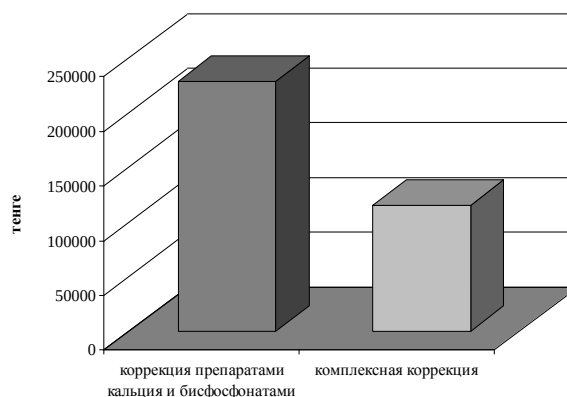


Рисунок 3 - Сравнительная стоимость комплекса лечебно-профилактических мероприятий с учетом эффективности при различных вариантах подхода к лечению остеопороза у женщин в возрасте от 36 до 49 лет

Литература:

1. Марова Е.И. Классификация остеопороза // Остеопороз и остеопатии. – 1998. - №1.
2. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации / под ред. Беневоленской Л.Е., Лесняк О.М. – М., 2005. – 176 с.
3. Рожинская Л.Я. Системный остеопороз. Практическое руководство. – М., 2000. – 196 с.
4. Щербавская Э.А., Кочеткова Е.А., Гельцер Б.И. Кальций-D3 никомед в профилактике остеопенических осложнений у беременных с гестозами // Consilium medicum (Гинекология). – 2002. – Т.4, №1.

УДК 613.94

ІРІ ӨНЕРКӘСІПТІК АЙМАҚ ХАЛҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

К.Б. Шегірбаева

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті

Республиканың экономикалық ахуалының негізгі тетіктері бола отырып, мұнай мен газ табиғи ортаның (ауа, су, топырақ, т.б.) ластануының негізгі қайнарқоздырышы болып табылады. Өндіру, тасымалдау, қайта өңдеу және энергетикалық шикізат ретінде пайдалану кезінде олардың жер бетінде қалуы байқалып отыр.

Айта кететін жайт, мониторинг жасамай, табиғатты қорғау шараларын қолданбай, мұнайды және мұнай өнімдерін кең көлемде өндіру, қайта өңдеу және тасымалдау аймақ экологиясына, соның ішінде өнеркәсіптік аймақ халқының денсаулығы мен қоршаған ортаға орны толмас зиян келтіреді [1].

Адам ағзасына қоршаған және өндірістік орталардың көптеген өзгермелі факторлары әсер етеді. Әдетте бұл өзгерістер адам бойында сырқаттық ауытқуларды тудырмайды. Сырқат тек қоршаған және өндірістік орталардың әдеттен тыс әсері, факторлардың сапасы мен қарқынына байланысты қоршаған орта мен ағза арасында тепе теңдіктің бұзылуы кезінде ғана туындайды.

Қазіргі өндірістің көпшілігіне тән негізгі ерекшелік жұмысшылардың ағзасына тек кәсіби емес, сонымен қатар оған тән емес ауытқудың туындауына әсер ететін аз қарқынды факторлардың әсер етуі болып табылады. Ал белгілі бір бөліктің денсаулық деңгейінің өндірістік-кәсіби жағдайларға тәуелділігін анықтау тек терендетілген әлеуметтік-гигиеналық зерттеулер жүргізу арқылы ғана мүмкін болады [2].

Ірі өндірістік кәсіпорындар өз қызметкерлерінің денсаулығын қорғауға айтарлықтай көп қаражат жұмсайды. Осы қаражатты тиімді пайдалану маңызды міндет болып табылады. Денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру барысында кәсіпорын жетекшілері, ең алдымен, өз қызметкерлерінің денсаулығын сақтаудың әлеуметтік аспектілерін толығымен шешу қажеттілігін басшылыққа алады. Бірақ нарықтық экономика жағдайында экономикалық фактордың мәні арта түседі, себебі медициналық көмектің мазмұны мен көлемі айтарлықтай деңгейде қаржылық мүмкіндіктермен анықталады. Экономикалық аспектіні өндірістік кәсіпорын қызметкерлеріне қызмет көрсететін медициналық мекемелер желісінің жұмыс тиімділігін анықтау үдерісінде де қарастырған жөн [3].

Шығындардың деңгейі мен мазмұнына денсаулық сақтау жүйесінің жалпы желісіндегі өндірістік кәсіпорын қызметкерлеріне медициналық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктері де әсер етеді. Бұл жерде екі негізгі бағытты бөліп қарастыруға болады.

Біріншіден, ірі өндірістік кәсіпорындарда медициналық көмек көрсетуге арналған өзіндік материалдық-техникалық база болса, оның қызметкерлері басқа азаматтармен салыстырғанда белгілі бір артықшылықтарға ие болады. Себебі олар денсаулық сақтау жалпы желісінің медициналық мекемелерінде жұмыс орны бойынша да (өндірістік қағида), тұрғылықты жері бойынша да (территориялық қағида) білікті көмек алады.

Екіншіден, көрсетілетін медициналық көмектің мазмұны да түрліше болып келеді. Мысалы, халыққа медициналық қызмет көрсету бағдарламасында негізінен емдеуге кететін шығындар қарастырылады, ал өндірістік денсаулық сақтаудың басты мақсаты тек жоғары сапалы медициналық көмек көрсету ғана емес, сонымен қатар қызмет көрсетілетін қызметкерлердің еңбегін қорғау

арқылы аурудың алдын алу болып табылады. Бұл кәсіпорын тарапынан қосымша қаражатты талап етеді.

Осыған сәйкес өндірістік кәсіпорын халық денсаулығын қорғау саласында өз қызметкерлерінің алдында да, қоғам (мемлекет) алдында да белгілі бір міндеткерліктерге ие болады. Кәсіпорын өз қызметкерлерін міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде сақтандыруға міндетті. Мұнда екі мақсат көзделген: кәсіпорын қызметкерлеріне медициналық қызмет көрсетудің кепілденген төменгі деңгейін қамтамасыз ету және ММС жүйесінің жалпы желісін қаржыландыруға қатысу. Бірінші мақсат қызметкерге міндетті сақтандыру жүйесімен қарастырылған көлем мен сапада медициналық көмек алу құқығына кепілдік берсе, екіншісі міндетті медициналық сақтандыру жүйесінің «Бай кедей үшін, дені сау науқас үшін төлейді» деген негізгі қағидаларының бірін, яғни қоғамдық ынтымақтастық қағидасын жүзеге асыруды көздейді.

Мұнайшы-қызметкерлердің міндетті медициналық сақтандырылуын және сақтандырудың басқа түрлерін ұйымдастыру және жүргізу мақсатында «Мұнай сақтандыру компаниясы» құрылды. Компанияның негізгі қызметі міндетті медициналық сақтандырудың территориялық бағдарламасына сәйкес толық көлемде және тиісті сападағы медициналық көмектің сақтандырылуына бағытталған.

Кәсіпорынның негізгі қызметіндегі қызметкерлер денсаулығының рөлін түсіну мен қаржылық мүмкіндіктерге байланысты кәсіпорын денсаулық сақтауға қосымша қаражат бөлуі мүмкін, бұл денсаулық сақтауда әсіресе осы салаға бөлінетін қаражат көлемі жеткіліксіз болатын қазіргі кезде өте маңызды болып табылады.

Бірақ, айта кететін жайт, бұл міндетті шешу өндірістік кәсіпорынның да, денсаулық сақтау жүйесінің де түрлі субъектілерінің құқықтары мен міндеттерін жеткілікті деңгейде анық белгіленбеу себепті қиындай түседі.

Сонымен қатар, дамыған елдерде, қоғам өз қызметкерлеріне сапалы медициналық көмекті ұйымдастыру мақсатында өндірістік кәсіпорындарды көбірек қаражат салуға ынталандыратын жағдайлар тудырады. Мысалы, АҚШ-та салықтар әлеуметтік төлемдерден кейін төленеді. Мұндай әдіс өндірістік кәсіпорындарды өз қызметкерлерінің денсаулығын сақтауға қаражат салуға ынталандырады және денсаулық сақтау саласына айтарлықтай қосымша қаражаттың түсуін қамтамасыз ете отырып, денсаулық сақтау органдарын қаржыландыру жүйесін кеңейтуге мүмкіндік береді.

Тікелей өз жұмысшыларына дербес медициналық көмек көрсетуге байланысты бағыт өнеркәсіптік денсаулық сақтау саласында әлдеқайда кең мүмкіндіктерді ашады. Бұл бағыттың шығындары шектелмеген және нақты кәсіпорынның қаржылық жағдайы мен кәсіпорын басшылығының жұмысшылар денсаулығын сақтау мәселесінің маңыздылығын түсінуіне байланысты.

Кәсіпорында жұмыс істейтін жұмысшылар денсаулығының жоғары деңгейде сақталуына деген кәсіпорынның мүдделілігі экономикалық, сондай-ақ әлеуметтік факторларға байланысты.

Біріншісін шартты түрде екі топқа жіктеуге болады: тікелей және жанама. Тікелей топқа науқастанған немесе жарақат алған жұмысшылардың емделу шығындарын

көтеретін кәсіпорынның тікелей шығындарын сипаттайтын көрсеткіштерге жатқызуға болады. Бұған сондай-ақ, жарақат алған жұмысшыларды қалпына келтіру шығындары, мүгедектік бойынша төленетін жәрдемақы, ММС тыс өз жұмысшыларын емдеу шығындары, емдеу парақтарын төлеу жатады, сипатты бойынша жоғарыда аталған шығындар әлеуметтік топқа жатқызылады, алайда олардың қаражат көзін кәсіпорын құрайды. Бұл шығындар қажет жағдайда оңай есептеледі.

Жекелеген жұмысшылардың науқастану жағдайларының жағымсыз ықпалымен туындаған шығындар жанама шығындарға жатады. Осылайша, жарақат алу немесе науқастану салдарынан өндірістен шығып қалған жұмысшының орнын басу жұмыс қарқынының бұзылуына, өзге жұмысшылардың үстеме жұмыс істеуіне, жабдықтау мерзімдерінің бұзылуына және т.б. алып келуі мүмкін, ал бұл өз кезегінде, экономикалық көрсеткіштердің нашарлауына алып келуі мүмкін: еңбек өнімділігінің төмендеуі, ақаулары бар өнімдердің артуы, жаңа жұмысшыларды оқыту шығындары және т.б.

Кәсіпорынның экономикалық көрсеткіштеріне тигізетін жанама факторлардың сандық әсерін есептеу әлдеқайда қиын.

Осылайша, экономикалық көрсеткіштердің маңызы қаншалықты жоғары болғанымен, қарастырылып отырған мәселенің әлеуметтік жағын да есепке алу қажет, себебі жұмысшылардың денсаулығын сақтау жақсы жұмыс істейтін кәсіпорындардың алдында тұрған маңызды міндеттердің бірі, осыған орай, көптеген шетелдік фирмаларда бұл факторға айтарлықтай көңіл бөлініп, жұмысшылардың денсаулығын сақтауға көп қаражат шығындалады.

Әсіресе, медициналық қызмет көрсетулер бағасының жоғарылығы жағдайында, жұмысшылардың өз кәсіпорындарындағы жұмыс орындарынан байланыстылығын анықтайтын факторлардың бірі сапалық медициналық қызмет көрсетудің кезінде алу мүмкіндігі болып табылады. Қызметкерлер қорын, әсіресе жоғары маманданған кадрларды сақтау маңыздылығын есепке ала отырып, дамыған елдердегі кәсіпорын әкімшіліктері өз жұмысшыларын сапалы медициналық қызмет көрсетулермен қамтамасыз ету үшін айтарлықтай шығындарға барады. Жұмысшылардың денсаулығын сақтау ісі жұмыс ортасында жағымды жағдайды қалыптастырып, жоғары мамандандырылған қызметкерлер ағымын азайтып, ұжымды тұрақтандырады, ал бұл өз кезегінде, экономикалық көрсеткіштердің жақсаруына алып келеді [4, 5].

Медициналық қызмет көрсетудің рационалды жүйесін ұйымдастырудың да маңызы зор, себебі қосымша ақша құралдарын тарату түрлі әдістермен жүзеге асырылуы мүмкін. Бұған жұмысшыларды емдеудің қосымша шығындары (ақылы қызмет көрсетулер), өзге ЕПМ емделу шығындары, құрал-жабдықтар мен дәрі-

дәрмектерді сатып алу шығындары, жеке медициналық мекемелерді қамтамасыз ету, басқару жүйесінде медициналық аппаратты қамтамасыз ету жатады.

Бұдан мынадай қорытынды жасауға болады: өндірістік кәсіпорындар шығындарды үнемдеу жағынан өз жұмысшыларына емдеу-алдын алу шараларын ұйымдастырудың оңтайлы жүйесін таңдап алуы қажет.

Алайда, өндірістік жұмысшылардың денсаулығын сақтаудың экономикалық аспектілері жалпы нашар көрсетілген. Бүгінгі таңда өзектілігі арта түскен ақпараттық қамсыздандыру мәселелері, сондай-ақ нарық жағдайында қажетті өндірістік кәсіпорындар мен медициналық мекемелердің өзара қарым-қатынас негіздері тиісті көрініс таппады.

Осының өзі аталмыш зерттеуге түрткі болды, оның соңғы мақсаты жаңа экономикалық жағдайда жұмыс істеуші халықтың денсаулығын қорғау жүйесінің қызмет ету және басқару үлгісін құрастыру болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Иванов А.В., Королев А.А., Тафеева Е.А. Қоршаған ортаның гигиеналық сипаттамасы және табиғи мұнай мен ауыр битумды қазу аудандарындағы халықтың денсаулығы // Гигиена және санитария. - 2001, № 3. - 34-37б.
2. Бушуева Г.А., Кацнельсон Б.А., Ткачев В.В., Ползик Е.В. Еңбектің жағымсыз жағдайлары мен қоршаған ортаның өндірістік ластаулардың адам денсаулығына тигізетін экономикалық салдары мен алдын алу шараларының экономикалық тиімділігінің сараптамасы: Әдістемелік кеңестер / КСРО Денсаулық сақтау М-гі. - М., 1988. - 43б.
3. Козельцев М.М. Экологиялық тәуекелді экономикалық бағалау әдістемесі. -1991. -№1. -41-44б.
4. Иванов А.В., Тафеева Е.А. Мұнай өндіру аудандарындағы санитарлық-гигиеналық іс-шаралардың тиімділігі // Гигиена және санитария. -2004, №1. -22-25б.
5. Гилязов Е.Г., Сулейменова Ж.У., Гилязова Г.Е., Диаров М.Д. Исатай ауданында Каспий теңізі деңгейінің көтерілуімен байланысты әлеуметтік және экологиялық жағымсыз салдар // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын өңдеу мен пайдаланудың қазіргі мәселелері» I Халық.ғылыми-техн.конф.материалы. - Атырау, 2000. -Т.ІІ. -388-393б.
6. Кынатбеков Б.Ж., Конатбаева З.К. Газ өңдеу зауытының маңында тұратын халықтың шынайы науқастану деңгейі мен құрылымы // Қазақстанның денсаулық сақтау саласы. -1998, №1-2. -15-16б.
7. Диаров М.Д., Диарова М.А., Гилязов Е.Г. Атырау облысы халқының науқастану жағдайы мен қарқыны // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын өңдеу мен пайдаланудың қазіргі мәселелері» I Халық.ғылыми-техн.конф.материалы. -Атырау, 2000. -Т.І. -460-468б.

Социально-экономические аспекты формирования здоровья населения крупного промышленного региона К.Б. Шегирбаева

Комплексная оценка состояния здоровья населения должна осуществляться с учетом социально-экономического развития конкретного региона. Радикальные социально-экономические, общественно-политические преобразования, связанные с рыночной реформой, и экологические катастрофы происходящие в Республике Казахстан, будут способствовать возрастанию зависимости уровня общественного и индивидуального здоровья от экологических факторов. Это диктует необходимость совершенствования системы охраны здоровья населения и разработки профилактических мероприятий с позиций современных требований.

Socio-economic aspects of the health formation in a large industrial region K.B. Shegirbaeva

Comprehensive assessment of public health should take into account the socio-economic development of the specified region. Radical socio-economic and socio-political transformations associated with market reforms and environmental disasters occurring in the Republic of Kazakhstan will contribute to the increasing dependence of public and individual health states on the environmental factors. This dictates the need to improve the public health and to develop the preventive measures in terms of modern requirements.

УДК 616-006.3(574.42)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Мусаханова¹, Ж.Б. Базарбек¹, Н.М. Елемесова¹, О.В. Шишкина², З.Ж. Абдильдина²¹Государственный медицинский университет г. Семей, ²Городское бюро медицинской статистики г. Семей

По оценкам специалистов Международного агентства по изучению рака Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие 20 лет злокачественные опухоли могут стать главной причиной смерти во всем мире. За этот же период времени число новых случаев заболевания раком возрастет с 12,7 миллиона в 2008 году до 21,4 миллиона случаев в 2030 году. Глобальная смертность от рака к 2030 году возрастет на 45 % и составит примерно 13,2 миллиона больных в год [1].

По мнению экспертов ВОЗ 23 % всех заболеваний и 25% всех случаев рака обусловлены воздействием факторов окружающей среды. Также среди причин возникновения злокачественных новообразований ведущее место занимают радиационный фактор, питание и курение, связанные, в основном, с образом жизни человека [2, 3]. По данным Агентства по охране окружающей среды США факторы окружающей среды играют ведущую роль в развитии 50 % всех злокачественных новообразований. При этом среди факторов канцерогенного риска ведущее место занимают нерациональное питание, солнечное облучение и курение, то есть факторы, регулируемые самим человеком [4].

По данным исследования, проведенного в 2005 году международными партнерами ВОЗ в области борьбы с раком, примерно 30 % случаев заболевания раком можно предотвратить путем изменения или предотвращения основных факторов риска [5].

Стратегия развития отечественного здравоохранения на современном этапе предусматривает переход от системы, ориентированной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и направленной, в первую очередь, на профилактику болезней. В отношении онкологической патологии акцент сделан на раннюю выявляемость злокачественных новообразований

путем проведения профилактических осмотров целевых групп и использования прогрессивных методов диагностики и лечения [6].

Тревожной остается ситуация по онкологической заболеваемости и смертности в Восточно-Казахстанской области (ВКО). Это, прежде всего, связано с неблагоприятной экологической ситуацией на территориях, находящихся под воздействием токсических отходов крупных промышленных предприятий региона. В связи с этим, нами проведен анализ онкологической заболеваемости и смертности в ВКО за пятилетний период с 2005 по 2009 годы. Исследование осуществлялось по материалам Агентства по статистике Республики Казахстан и по данным Медицинского информационно-аналитического центра ВКО.

Благодаря тому, что в республике внедряются периодические протоколы диагностики и лечения, основанные на новейших достижениях мировой онкологии, включающие самые современные и эффективные схемы терапии, за период с 2005 по 2009 годы заболеваемость от злокачественных новообразований в ВКО имеет тенденцию к снижению с 276,8 до 264,5 на 100000 населения. Республиканский показатель онкологической заболеваемости также снизился с 192,5 в 2005 году до 182,7 в 2009 году (рисунок 1). Кроме этого, смертность от злокачественных новообразований в ВКО за пятилетний период снизилась и в 2009 году составила 161,18, что в 1,42 раза выше республиканского показателя, который также имеет тенденцию к снижению с 122,6 до 112,18 на 100000 население. Это, в первую очередь связано с тем, что современные схемы терапии, применяемые в лечении онкологических больных, внесены в список гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

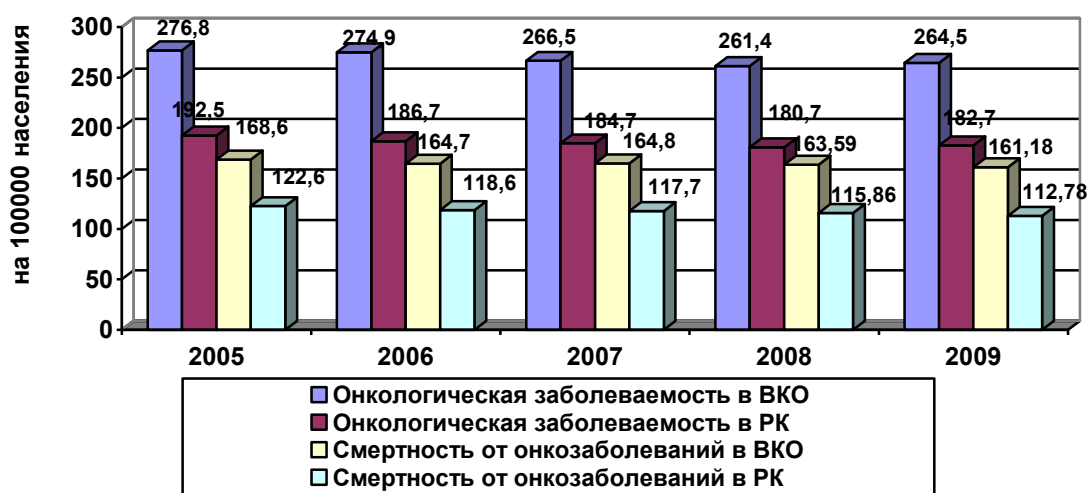


Рисунок 1. Заболеваемость и смертность от рака на 100000 населения в ВКО и РК

Несмотря на уменьшение показателей заболеваемости и смертности, болезненность рака на 100000 населения в ВКО за пятилетний период возросла с 1126,4 до 1225,1, что возможно, связано с увеличением удельного веса больных, перенесших различные виды

противоопухолевого лечения и состоящих на учете более пяти лет.

Анализ структуры заболеваемости населения злокачественными новообразованиями показал, что в ВКО первое ранговое место в 2005 году занимал рак кожи

(42,2 на 100000 населения), второе - рак трахеи, бронхов, легких (39,3 на 100000 населения), третье – рак желудка (22,5 на 100000 населения). В 2009 году на первом месте рак трахеи, бронхов, легких (38,5 на 100000 населения), на втором – рак кожи (37,3 на 100000 населения), на третьем – рак молочной железы

(28,3 на 100000 населения). Увеличение показателя заболеваемости раком молочной железы связано с внедрением национальных скрининговых программ целевых групп населения (маммография женщин группы риска).

Таблица 1. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в ВКО на 100000 человек соответствующего населения

Нозология	2005	2006	2007	2008	2009
Рак губы	2,8	2,7	2,0	2,3	0,9
Рак пищевода	9,7	9,3	9,7	8,9	8,2
Рак желудка	22,5	22,1	23,6	21,4	20,4
Рак толстой кишки	13,9	14,6	13,5	10,8	11,0
Рак кожи	42,2	45,9	39,1	35,9	37,3
Рак молочной железы	22,2	29,0	24,5	30,2	28,3
Рак шейки матки	8,9	10,8	10,1	8,9	10,4
Рак прямой кишки	10,4	9,0	9,3	11,0	11,2
Рак гортани	3,9	3,6	3,2	3,6	3,4
Рак трахеи, бронхов, легких	39,3	36,1	35,3	38,1	38,5
Рак щитовидной железы	4,3	2,8	5,1	2,8	3,4
Рак прочих органов	51,4	55,0	50,0	49,0	44,0
Всего					

Анализ повозрастной структуры заболеваемости населения новообразованиями показывает, что заболеваемость населения новообразованиями среди взрослых за пятилетний период снизилась на 708 человек на

100000 населения, но заболеваемость населения новообразованиями среди подростков имеет тенденцию к увеличению на 70 человек, и на 65 человек увеличился этот же показатель среди детей (таблица 2).

Таблица 2. Возрастная структура заболеваемости населения новообразованиями (на 100000 соответствующего населения).

	2005	2006	2007	2008	2009
Взрослые	5137,4	5082,6	5225,9	4622,6	4428,9
Подростки	374,8	317,2	343,9	380,5	444,8
Дети	221,3	291,6	254,0	219,1	287,0
Всего	3802,9	3786,4	3895,3	3466,2	3421,3

Нами также были рассмотрены показатели заболеваемости населения новообразованиями в разрезе районов ВКО. Самая высокая заболеваемость новообразованиями за пятилетний период наблюдается в экологически загрязненных территориях, таких как Усть-

Каменогорск, Риддер, Глубокий, Шемонаиха, Курчатов и Семей, как наиболее пострадавшие от воздействия промышленных отходов и радиационного воздействия последствий СИЯП (таблица 3).

Таблица 3. Заболеваемость новообразованиями всего населения ВКО (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100000 человек соответствующего населения)

Район	2005	2006	2007	2008	2009
Усть-Каменогорск	768,7	689,8	689,1	528,8	577,6
Семей	530,5	536,1	623,2	391,2	326,3
Риддер	890,5	937,3	871,5	870,7	787,0
Зырян	721,4	1421,4	1410,4	1093,0	965,4
Курчатов	623,1	788,2	519,2	367,9	438,4
Абай	513,8	583,9	539,2	435,3	433,1
Аягоз	345,3	377,5	278,5	219,3	380,7
Бескарагай	473,2	627,5	758,8	1061,1	705,4
Бородулиха	541,2	581,3	657,0	872,2	763,8
Глубокий	653,0	596,2	277,9	514,5	406,4
Жарма	508,3	635,5	506,1	431,8	338,8
Зайсан	532,8	529,6	754,3	801,6	471,0
Катон-Карагай	114,9	127,0	45,7	85,4	173,7
Кокпекты	588,8	445,0	154,2	313,9	275,9
Курчум	293,2	343,4	599,2	248,4	249,3
Тарбагатай	232,0	210,3	189,4	193,4	238,1
Улан	394,8	344,2	363,4	275,7	526,8
Урджар	281,4	378,6	356,3	196,5	204,0
Шемонаиха	1332,0	1668,0	1746,0	1153,9	1239,5
ВКО	1161,2	1291,0	1271,4	1046,1	1048,7

Выводы:

1. За период с 2005 по 2009 годы заболеваемость от злокачественных новообразований в ВКО имеет тенденцию к снижению с 276,8 до 264,5 на 100000 населения. Несмотря на то, что современные схемы терапии, применяемые в лечении онкологических больных, позволили снизить смертность от злокачественных новообразований в ВКО, она в 1,42 раза выше республиканского показателя.

2. Несмотря на уменьшение показателей заболеваемости и смертности, болезненность рака на 100000 населения в ВКО за пятилетний период возросла с 1126,4 до 1225,1. Это связано с увеличением удельного веса больных, перенесших различные виды противоопухолевого лечения и состоящих на учете более пяти лет.

3. Анализ структуры заболеваемости населения злокачественными новообразованиями показал, что в ВКО первое ранговое место в 2009 году занял рак трахеи, бронхов, легких (38,5 на 100000 населения), второе – рак кожи (37,3 на 100000 населения), третье – рак молочной железы (28,3 на 100000 населения).

4. В экологически загрязненных от воздействия промышленных отходов и последствий СИАП территориях наблюдается наибольшая заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Этот фактор также повлиял на увеличение заболеваемости новообразованиями среди подростков и детей.

Таким образом, учет и анализ онкологической заболеваемости, наиболее адекватно отражает канцерогенный риск и уровень онкологической помощи. В связи с этим успехи современной онкологии в значитель-

ной мере зависят от правильной организации учета больных злокачественными новообразованиями. Это позволит продлить жизнь онкологических больных, а при многих локализациях новообразований добиться полного излечения.

Литература:

1. Zsuzsanna Jakab. The cancer burden in the European Union and the European Region: the current situation and a way forward. - 2010. - 25 p.

2. Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С., Индершиев А., Мусаханова А. Атомные взрывы и развитие общественного здравоохранения, Нагасаки-Алматы, 2008. - 276 с.

3. Рахыпбеков Т.К., Ковзель Е.Ф., Секербаев А.Х., Мусаханова А.К. Влияние социально-бытовых факторов на онкологическую заболеваемость населения, проживающего в зоне влияния Семипалатинского ядерного полигона // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - Алматы. - 2008. - № 4. - С. 120-121.

4. <http://usinfo.state.gov/journals/journals.htm>. - U.S. Environment Protection Agency - 2008.

5. Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, Победа над страданиями. Обогащение человечества, 1997 г. - 15 с.

6. Егеубаева С.А., Смагулова И.Е., Калмаханова С.Б. Онкологическая помощь в ВКО: проблемы, состояние и пути совершенствования. - Денсаулық сақтауды дамыту журналы. - Астана, 2009. № 2 (50) - С. 50-52.

Шығыс - Қазақстан облысының қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық көрсеткіштерінің талдауы
А.Қ. Мусаханова, Ж.Б. Базарбек, Н.М. Елемесова, О.В. Шишкина, З.Ж. Абдильдина.

Семей мемлекеттік медициналық университеті
Семей қалалық медициналық статистика бюросы

Соңғы бес жылдық аралығында Шығыс-Қазақстан облысында қатерлі ісік аурушылық 1126,4 тен 1225,1 ге дейін (100000 тұрғын халыққа) көтерілді. Қатерлі ісік аурулардың өлімділік көрсеткіштерінің төмендеу нышаны байқалғанмен оның деңгейі республикалық көрсеткіштерден 1,42 рет жоғары. Тұрғындардың қатерлі ісіктермен сырқаттанушының құрылымын талдау бойынша 2009 жылы Шығыс-Қазақстан облысында бірінші орында кеңірдек, бронх, өкпе рагы (100000 тұрғын халыққа -38,5), екінші орында тері рагы (100000 тұрғын халыққа - 37,3), үшінші орында емшек бездерінің рагы (100000 тұрғын халыққа - 28,3). Қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық пен өлімділіктің жоғары көрсеткіштері өндіріс қалдықтары және Семей ядролық полигонының әсерінен ластанған аймақтарда байқалады.

Analysis of cancer incidence in the East-Kazakhstan.
A.K.Mussakhanova, Zh.B. Bazarbek, N.M. Elemessova, O.V. Shishkina, Z.Zh.Abdildina
State Medical University of Semey
City Bureau of Medical Statistics

Soreness of cancer in the East Kazakhstan over five years increased from 1126.4 to 1225.1 per 100000 population, and despite the fact that deaths from malignant neoplasms tends to decrease, it is 1.42 times higher than the national data. Analysis of the structure of morbidity with malignant neoplasms showed that in the East-Kazakhstan first place ranking in 2009 took the cancer of the trachea, bronchus and lung (38.5 per 100000 population), second - skin cancer (37.3 per 100000 population), the third - breast cancer (28.3 per 100000 population). The highest incidence and mortality from malignant neoplasms observed in environmentally contaminated from exposure to industrial waste and the consequences nuclear testing sites territories.

УДК 613.94+303.625.3

ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР ТУРАЛЫ ӨНЕРКӘСІПТІК АЙМАҚТАР ХАЛҚЫНЫҢ ПІКІРЛЕРІН САРАПТАМАЛЫҚ БАҒАЛАУ

К.Б. Шегірбаева

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті Алматы қаласы

Көптеген қалалардың қоршаған ортасы белгілі бір өнеркәсіптің дамуымен қалыптасады, ол кейін халық денсаулығына төнетін қауіптің анықтаушы факторына айналады. Өнеркәсіптік аймақтарда тұратын халық денсаулығының жағдайы аймақтың әлеуметтік-экономикалық және санитарлық жағдайын көрсететін қоғамдық дамудың маңызды талабы болып табылады.

Мұнай мен газды кең көлемде игеру қоршаған ортаның негізгі объектілерінің сапасына жан жақты жағымсыз әсер етеді, бұл адамның тіршілік ету ортасының сапасының нашарлауына алып келеді. Ал бұл, өз кезегінде, халықтың денсаулығына жағымсыз ықпал етеді [1-3].

Атмосфераның негізгі ластануы түсті металлургия, жылу энергетикасы, қара металлургия, мұнай-газ кешені және көлік кәсіпорындарынан шығатын қалдықтарға байланысты. Атмосфералық ауаның ластануынан келетін қауіп халық денсаулығының нашарлауына және қоршаған ортаның құлдырауына алып келеді.

Респонденттер пікірлерінің негізінде халық денсаулығының жағдайын зерттедік. Сауалнаманы тұрғындардың екі тобы бойынша жүргіздік – 1 топ – жұмысшылар, 2 топ – өндірістік кәсіпорынның маңында тұратын тұрғындар. Сауалнама әрбір өнеркәсіптік аймақ бойынша жүргізілді, сауалнамалар халық үшін және зиянды өнеркәсіптік жағдайлармен тікелей байланыста қызмет ететін жұмысшылар үшін жеке дайындалды.

Сауалнама жүргізілген барлық топтардың әлеуметтік-гигиеналық сипаттамасы бойынша статистикалық тұрғыдан айырмашылық болмады. Зерттеулер Атырау, Павлодар және Қарағанды облыстары сияқты ірі өнеркәсіптік аймақтарда жүргізілген.

Атырау облысында жүргізілген халық денсаулығының жағдайы бойынша сауалнама бірінші топ бойынша келесідей нәтижені көрсетті: 47% - жиі созылмалы ауруға байланысты медициналық көмекті қажет етеді; 43% - уақытша науқастануға байланысты медициналық көмекті қажет етеді; 10% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 36% салауатты өмір салтын ұстанады, 44% - үнемі емес, ал 20% жуығы – тіптен сақтамайды. Респонденттердің 69,7% темекі шегеді, 30,3% шекпейді. Алкоголь өнімдерін сауалнамаға қатысқандардың барлығы пайдаланады, өте жиі, тіпті күн сайын пайдаланатындары - 15,8% құрайды.

Жұмысшылар арасында созылмалы аурулар бойынша тыныс алу органдары – 53,7%, асқорыту жүйесі -15,3%, жүрек-қан тамырлары – 11%, несеп органдарының аурулары - 14% бірінші орында болса, ал 6% - басқа аурулар құрайды.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 24% диспансерлік есепте тұр, 47% – шипажайлық демалысты қажет етеді, 23% жұмысшылар амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 57% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 43% - төмен, 44%-ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық, 56% төмен деп бағалады.

Денсаулық жағдайы туралы сұралғандардың екінші тобы бойынша келесі нәтижеге қол жеткізілді: 47% - жиі

созылмалы ауруға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 33% - уақытша ауру бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 20% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Сауалнамаға қатысқандардың 26% салауатты өмір салтын ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 47%, ал 27%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 59% жуығы темекі шегеді, 41% жуығы шекпейді. Сауалнамаға қатысқандардың барлығы дерлік алкоголь өнімдерін пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 1,8% құрайды.

Жұмысшылар арасындағы созылмалы аурулар бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 53,7%, асқорыту жүйесі аурулары -13,3%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12,9%, несеп органдарының аурулары -12%, ал 8,1% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 24% диспансерлік есепте тұр, 37% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 10% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 51% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 49% - төмен деп бағалады. Сауалнамаға қатысқандардың 10,1% жуығы кәсіби сырқаттарға ие.

Қарағанды облысы бойынша денсаулық жағдайы бойынша сұралғандардың бірінші тобы келесі нәтиже берді: 47% - жиі созылмалы ауруларға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 43% - уақытша ауруларға байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 10% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Салауатты өмір салтын сұралғандардың 26% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 37%, ал 37%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 49% жуығы темекі шегеді, 51% жуығы шекпейді. Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың барлығы дерлік алкоголь өнімдерін пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 5,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 43,4%, асқорыту жүйесі аурулары -12,6%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 11%, несеп органдарының аурулары - 15%, ал 18% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 21% диспансерлік есепте тұр, 51% – шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 25% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 47% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 37% - төмен деп бағаласа, 16% жауап беруге киналды, ал 25% -ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық деп бағаласа, 28% - төмен деп бағалады.

Қарағанды облысы бойынша сұралғандардың екінші тобы келесі нәтижені көрсетті: 47% - жиі созылмалы ауруларына байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 33% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 20% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 16% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 34%, ал 50%-ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 47% жуығы

темекі шегеді, 53% жуығы шекпейді. Алкогольді барлық сұралғандар пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 1,2% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 53%, асқорыту жүйесі аурулары -13%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12%, несеп органдарының аурулары - 12%, ал 10% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 23% диспансерлік есепте тұр, 59% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 22% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 53% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық деп бағаласа, 47% - төмен деп бағалады. Сұралғандардың 13,3% жуығының кәсіби сырқаттары бар.

Павлодар облысында тұратын жұмысшылар мен халықтың денсаулық жағдайын сараптаудың нәтижесінде сұралған жұмысшылардың 37% жиі созылмалы аурумен ауыратындығы, 23% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет ететіндігі, 40% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет ететіндігі анықталды.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 23% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары 47%, ал 30% -ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 55,7% жуығы темекі шегеді, 45,3% жуығы шекпейді. Алкогольді сұралғандардың 8,7% жуығы пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 5,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында тыныс алу органдары аурулары – 33,7%, асқорыту жүйесі аурулары -15,1%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 18,3%, несеп органдарының аурулары - 24,3%, ал 8,6% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 14,2% диспансерлік есепте тұр, 37% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 23% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 31% жуығы емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 69% - төмен деп бағалады, 33%-ға жуығы стационарлық көмекті қанағаттанарлық деп бағаласа, 67% - төмен деп бағалады.

Денсаулық жағдайы бойынша сұралғандардың екінші тобы келесі нәтижені көрсетті: 39% - жиі созылмалы ауруларына байланысты медициналық көмекті қажет етеді, 29% - уақытша аурулары бойынша медициналық көмекті қажет етеді, 32% - тұрақты дәрігерлік бақылауды қажет етеді.

Оценка состояния здоровья населения промышленных регионов по результатам социологического опроса К.Б. Шегирбаева

Основное загрязнение атмосферы связано с выбросами от предприятий цветной металлургии, теплоэнергетики, черной металлургии, нефтегазового комплекса и транспорта. Реальность угроз от загрязнения атмосферного воздуха сказывается на ухудшении здоровья населения и деградации окружающей среды. На основании мнения респондентов изучили состояние здоровья населения промышленных регионов.

По мнению населения, качество оказанной медицинской помощи в поликлинике ниже, чем в стационарах. Приоритетными заболеваниями являются заболевания органов дыхания, мочеполовой системы, пищеварительной системы и другие. По результатам социологического опроса состояние здоровья населения промышленных регионов оценивается как неудовлетворительное. Большинство опрошенных имеют хронические заболевания и нуждаются в санкурортном лечении.

Health assessment of population residing in industrial areas on the results of a poll K.B. Shegirbaeva

The main air pollution due to emissions from non-ferrous metallurgy, power engineering, ferrous metallurgy, oil and gas industry and transportation. The reality of threats from air pollution affects the health impacts and environmental degradation. Based on the opinions of the respondents studied the health of the population of industrial areas.

According to the population, the quality of medical care in the clinic is lower than in hospitals. Priority diseases are diseases of the respiratory system, urinary system, digestive system and others. According to the results of a sociological survey health status of industrial regions is assessed as unsatisfactory. Most of the respondents have chronic disease and need treatment.

Салауатты өмір салтын сұралған жұмысшылардың 29,3% ұстанады, үнемі ұстанбайтындары - 51%, ал 19,7% -ға жуығы тіптен ұстанбайды. Респонденттердің 35% жуығы темекі шегеді, 65% жуығы шекпейді. Алкогольді сұралғандардың барлығы пайдаланады, ал жиі, тіпті күнде пайдаланатындары - 3,8% құрайды.

Жұмысшылардың созылмалы аурулары бойынша бірінші орында несеп органдарының аурулары - 32%, тыныс алу органдары аурулары – 35,7%, асқорыту жүйесі аурулары -14,3%, жүрек-қан тамырлары аурулары – 12%, ал 6% - басқа аурулар тұр.

Сауалнамаға қатысқан жұмысшылардың 21% диспансерлік есепте тұр, 43% - шипажайлық демалысты қажет етеді, жұмысшылардың 25% амбулаторлық емдеуді қажет етеді.

Сұралғандардың 39% жуығы емханалар мен ауруханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасын қанағаттанарлық, 61%-төмен деп бағалады. Сұралғандардың 7,1%-ға жуығының кәсіби сырқаттары бар.

Осылайша, денсаулық жағдайына қатысты сұрақтарға респонденттердің жауаптары бірінші топта да, екінші топта да сәйкес келді. Халықтың пікірінше, емханаларда көрсетілетін медициналық көмек сапасы стационарларда көрсетілетін медициналық көмекке карағанда төмен.

Бірінші орындарда тыныс алу жолдары, несеп органдары, асқорыту жүйесі және т.б. аурулар тұр. Әлеуметтік сауалнама нәтижесі бойынша өндірістік аймақтар халқының денсаулық жағдайы қанағаттанарлықсыз деп бағаланды. Сұралғандардың көпшілігінің созылмалы аурулары бар және олар шипажайлық емдеу қажет етеді.

Респонденттердің барлығынан өндірістік орталықта тұратын халық денсаулығының жағдайын жақсарту бойынша – халыққа көрсетілетін медициналық көмек сапасын жоғарылату туралы ұсыныс түсті.

Әдебиеттер:

1. Диаров М.Д. Атырау облысы халқының наукастану жағдайы мен қарқыны // «Қазақстанның көмірсутекті шикізатын пайдалану және қайта өңдеулің қазіргі мәселелері» І-Хал. ғылыми-техн. конф. материалдары. – Атырау, 2000. –Т.І. – 460-468б.
2. Каримов Т.К. Мұнай және газ кен орындарын қазу салдарынан қоршаған орта ластануының тұрғындар денсаулығына тигізетін әсері // Қазақстанның денсаулық сақтау саласы. -1996. –25-26б.
3. Лысенко А.И. Қоршаған орта факторларының Қазан тұрғындарының хал-жағдайына тигізетін әсері // Гигиена және санитария – 2002. -№4. –17-18б.

УДК 616.127-005.8 (616.153.478.6-008.6)

ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН**Г.Д. Абильмажинова****Государственный медицинский университет г. Семей**

В последнее время большой интерес представляет липопротеин А (Lp (A)), ассоциированный с плазминогеном, который является новым и наименее изученным фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Lp(a) состоит из липопротеина низкой плотности (ЛПНП), связанного дисульфидной связью с Apo(a) - гидролитическим гликопротеином плазминогена [1, 2]. Эти уникальные характеристики придают Lp (a) потенциальные атерогенные и тромбогенные свойства. Исследования последних лет демонстрируют, что повышение концентрации Lp (a) ассоциировано с развитием атеросклероза. Несколько исследований доказывают роль Lp (a) как независимого фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в то время ряд других исследований [3, 4] опровергают этот факт. В исследовании Dahlen GH. et al., обозначена разница риска ССЗ у женщин и мужчин по уровню Lp (a).

Уровень Lp (a) >30 мг/дл достоверно ассоциировался с риском ССЗ у мужчин моложе 55 лет. В то время как для женщин Lp (a) был признан фактором риска для всех возрастов [5].

Существуют ряд исследований, где обсуждается возможность взаимовлияния гомоцистеина и уровня липопротеина А. Липопротеин А участвует в фибринолизе благодаря своему сходству с IV доменом плазминогена. Гоцистеин усиливает связывание Lp (a) с фибрином путем удаления дисульфидных связей из молекулы аполипопротеина (А). Этот эффект гомоцистеина

уже проявляет себя при относительно его не высокой концентрации.

Цель исследования: определить уровень содержания Lp (a), сосудисто-тромбоцитарных показателей гемостаза, системы фибринолиза и гомоцистеина у женщин среднего возраста с мелкоочаговым инфарктом миокарда, провести корреляционные взаимосвязи указанных параметров.

Материал и методы: исследование уровня липопротеина А (Lp (a)) было проведено у 68 женщин с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) в возрасте от 34 - 78 лет, (средний возраст $54,15 \pm 1,4$ лет). Контрольную группу составили 33 клинически здоровых донора женского пола, адекватных по возрасту исследуемой группе. Забор венозной крови для измерения уровня липопротеина А производили в течение 24 часов после наступления инфаркта.

Определение липопротеина (a) производилось с помощью специального коммерческого набора фирмы DiaSys (г. Москва), предназначенного для фотометрического количественного определения липопротеина (a) в сыворотке или плазме.

Показатели системы гемостаза определялись стандартными методиками с применением реактивов фирмы «Технология стандарт».

Полученные результаты и обсуждение: содержание уровня плазменного липопротеина А у пациенток с МИМ представлены на рисунке 1.

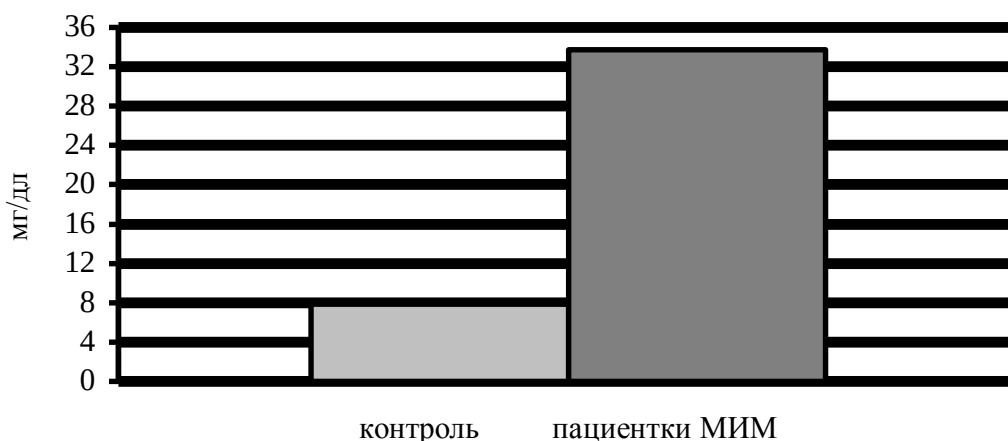


Рисунок 1 – Содержание липопротеина А в крови у больных МИМ

У больных МИМ показатели плазменного Lp (a) достоверно превышали данные в контрольной группе ($p < 0,001$): у больных МИМ $33,7 \pm 1,5$ мг/дл; против $7,84 \pm 1,14$ мг/дл контроля.

Нами было исследовано распределение плазменных концентраций Lp (a) у больных инфарктом миокарда.

Из 68 пациенток с мелкоочаговым инфарктом миокарда только у 4 (5,88 %) Lp (a) находился в пределах нормальных значений, у 8,82 % находился в промежуточном диапазоне (10 - 15 мг/дл), а у 85,3 % Lp (a) боль-

ных был выше 15 мг/дл. Ряд исследований свидетельствуют, что уровень Lp (a) более 25 мг/дл является неблагоприятным в прогнозе ИБС (С. Sandholzer, N. Saha, J. D. Kark, 1999).

С целью исследования прогностической значимости уровня Lp (a) в патогенезе инфарктов, мы провели стратификацию больных на две группы: с уровнем Lp (a) <25 мкг/дл и уровнем Lp (a) >25 мкг/дл. В каждой из групп, были исследованы показатели плазменного гомоцистеина (ГЦ) и некоторых показатели гемостаза. Результаты исследования представлены в таблице 1.

Одним из важных результатов исследования является достоверно более высокие значения ГЦ в группе Lp (a) <25 мкг/дл, по сравнению с группой Lp (a) >25 мкг/дл, ($p<0,05$).

Представленные в таблице 1 данные по некоторым показателям гемостаза в двух группах, указывают на наличие достоверных различий в группах больных в зависимости от уровня Lp (a).

В группе больных с Lp (a) >25 мкг/дл достоверное увеличение содержания фибриногена, в сравнение с группой Lp (a) <25 мкг/дл.

Достоверных различий между показателями ИАТ, СИАТ и ИДТ в группе Lp (a) <25 мкг/дл и группе Lp (a) >25 мкг/дл выявить не удалось. В группе с Lp (a) >25 мкг/дл выявлено достоверное увеличение содержания ФВ, в сравнение с группой с Lp (a) <25 мкг/дл, ($p<0,01$). Этот результат указывает на наличие большей степени повреждения эндотелия в соответствующей группе.

Таблица 1 - Уровни плазменного гомоцистеина и некоторые показатели гемостаза у больных МИМ

Показатели	Контроль, (n=33)	Lp (a) >25 мкг/дл, (n=17)	Lp (a) <25 мкг/дл, (n=41)
АДФ-зависимая агрегация тромбоцитов (10 ⁶)			
ИАТ, %	27,1±2,77	50,6±3,8*	47,6 ±4,3*
СИАТ, %	34,4±3,99	40,9±3,6*	41,5±6,1*
ИДТ, %	11,3±1,7	23,4±2,6	21,8±3,6
ФВ, %	76,2±1,3	127,6±1,3#	102,3±1,4
УИА, с	15±0 17	12,8±0,3	12,4±0,41
РИА, с	14,5±0,18	10,5±0,5	10,3±0,4
АПТВ, с	35,5±0,72	26,7±0,75	31,4±0,81
АТ III, %	95,7±3,7	58,4±4,2#	70,5±3,4
Фибринолиз, мин	4,5 ±0,5	9,1±0,37*	7,2±0,2
Фибриноген, г/л	2,89±0,27	4,8±0,44	3,5±0,15
РФМК, мкг/дл	3,2±0,10	12,2±0,51#	10,9±0,54
РПДФ, мкг/дл	1,41±0,21	13,1±0,53#	8,7±0,51
ГЦ, мкмоль/л	5,4±0,32	16,5±0,74*#	11,03±1,14*
Примечание: * - различия с показателями контрольной группы достоверны, $p<0,05$;			
#-различия между показателями групп Lp (a) >25 мкг/дл и Lp (a) <25 мкг/дл, достоверны, $p<0,05$.			

В группе больных с Lp (a) >25 мкг/дл имело место более выраженное снижение активности АТIII в сравнение с группой больных с Lp (a) <25 мкг/дл, ($p<0,05$), и с контролем ($p<0,01$).

Изучение показателей системы фибринолиза, с точки зрения оценки общей фибринолитической активности, позволили выявить наличие значительной депрессии фибринолиза в группе больных Lp (a) >25 мкг/дл на 26,4 % по сравнению с группой Lp (a) <25 мкг/дл.

Имело место достоверное увеличение РФМК, РПДФ в группе Lp (a) >25 мкг/дл по сравнению с группой больных с Lp (a) <25 мкг/дл, ($p<0,05$).

Мы провели корреляционный анализ между уровнем Lp (a) и показателями гемостаза, которые выявили достоверные различия, а также уровнем гомоцистеина.

В группе больных МИМ с Lp (a) >25 обнаружена прямая корреляционная зависимость с плазменной концентрацией Lp (a) и уровнем ГЦ, ($r_s=0,32$; $p<0,05$). Другая корреляционная зависимость в той же группе больных выявлена между Lp (a) и ФВ($r_s=0,29$; $p<0,05$), уровнем фибриногена ($r_s=0,27$; $p<0,05$). С другими показателями гемостаза связи выявить не удалось.

Таким образом, результаты сопоставления уровня Lp (a), показателей гемостаза, и гомоцистеина свидетельствуют о патогенетической взаимосвязи Lp (a), сосудисто-тромбоцитарных показателей гемостаза, системы фибринолиза и гомоцистеина.

Rath M. et al. рассматривают роль Lp (a) в развитии атеротромбоза в его накоплении в стенках артерий сердца. Koster GM et al, и Tabas I et al. объясняют это тем, что частицы молекулы Lp (a) -apo(a) связывается с элементами соединительной ткани (протеогликанами, гликозаминогликанами, и особенно фибронектином), этот процесс усиливается под действием липазы липопротеина [6, 7]. Кроме того, молекулы подвержены воздействию окислительных изменений, что также провоцирует дальнейшее развитие атеросклеротических изменений. В связи его структурной схожестью с плазми-

ногеном, Lp (a) может играть определенную роль в патогенезе атеротромбоза. В опытах *in vitro* было доказано, что связывание Lp (a) с иммобилизованным фибриногеном приводит к ингибированию связывания плазминогена и фибриногена [8].

Нахождение корреляционной зависимости плазменного уровня Lp (a) и уровнем плазменного фибриногена является важным результатом исследования. Результаты исследований Mikhailidis DP et al. и Meade TW et al. свидетельствуют о том, что плазменная концентрация фибриногена является предиктором тромботических осложнений как среди клинически здорового контингента, так и среди больных ИБС [9]. Наличие прямой корреляционной зависимости между уровнем плазменного гомоцистеина и Lp (a) является неслучайным. Одним из возможных объяснений данного феномена является роль наличия ассоциации гипергомоцистеинемии и развития инфаркта миокарда.

Литература:

- McLean J.W. cDNA sequence of human apolipoprotein(a) is homologous to plasminogen/ J. W. McLean, J. E. Tomlinson, W. J. Kuang //Nature.- 1987.- Vol.300.- P.132-137
- Nguyen T. T. Predictive value of electrophoretically detected lipoprotein(a) for coronary heart disease and cerebrovascular disease in a community-based cohort of 9936 men and women/ T. T. Nguyen, R. D. Ellefson, D. O. Hodge // Circulation.- 1997.- Vol. 96.- P.1390-1397
- Peng D. Q. Lipoprotein (a) and apolipoprotein E epsilon 4 as independent risk factors for ischemic stroke/ P. Q. Peng, S. P. Zhao, J. L. Wang //J. Cardiovasc. Risk.- 1999.- Vol. 6.- P.1-6
- Glader C.A. Chlamydia pneumoniae antibodies and high lipoprotein(a) levels do not predict ischemic cerebral infarctions: results from a nested case-control study in northern Sweden / C. A. Glader, B. Stegmayr, J. Boman //Stroke.-1999.- Vol. 20.- P. 2013 - 2018

5. Nguyen T. T. Predictive value of electrophoretically detected lipoprotein(a) for coronary heart disease and cerebrovascular disease in a community-based cohort of 9936 men and women/ T. T. Nguyen, R. D. Ellefson, D. O. Hodge // *Circulation*.- 1997.- Vol. 96.- P.1390–1397

6. Kostner G.M. Is atherogenicity of Lp(a) caused by its reactivity with proteoglycans?/ G. M. Kostner, M. Bihara Varga// *Eur. Heart J.*- 1990.- Vol.11 (suppl E).- P.184–189

7. Tabas I. Lipoprotein lipase and sphingomyelinase synergistically enhance the association of atherogenic lipoproteins with smooth muscle cell and extracellular matrix. A possible mechanism for low density lipoprotein and

lipoprotein (a) retention and macrophage foam cell formation/ I. Tabas, Y. Li, R. W. Brocia, S. W. Xu// *J. Biol. Chem.* - 1993.-Vol. 268.- P. 20419–20432

8. Averhaus W. Budd-Chiari syndrome in a patient with factor V Leiden: successful treatment by TIPSS placement followed by a liver transplantation/W. Averhaus, H. Ullerich, J. Menzel J. [et al.]/*Z. Gastroenterol.*- 1999.- Vol. 37.- P.277

9. Meade T. W. Epidemiological characteristics of platelet aggregability/ T. W. Meade, M. V. Vickers, S. G. Thompson // *BMJ.*- 1998.- Vol.290.- P. 428 – 432

Гипергомоцистеинемия – әйелдердің инфаркт миокарді ауруының бір қауіп факторы ретінде.

Г.Д. Әбілмәжинова

Семей қ. Мемлекеттік медициналық университеті

Көрсетілген зерттеулерде әйелдердің гипергомоцистеинемиясы инфаркт миокарді ауруының бір факторы екендігі анықталды. Автор плазмалық гомоцистеин мен А липопротеиннің, Виллебранд факторы мен фибриногеннің арасындағы корреляциялық қарым-қатынастарын анықтауда, патогенетикалық қарым-қатынастары белгілі мөлшерлерін куәләндырады.

The hyperhomocysteinemia as a risk factor for myocardial infarction in women.

G.D. Abilmazhinova

Medical State University of Semei

The research determined the role of hyperhomocysteinemia as a risk factor for myocardial infarction in women. The author found correlations between levels of plasma homocysteine and lipoprotein A, von Willebrand factor and fibrinogen, suggesting a pathogenetic relationship of these parameters.

УДК 616.718.72-001.5-089.84

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ЧРЕСКСТОСНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕННОМ И БЫТОВОМ ТРАВМАТИЗМЕ

¹К.Р. Акильжанов, ²А.З. Дюсупов

¹Городская клиническая больница №1, г. Павлодар

¹Павлодарский филиал ГМУ г. Семей, г. Павлодар

²Государственный медицинский университет г. Семей

Переломы пяточной кости (ПК) относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательного аппарата, которые влекут за собой длительные функциональные расстройства, а в тяжелых случаях и инвалидность. По данным различных авторов [1-5], переломы ПК составляют от 1,1 до 4,0 % всех переломов костей скелета и от 16,5 до 17,9 % костей стопы.

Актуальность проблемы обусловливается сохраняющимся, по литературным данным, высоким уровнем неудовлетворительных результатов лечения — от 25,0 до 80,5 % и инвалидизации — от 23,5 до 78,0 % всех пациентов [1-5]. Такие результаты обусловлены в основном развитием травматического плоскостопия, вальгусной деформации стопы, деформирующего артроза в подтаранном суставе и суставе Шопара; в меньшей степени — остеопорозом, трофическими нарушениями и фиброзными изменениями мягких тканей стопы.

Большинство травматологов и до настоящего времени при оказании помощи больным с переломами ПК используют консервативные способы лечения, которые чаще всего оказываются неэффективными. При переломах короткой пяточной кости, к которой прикрепляется мощное ахиллово сухожилие, имеются крайне невыгодные условия для репозиции и фиксации отломков. Даже незначительное несопоставление отломков ПК оказывает неблагоприятное воздействие на функцию конечности, так как эта кость является единственной точкой опоры продольного свода стопы и на нее тело

опирается всем своим весом, особенно при переднем толчке опорной фазы шага.

Новый этап в развитии и совершенствовании методов лечения переломов ПК связан с внедрением в клиническую практику закрытого чрескостного остеосинтеза, позволяющего точно репонировать и оптимально восстанавливать суставные поверхности, обеспечивать надежную и стабильную фиксацию перелома на весь период лечения, разгружать поврежденный сустав, а также начинать раннее функциональное лечение [2-4]. Метод чрескостного внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза сложных переломов ПК со смещением имеет наибольшие перспективы по сравнению с другими способами лечения. Он лишен всех недостатков консервативных и открытых оперативных методов [2]. Однако результат лечения этим способом напрямую зависит от степени управляемости отломками пяточной кости, что, в свою очередь, связано с местом проведения спиц и их количеством, а также компоновкой аппарата.

До настоящего времени не существует общепризнанной схемы аппарата Илизарова для наружного чрескостного остеосинтеза переломов пяточной кости. Для лечения компрессионных переломов ПК мы применяем конструкцию этого аппарата, состоящую из четырех дуг полуколец, соединенных тремя стержнями, спиц (предварительный патент РК (19) KZ (13) A (11) 19531 (51) A61F 5/04 (2006.01) A61B 17/62 (2006.01) [6], позво-

ляющую устранять смещение периферического отломка ПК кнаружи. Способ осуществляется путем проведения спиц с упорами во фронтальной плоскости через кости голени, таранную и пяточную кости с учетом типичного смещения отломков и их натяжением на дуговых опорах. Причем проведение спиц через периферический отломок пяточной кости и метафиз большеберцовой кости выполняют снаружи внутрь, а через таранную кость и нижнюю треть большеберцовой кости изнутри кнаружи.

Способ лечения осуществляли следующим образом.

Под общим обезболиванием (наркоз) или проводниковой перидуральной, или спинномозговой анестезией, или под местной анестезией 0,5% раствором новокаина производят репозицию отломков, ногу устанавливают на подставке. Проводят через дистальный отломок бугорковой части ПК 7 спицу 1 с упором 5 снаружи кнутри, то есть с учетом типичного смещения отломков в аксиальной проекции (чаще всего) или снутри кнаружи (редко). В аналогичном направлении проводят спицу 3 через большеберцовую кость 9 во фронтальной плоскости, а спицы 2,4 проводят снутри кнаружи через таранную 8 и большеберцовую кости 9, соответственно до упора их упорных площадок 5 до кортикальных слоев костей 8,9 (рисунки 1, 2).

Спицы 4,3,2 с натяжением монтируют к верхним трем полукольцам, тем самым создают базовую опору, соединенные стержнями 11 и гайками 12. Спицу 1 натя-

гивают по ходу ее оси до прижатия упорной площадки 5 к кортикальному слою дистального отломка 6 пяточной кости 7. Далее наружные концы спицы 1 скрепляют спицефиксаторами к полукольцу 10, сгибая дугообразно и вниз (располагая полукольцо именно в таком положении) в дистальном направлении, на свободные концы спицы 1 монтируют спиценатягиватели.

Приступают к репозиции отломков. Для устранения смещения отломков пяточной кости 7 кпереди в сагиттальной плоскости спиценатягивателями натягивают концы спицы 1, устраняя ее дугообразный изгиб до прямой линии.

Выпрямление спицы 1 в центральной ее части смещает периферический отломок 6 пяточной кости 7 назад и вниз в обратном направлении от его смещения кпереди и вверх во фронтальной и сагиттальной плоскости соответственно.

Смещение отломков по горизонтальной плоскости осуществляют путем натяжения и смещения спицы за острый конец по ее оси спиценатягивателем, расположенным с одной стороны, с одновременным расслаблением спиценатягивателя, расположенного на другой стороне спицы 1. При этом, упорная площадка 5 спицы 1, расположенная у кортикального слоя отломка 6 пяточной кости 7, смещает отломок 6 по ходу спицы 1 снаружи и кнутри. После визуального устранения смещения отломков 6 с восстановлением анатомии свода стопы, осуществляется контроль выполнением рентгенологических снимков в 2-х проекциях.

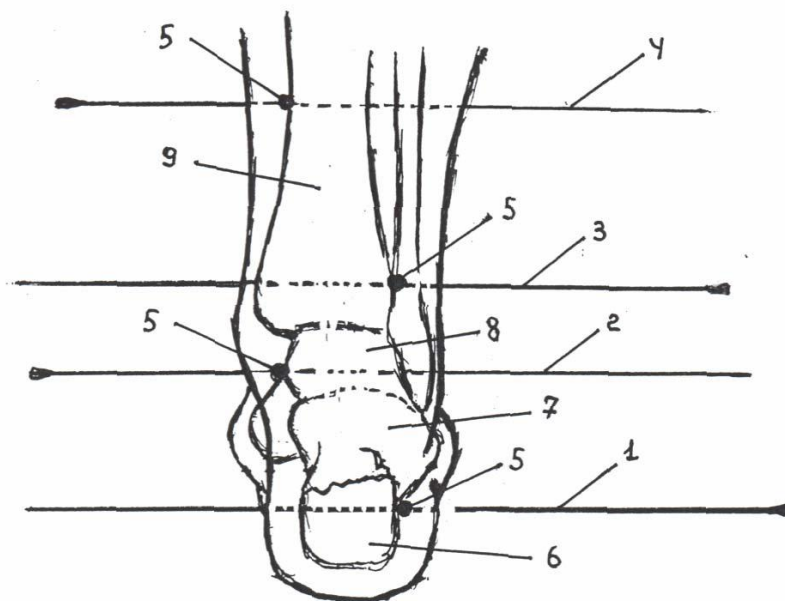


Рисунок 1 – Схема расположения и направления ввода спиц (объяснения в тексте).

При недостаточности объема выполненной репозиции ее завершают вышеописанными методами. Величина бугорно-суставного угла устанавливается по ПК здоровой стопы. При двухсторонних переломах величина угла Белера доводится до 40 градусов на каждой стопе. При достижении хорошей репозиции отломков 6 пяточной кости 7 спицу 1 с натяжением по прямой линии закрепляют спицефиксаторами 13 к полукольцу 10.

Раны вокруг спиц асептически перевязывают. После ее завершения к подошвенной дуге фиксируется опорная рамка, позволяющая пациенту наступать на больную ногу. Аппарат со стопы снимается через 2-3 месяца после окончания репозиции отломков; при явлениях консолидации перелома ПК разрешается нагрузка на ногу.

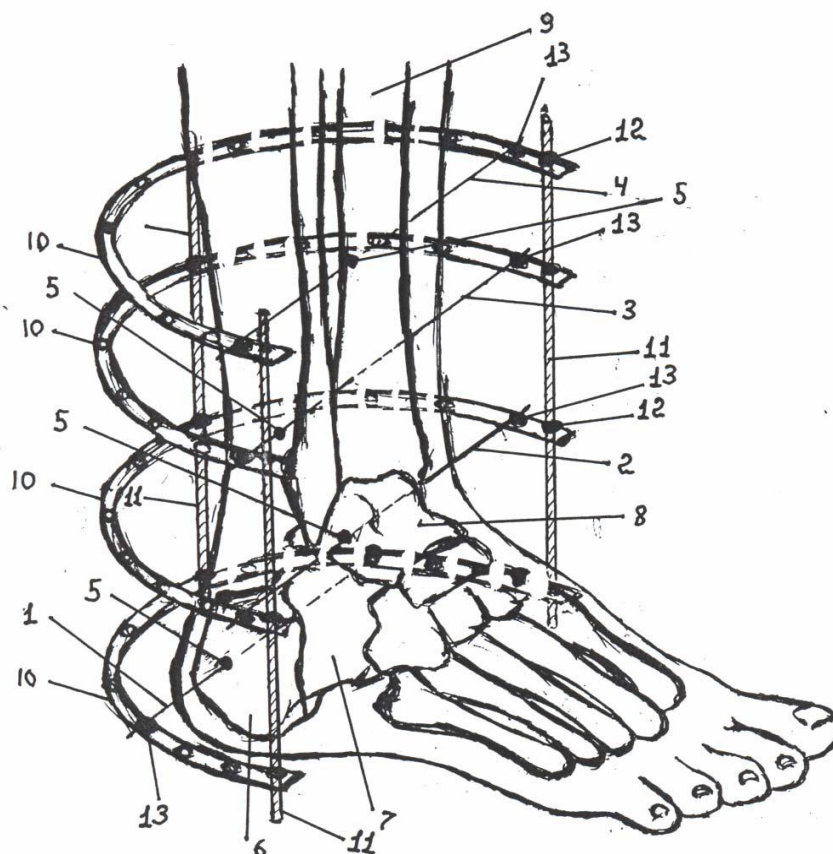


Рисунок 2 – Схема наложения аппарата Илизарова собственной конструкции (объяснения в тексте)

В травматологическом отделении городской клинической больницы № 1 города Павлодара с 2006 по 2009 год оперировано 27 больных с переломами ПК, из них 24 мужчины (89,4%) и 3 женщин (10,6%); у 25 (93%) пациентов отмечались внутрисуставные переломы, у 2 (7%) - внесуставные. Девять больных наблюдались с переломами ПК обеих стоп со смещением, потребовавшими оперативного вмешательства на обеих стопах; в 4 случаях переломы на одной из стоп были без смещения отломков.

Показаниями для оперативного лечения являлись внутри- и внесуставные переломы тела ПК и пяточного бугра с нарушением конгруэнтности суставных поверхностей и смещением отломков во фронтальной и сагиттальной плоскостях. Исключение составляли переломы пяточного бугра по типу «утиного клюва», при их лечении применялся открытый остеосинтез.

Возрастной состав пациентов колебался от 20 до 60 лет и старше: до 20 лет было 1 больной (4,1%), от 21 года до 30 лет - 5 (20,6%), от 31 года до 40 лет - 7 (24,1%), от 41 года до 50 лет - 10 (38,2%), от 51 года до 60 лет - 3 (11,8%) и более 60 лет - 1 пациент (1,2%). Из представленных данных видно, что переломы пяточной кости получают люди в наиболее трудоспособном возрасте - от 31 до 50 лет.

В представленной группе больных рабочих было 19 (73%), служащих - 3 (10%) и 5 человек (17%) нигде не работали. В основном отмечались производственные травмы - у 14 пациентов (54,7%); бытовые травмы получили 12 человек (44,7%); прочие - 1 (0,6%). В состоянии алкогольного опьянения в момент травмирования находились 3 пострадавших (11,8%).

Среди пациентов, получивших производственные травмы, было больше всего рабочих строительного

комплекса - 6 человек (41,9%), затем рабочие алюминиевого завода, нефтеперегонного, лесопромышленного и деревообрабатывающего комплекса - 5 человек (38,7%) и прочие - 3 человека (21,2%). Профессии пациентов - строители, плотники, монтажники, электрики, слесари, сварщики, стропальщики, водители. Переломы они получали при падении с лестниц, лесов, из окон зданий, межэтажных перекрытий, механизмов, подъемных кранов, кузова автомобиля и др.

Среди причин травмы доминировали следующие: падения с высоты - у 24 больных (90%), падение на лестнице - у 2 пациентов (7,1%), сдавление стопы - у 1 человека (2,9%).

Первая помощь больным с переломами пяточной кости оказывалась в основном в условиях городского травмпункта и травматологического кабинета 1-й городской поликлиники - 19 пациентам (71,2%), бригадами скорой помощи - 7 больным (27%); не оказывалась - 1 больному (1,8%).

Переломы ПК сочетались у 6 больных с переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника, у 3 - с переломами дистальных метаэпифизов костей голени, у 1 - с переломами лодыжек, у 1 - с переломом бедра и у 2 больных - с переломами костей предплечья.

Сроки с момента получения травмы до поступления в стационар колебались от 6 часов до 3 недель. В сроки до 6 часов госпитализированы 16 больных (59,3%), от 6 до 12 часов - 2 (7,4%), от 12 до 24 часов - 4 (14,8%), от 24 до 48 часов - 1 (3,7%), от 2 до 3 суток - 1 (3,7%), от 3 до 7 суток - 2 (7,4%) и от 1 до 3 недель - 1 пациент (3,7%). Большинство больных обращались за медицинской помощью и направлялись в стационар для оперативного лечения в первые сутки после травмы (79,4%).

Более позднее обращение пациентов, особенно в сроки от 3 до 7 суток (11,8%), чаще всего было результатом недооценки их состояния персоналом других лечебных учреждений.

Ближайшие результаты лечения у всех больных хорошие. В раннем послеоперационном периоде, в процессе distraction и в период нахождения пациентов в аппарате Илизарова воспалительных изменений на кожных покровах и в глубжележащих тканях не наблюдалось, больные хорошо адаптировались к аппарату, нагружали больную ногу, и он не вызывал у них неудобств в быту.

Таким образом, при применении предложенного способа чрескостного остеосинтеза уменьшается вес конструкции аппарата внешней фиксации, количество проводимых спиц и ран вокруг спиц, количество возможных параспицевых осложнений, риск повреждения сосудисто-нервных пучков, мышц и сухожилий. Сокращается время выполнения оперативного приема, сроки медицинской и социальной реабилитации, улучшаются условия ношения аппарата чрескостной фиксации на нижней конечности в процессе лечения.

Выводы.

Переломы пяточной кости относятся к тяжелым видам повреждений опорно-двигательного аппарата и требуют дифференцированного подхода при выборе методов лечения.

Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения при внутрисуставных переломах ПК является развитие посттравматического деформирующего артроза таранно-пяточного сустава, сопровождающегося грубым нарушением функции стопы и болевым синдромом.

Требуется максимально точно восстанавливать форму пяточной кости, бугорно-суставной угол и суставную поверхность ПК, что возможно выполнить только способом закрытого чрескостного остеосинтеза.

Наружный чрескостный остеосинтез лишен недостатков и осложнений, возможных при открытых способах оперативного лечения; он позволяет произвести точную репозицию, создать жесткую фиксацию отломков и условия для ранней нагрузки на стопу, что уменьшает сроки временной нетрудоспособности у пострадавших с переломами пяточной кости.

Литература:

1. Богданов Ф. Р. Современные методы лечения переломов костей стопы / Ф. Р. Богданов, В. А. Яралов-Яраланц // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1963. — № 5. — С. 3—10.
2. Крис У. Сравнительная оценка лечения переломов пяточной кости / У. Крис // Медицинский реферативный журнал. — 1986. — Раздел IV. — № 12. — С. 79.
3. Кузьмин В. И. Лечение переломов пяточных костей шарнирно-дистракционным аппаратом / В. И. Кузьмин // Актуальные проблемы современной тяжелой травмы. — СПб., 2001. — С. 67—68.
4. Фишкин И. В. О лечении переломов пяточной кости / И. В. Фишкин // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1986. — № 3. — С. 61—62.
5. Черкес-Заде Д. И. Хирургия стопы / Д. И. Черкес-Заде, Ю. Ф. Каменев. — М., 1995. — С. 5—9; 54—68.
6. Дюсупов А.З., Тузельбаев К.К., Акильжанов К.Р., Назимов Р.И. Способ чрескостного остеосинтеза компрессионных переломов пяточной кости. Предварительный патент Республики Казахстан (19) KZ (13) A (11) 19531 (51) A61F 5/04 (2006.01) A61B 17/62 (2006.01)

Өндірістік және тұрмыстық травматизм кезіндегі өкше сүйегінің сынуын жабық остеосинтез әдісімен емдеу
1,2 К.Р. Ақылжанов, 3 А.З. Дюсупов

¹№1 қалалық клиникалық емханасы, Павлодар қ.

²Семей мемлекеттік медициналық университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

³Семей мемлекеттік медициналық университеті, Семей қ.

2006-2009 ж. аралығында Илизаров аппаратының авторлармен құрастырылған конструкциясы қолданылып, өкше сүйегінің компрессті сынуларының жабық остеосинтезінің 27 операциясы өткізілді. Емдеудің жақсы нәтижелері алынды. Асқынулар байқалған жоқ.

Түйін сөздер: өкше сүйегі, компрессті сыну, остеосинтез.

Treatment of calcaneus fracture by method of perosseous osteosynthesis occupational and household traumatism

^{1,2}K.R. Akilzhanov, ³A.Z. Dusupov

¹Clinical City Hospital №1, Pavlodar

²Pavlodar branch of the SMU Semey, Pavlodar

³State Medical University Semey, Semey

27 operations of closed perosseous osteosynthesis of calcaneus compression fractures using construction of Ilizarov's apparatus of own composition were performed from 2006 to 2009. The good results have been got. There were no complications of the treatment.

Key words: calcaneus bone, fracture, osteosynthesis.

УДК 378.1:61

ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНДА МАМАНДАРДЫ ДАЙЫНДАУДАҒЫ ҚҰЗЫРЕТТІЛІК ТҰРҒЫНЫҢ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ МЕН БОЛАШАҒЫ**Ж.Қ. Смаилова, Т.Қ. Рахыпбеков, Л.Қ. Қаражанова**

Жоғары білім дегеніміз – жеке тұлғаның белсенді әлеуметтік бағдарын, өзі таңдаған қоғамдық өмірде алдын-ала белгіленбеген және ғылыми негізде атқаратын табысты зияткерлік іс-әрекетін, сонымен қатар таңдаған іс-әрекет аумағында шығармашылық даму потенциалын және осы бағыт бойынша жаңа нысандарды өздігінен игеруін қамтамасыз ететін білім беру процесі. [1]. Қазіргі кезеңде көптеген елдерде жоғары білім саласы әлемдік даму тенденцияларына, сонымен қатар жоғары мектептің даму тенденциялары мен болашағына байланысты көптеген өзгерістерге ұшырап отыр.

2005-2010 жылға арналған Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың Мемлекеттік бағдарламасы бойынша жоғары білім беру жүйесіндегі айтарлық өзгерістерді туындатқан әлемдік дамудың негізгі тенденциялары төмендегідей:

- қоғам дамуы екінің жеделдеуі және осының салдарынан қоғамның жылдам өзгеріп отырған жағдайында түлектерді кәсіптік іс-әрекетке дайындау қажеттілігінің туындауы;
- қоғамның жаһандануы және жаһандық мәселелердің пайда болуы, олардың халықаралық қоғамдастық ынтымақтастық шеңберінде шешілуі, бұл жас ұрпақтың жаңаша ойлауын қалыптастыруды қажет етеді;
- қызметкерлердің кәсіптік дайындығын, кәсіптік мобильдігін арттырудағы тұрақты қажеттілікті анықтайтын экономиканың екінің дамуы, бәсекелестіктің өсуі, жұмыспен қамтамасыз ету саласындағы құрылымдық;
- қоғамның жоғары ақпараттандырылуы, мәдениеттер арасындағы өзара қарым-қатынастар аумағының кеңеюі [2 Государственная программа развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 года от 11 октября 2004 № 1459]
- Жаһандану тәңірегіндегі жоғары білім берудің артып келе жатқан ролін соңғы жылдардағы жоғары білімнің даму барысындағы бірнеше әлемдік

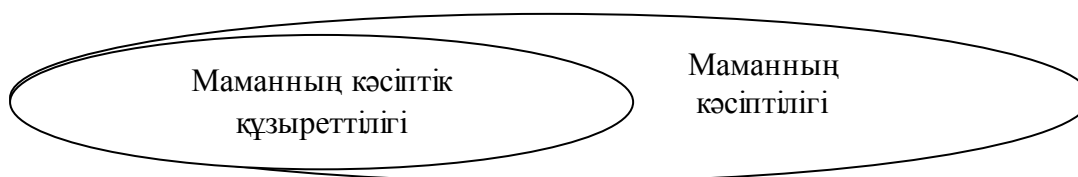
тенденцияларды анықтаған ЮНЕСКО зерттеулері де дәлелдейді [3].

Болашақ мамандарды дайындаудың аталған тенденцияларға сәйкес болуы «21 ғасырдағы жоғары білім: тұрғысы және нақты шаралары» атты Бүкіләлемдік конференциясында бекітілген ЮНЕСКО Қорытынды баяндамасында анықталған басты міндеттерді шешудің негізгі шарты болып табылады, атап айтқанда: «қоғамның қазіргі кезеңдегі және болашақтағы қажеттіліктеріне тұрақты бейімделген курстар мен оқу бағдарламаларын пайдалану негізінде жоғары деңгейдегі білім мен дағдылары бірлескен кәсіптік дайындығы бар сәйкес біліктілікке ие болу мүмкіндігін қамтамасыз ете отыра, қоғамның барлық саласындағы қажеттіліктерді қанағаттандыруға қабілетті жауапты азаматтарды және жоғары білікті түлектерді дайындауды қамтамасыз ету» [4]

Осы нақты көрініс беріп отырған тенденциялар, атап айтқанда, жоғары кәсіптік медициналық білім беру саласында сапалық өзгерістерді енгізуді қажет етеді. Жоғары білімнің әлемдік даму тенденциялары жоғары медициналық білім беру ұйымдарында білім алушылардың дайындығының кәсіптілікке ауысуы ретінде көрініс береді және осы негізде түлектердің кәсіптік дайындығының сапасына деген талаптардың артуымен анықталады.

Жалпы, «кәсіптілік» деген ұғымның өзі қазіргі кезде психологиялық-педагогикалық зерттеулерде нақты анықталамағанын атап өткен жөн. Мысалы, А.К. Маркова кәсіптілікті былайша түсіндіреді: «кәсіптілік дегеніміз - адамның жеке тұлғасына қатысты мамандықтың нормативті талаптары. Бұл жерде кәсіптілік ұғымы – жеке адамның табысты еңбек етуіне қажетті сипаттамаларының жиынтығы ретінде көрінеді». Мұндай ұғымды шартты түрде «нормативті кәсіптілік» деп атайды [5].

«Кәсіптілік» және «кәсіптілік құзыреттілік» ұғымдарының ара қатынасын көрнекі түрде төмендегідей көрсетуге болады:



Сур.1. «Кәсіптілік» және «кәсіптілік құзыреттілік» ұғымдарының ара қатынасы.

Бұл ұғымдар іс-әрекетті жетілдіру, оны белгілі бір деңгейде жоғары сапалы орындау тұрғысынан алар болсақ бір бағытты болып табылады. Адамның кәсіптілігі оның құзыреттілігімен қатар кәсіптік бағыт-бағдарымен және жеке тұлғаға тән кәсіптік маңызды қасиеттерінің болуымен қамтамасыз етіледі. Адам өзінің іс-әрекетін игеру және ұзақ мерзімде орындау барысында ғана кәсіптік жоғары деңгейге жетеді.

Сонымен, кәсіптік құзыреттілік дегеніміз не? Құзыреттілік – бұл жеке адамға қатысты ұғым, ол белгілі бір жұмысты құзыретті орындау барысындағы оның іс-әрекетінің аспектісі.

• Құзырет – ол адамның құзыретті кәсіптік саласы туралы айтылатын жұмысқа қатысты ұғым.

Европа Кеңесі жас европалықтарға қатысты бес негізгі құзыреттерді белгіледі [Hutmacher W. Key competencies for Europe/Report of the Symposium. Berne, Switzerland 27-30 March, 1996]:

- демократия институттарын дамыту үшін әлеуметтік және саяси құзыреттер;
- іртүрлі мәдениеті бар ортада өмір сүруге қажетті құзыреттер;
- жазбаша және ауызша коммуникация шеберлігі;
- ақпараттық құзыреттер;

• өмір бойы білім алуға қабілеттілік.
Жалпы алғанда бұл құзыреттерді әлеуметтік немесе социомәдениеттік құзыреттер деп айтуға болады.

2006 жылғы ҚР МЖМБС сәйкес 051301-«Жалпы медицина» мамандығы бойынша бітірушінің кәсіби қызметіне қатысты құзыреттерін келесі сызба түрінде сипаттауды ұсынамыз:



Сур 2 . 2006 жылғы ҚР МЖМБС сәйкес медицина бакалаврының құзырттілігінің сызбасы

Құзыреттерге бағытталған білім (competence-based education – CBE), 70-ші жылдарда Америкада 1965 жылы Н.Хомский (Массачусет университеті) ұсынған тіл теориясына қатысты «құзырет» ұғымына байланысты қалыптаса бастады. Н.Хомский атап көрсеткендей «...біз құзырет (сөйлеушінің-тыңдарманның өз тілін білуі) және пайдалану (тілді нақты жағдайларда қолдана білу) арасында басты айырмашылықтарды анықтаймыз. Тек идеалды жағдайда пайдалану ұғымы құзырет ұғымының тікелей көрсетілімі болып табылады.» [6].

Дж.Равеннің 1984 жылы Лонданда жарық көрген «Қазіргі қоғамдағы құзыреттілік» атты жұмысында құзыреттілік ұғымына кең талдау жасалған. Бұл «көптеген компоненттерден тұратын құбылыс, ол компоненттердің көпшілігі бір-біріне қатысты тәуелсіз болады, кейбір компоненттер когнитивті салаға, ал кейбірі – эмоциялық салаға қатысты, бұл компоненттер тиімді іс-әрекеттің құрамды бөліктері ретінде бір-бірін ауыстыра алады» [7]. Басқаша айтар болсақ, Дж. Равен бойынша құзыреттілік дегеніміз – нақты сала бойынша нақты әрекеттерді тиімді орындауға қажетті өзгеше қабілет және оған қоса арнайы білімінің, арнайы дағдыларының болуы, сонымен қатар өз әрекеті үшін жауапкершілікті түсінуі.

Құзыреттіліктің әртүрлі факторларын сипаттау құзыреттіліктің құрылымы, құзыреттілік картасы, құзыреттілік профилі немесе құзыреттіліктің топтары және тізбесі деп аталады. Құзыреттіліктің құрылымы ұйымның жұмысының басты кезеңдерін қамтитын құзыреттілік факторларына деген талаптармен анықталады және «құзыреттіліктің жалпы факторларынан» тұрады. Құзыреттілік картасының стратегиялық қабілеттілік, ресурстарды және сапаны басқару тәрізді құзыреттіліктерден ерекшелігі, ол

мамандыққа қатысты құзыретті іс-әрекеттің әртүрлі аспектілер мен категорияларын сипаттайды. Құзыреттіліктің профилі белгілі-бір міндеттерді тиімді атқаруға қажетті құзыреттіліктің аспектілерін сипаттайды. [8].

Құзыреттіліктің құрылымы, картасы және профилі білім берудегі қажеттіліктерді көрсетеді – олар құзыреттіліктің дамытылуы қажет өзгешелік аспектілерін анықтап, өздігінен білім алуды қолдай отыра сәйкес білім берудің тұрғысын анықтайды.

Қазіргі кездегі қоғамдағы жаһандану процестері соңғы уақытта жоғары медициналық білім беру саласында да айқын көрініс бере бастады.

1988 жылы Эдинбургте (Шотландияда) медициналық білім берудің Бүкіләлемдік федерациясы өткізген медициналық білім бойынша Бүкіләлемдік конференция қорытындысы Декларация (Эдинбург декларациясы) қабылданған болатын. Бұл декларацияда алғашқы рет медициналық білім берудің тарихында білімнің дәстүрлі үлгісі қоғамның, экономиканың және адам қажеттіліктері дамуының заманға сай талаптарын ескермейтіндігі атап көрсетілді. 1993 жылы медициналық білім бойынша өткен Бүкіләлемдік саммитте әлемде болып жатқан глобалды өзгерістермен байланысты медициналық білімге қатысты мәселелер анықталды. Атап айтқанда, көптеген елдердегі тұрғындар санының өсуі, ұлтық экономикалық және саяси құрылымдардағы өзгерістер, ресурстардың азаюы, түрлісоғыстар, пандемиялар, денсаулық сақтау саласындағы өзгерістер және медициналық көмекке қол жеткізу тәрізді глобалды өзгерістер атап көрсетілді [9].

Медицинаның теориясы мен практикасына қатысты құзыреттілік ұғымы келесі компоненттерден тұрады: негізгі клиникалық, әлеуметтік ғылымдарды, атап

айтқанда медициналық іс-тәжірибеге қажетті деңгейде қоғамдық денсаулық сақтау, популяциялық медицина және медициналық этика сұрақтарын білу және түсіну; қарым-қатынас және клиникалық дағдылар (диагноз қою, тәжірибелік дағдылар, коммуникативті дағдылар, ауруды емдеу және алдын-алу, денсаулықты нығайту, клиникалық ойлау қабілеті, мәселелерді шешуге қабілеттілік); сонымен қатар өмір бойы кәсіптік біліктілігін көтеруге және білім алуға деген қабілеттілік. [10].

Бүгінгі таңда медициналық білім беру жүйесінің соңғы «өнімнің» қандай болуы керектігі, қоғамда туындаған қажеттіліктерге байланысты медициналық жоғары оқу орнында білім алушылар қандай құзыреттерге, білімге, шеберліктерге, ұстанымдарға ие болуы керектігі туралы нақты ақпараттары болуы қажет. Сонымен қатар оқытудың мазмұны, оқу процесін ынталандыру, оқу орнының жұмысын ұйымдастыру және оқытудың нәтижелерін бақылау тәрізді сұрақтар да маңызды орын алады. Білім, шеберлік, қарым-қатынас сияқты 3 басты бөліктен тұратын құзыреттерді қалыптастыру білім берудің құрылымын анықтайды. [11].

Халықаралық денсаулық сақтау саласының мамандарының айтуынша, медицина қызметкерлерін оқыту тек кәсіптік ақпаратты есте сақта, оны қайталап айтумен ғана шектелмей, білім алушылардың нақты кәсіптік құзыреттерін қалыптастыру мақсатына бағытталуы қажет. Бұған медицина қызметкерлерінің мамандықты игеруге деген қызығушылығы болып, кәсіби маманның қазіргі заманғы жаңа үлгісіне сай кәсіптік шеберлігін қалыптастыра білуге оқытушының қабілеті болған жағдайда ғана жетуге болады. Мұндай дәрігерлік құзыреттілікті қалыптастыру үшін білім беру процесінің толық кезеңінде дәрігерлерді дайындауға жоғары талаптар қою қажет.

Елімізде жүргізіліп жатқан медициналық және фармацевтикалық білім беруді реформалау жоғары оқу орны деңгейінде дәрігерлерді дайындау жүйесін жаңа деңгейге көтерудің қажетті шарты болып табылады. Дәрігер тұлғасы, оның жеке басының қасиеттері және кәсіптік құзыреттілігі медициналық университеттің білім беру шеңберінде қалыптасады, сондықтан болашақ дәрігерлердің кәсіби шеберлігін қалыптастыру мәселелері ерекше маңызға ие болып отыр.

Қазіргі кезеңдегі жоғары медициналық білім беру саласындағы өзгерістер қоғамның және мемлекеттің жоғары медициналық мектепке қоятын талаптарын үнемі қанағаттандырмайтындығымен, түлектердің білім сапасының төмендеуімен, қазіргі заманғы білім беру технологияларын пайдаланудағы консерватизмдікпен, молекулярлы биология, молекулярлы генетика саласына физикалық және химиялық биология мен иммунологияның жетістіктерін интегративті түрде енгізудегі енжарлық және т.б. байланысты деп атап көрсеткен жөн. Көптеген жағдайда жоғары медициналық білім беру жаңа білімді жинақтау, стандартты кәсіби мәселелерді шешу, белгілі жағдайларда әрекет ету үлгісімен сипатталады. Осыған байланысты жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған жаңа заман талаптарына сай және Болонь процесін жүзеге асыру барысында отандық медицинаның жетістіктерін объективті сараптауға қабілетті жаңа деңгейдегі мамандарды дайындаудың мазмұны, құрылымы және технологиялары туралы жоғары медициналық білім беру жүйесінің алдында тұрған мәселе аса өзекті болып табылады.

Қазіргі жағдайда Қазақстандағы медициналық білім беру жүйесі түлектердің білімін, дағдыларын және жеке тұлғалық қасиеттерін қалыптастыруға бағытталған денсаулық сақтау саласын дамытудың басты факторы болып табылады.

Денсаулық сақтау мамандарын дайындау озық дамуда болуы қажет. Денсаулық сақтаудың кадрлық ресурстарын дайындаудың басты постулаттарының бірі – «өмір бойы білім алу» болып табылады, бұл медицина қызметкерлерінің өз білімін үнемі жетілдіріп, жаңартып отыру қажеттілігін тудырады.

Медицина дегеніміз – адам білімдерінің ең үлкен аумағын құрайды. Адам ағзасы, аурулар, емдеу әдістері туралы барлық білімді дипломға дейінгі деңгейде алу мүмкін емес. Медицинаның серпінді дамуы тиімді және уақтылы білім беру бағдарламаларын жасау мақсатын күрделендіреді.

Денсаулық сақтау және профилактикалық медицинаның мәселелерін шешуге бағытталған, болашақ дәрігерлерді кәсіптік дайындаудың мәнінің артуы жоғары медициналық білім беру жүйесінде адам туралы тек медициналық және жаратылыс тану білімінің дамуы ғана емес, сонымен қатар білім алушылардың мәдени – әлеуметтік тұрғыдағы мәселелерді шешуге қатысты білімінің қатысты білімнің ұйымдастырылуын талап етеді. Сондықтан, болашақ дәрігер тұлғасының, оның азаматтық жауапкершілігінің, құқықтық мәдениетінің, қоғамда табысты әлеуметтендірілуінің, кәсіптік жетілуінің қалыптасуына бағытталған білім беру процесінің мазмұны және ұйымдастырылуы жоғары медициналық білім берудің өзекті мәселелерінің бірі болып табылады. Бұл концепция жоғары медициналық оқу орындарындағы білім беру процесінің мақсатымен, мазмұнымен және құрылымды – функционалды байланыстармен сипатталатын кәсіптік медициналық білім беру үлгісін қалыптастыруға мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтау саласы мамандарының да кәсіптік құзыреттілігіне қойылатын талаптардың артуы жағдайында білім беру процесіне басқару ұйымдарынан бастап білім алушыларға дейін қатысушылардың жауапкершілігі артып келеді. Жоғары медициналық білім берудегі құзыреттілік тұрғының қажеттілігі қазіргі замандағы қоғамды сипаттайтын әлеуметтік-экономикалық, саяси, рухани-адамгершілік өзгерістермен анықталады. Бұл өзгерістер білім берудің осы саласының соңғы нәтижесінің жаңа сапасы – жоғары медициналық білім беру ұйымдарындағы білім алушылардың кәсіптік құзыреттілігіне қол жеткізу талабын қойып отыр. Осы жағдайда құзыретті медицина мамандарын дайындау мәселесі өзекті мәселелердің бірі болып табылады, өйткені халық денсаулығын қорғау еліміздің еңбек потенциалын сақтаудағы басты бағыттардың бірі болып табылады.

Медициналық білім беруді реформалау аясында білім беру процесін ұйымдастырудың қажетті шарттары мыналар болып табылады: оқытудың зерттеу әдістерінің басымдылығы, шектес ғылымдардан әдістерді, идеяларды кеңінен қолдану, клиникалық ой-танымға және кәсіптік ерекше мәселелерді шешуге бағытталған кәсіптік құзыреттердің қалыптасуы, білім беру, шығармашылық және кәсіби қызметтің субъектісі ретінде білім алушының өздігінен дамуы, оның интеллектуалды жетістіктерге мотивациясы, аналитикалық-диагностикалық шеберлігінің дамуы,

кәсіптік әрекеттерін болжауы. Сондықтан болашақ дәрігердің кәсіптік дүниетанымын қалыптастырудың басты мақсаты - оған белсенді кәсіптік қызметке кірісе алуға, әртүрлі кәсіби жағдайларда әрекет етуге және өзін жоғары рухани және өмірлік ұстанымы бар тұлға ретінде көрсете білуіне мүмкіндік беретін жаңа білім сапасын қамтамасыз ету болып табылады.

Болашақ дәрігерді дайындаудың осы тұрғысы кез-келген адамды - өзінің құқығы мен бостандығы бар жеке әлеуметтік байлық деп қарастырып, білім алушыны оқыту процесінің мақсаты, нысаны, субъектісі, нәтижесі және тиімділік көрсеткіші ретінде қабылдап, білім беру процесін жеке тұлғаның дамуына қарай бағыттауға мүмкіндік береді. Жоғары медициналық білім беруді реформалау білім беру процесінің барлық субъектілерінің жеке тұлғалық функцияларының толық дамуы үшін жағдай жасауға бағытталған.

Бүгінгі таңда жоғары медициналық білім берудегі дәстүрлі ақпаратты-жинақтаушы үлгіден құзыреттілік-бағытты үлгіге ауысу өзекті мәселеге айналып отыр. Бұл құзыреттілік-бағытты үлгі ауруды емес, науқасты емдеу керек деген гуманистік принципті жүзеге асыруға мүмкіндік беретін болашақ дәрігердің стереотипті емес кәсіби мәселелерді шешуге, клиникалық ой - танымға қабілеттілігін қалыптастырады [12]

Медициналық университеттердегі білім жүйесінің қалыптасуында кәсіптік құзыреттілік ұғымының мәні артып келеді. Кәсіптік құзыреттілік нақты жағдайларда белгілі -бір әрекет ету үшін дайындықтың болуымен сипатталады, басқаша айтар болсақ, маманның құзыреттілігі кәсіби жағдайларды әрекет ету үшін қажетті білімі, шеберліктері және ұстанымы болуымен анықталады. [13]

Болашақ дәрігердің кәсіптік құзыреттілігі науқастарға және әріптестеріне деген қарым - қатынасқа біріккен, жеке тұлға ретінде және кәсіби тұрғыдан үнемі дамуға бағытталған кәсіптік маңызы зор қасиеттердің, шеберліктердің және дағдылардың жүйесі ретінде қалыптасады. Кәсіптік құзыреттілік тек алған білімді пайдалануға қабілеттік ретінде ғана емес, сонымен қатар жаңа құбылыстарды, ақпараттарды қабылдауға, негізгі мамандыққа-бағытты құзыреттерді анықтауға, сол арқылы көпсалалы мәні бар білімнің,

шеберліктердің, дағдылардың жүйесі ретінде сипатталады.

Негізгі құзыреттердің жинағы жоғары медициналық білім беру процесінің өзгешелігін және болашақ дәрігердің даму көрсеткіштерін анықтап берді, бұл дәрігерге даам ауруларының дамуына ғылыми тұрғыдан баға беруге, емдеудің тиімді тәсілдерін таңдауға, сол арқылы медициналық құзыреттіліктің деңгейін анықтауға мүмкіндік берді.

Әдебиет:

1. Фокин Ю.Г. Преподавание и воспитание в высшей школе. – М., 2002.-С.55.].
2. Государственная программ развития образования в Республике Казахстан на 2005-2010 года от 11 октября 2004 № 1459
3. Кашук Л.И. Система обеспечения качества вузовского образования: оценка и механизмы управления (на материалах Республики Казахстан
4. Высшее образование в 21 веке: подходы и практические меры.-ЮНЕСКО, Париж, 5-9 октября.1998.Заключительный доклад.-135 с.
5. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М.: Знание, 1996. – 308 с., с.31
6. Хомский Н. Аспекты теории синтаксиса. – М., 1972 (англ. 1965)., 22, с. 9
7. Равен Джон. Компетентность в современном обществе. Выявление, развитие и реализация. – М., 2002. (англ. 1984).стр 253
8. Каирбекова С.З. Методологические основы и организационно - управленческие технологии реформирования дополнительного профессионального медицинского образования в Республике Казахстан: Автореф. дисс. д.м.н. – Астана, 2007. – 33 с.
9. Медицинское образование в мире и в Украине. – Х.: ИПП «Контракт», 2005. - 464 с
10. Международные стандарты ВФМО улучшения качества, Университет Копенгагена, Дания, 2003г.
11. Вартанян, В.А. Алексеев, «Международное сотрудничество и развитие медицинского образования», - М, 2000.-С. 19-27. ссыла 49
12. Бондаревская Е.В. Теория и практика личностно-ориентированного образования. – Ростов н/Д., 2000.– 352 с.
13. Каражанова Л.К. Пути и формы совершенствования подготовки специалистов в интернатуре // Высшая школа Казахстана, №1, 2008, С.80

Тенденции и перспективы компетентного подхода в подготовке специалистов в высшем медицинском учреждении образования Ж.К. Смаилова, Т.К. Рахыпбеков, Л.К. Каражанова

В данной работе авторами рассматриваются тенденции развития компетентного подхода в высшем профессиональном образовании. 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 значение такого понятия как профессиональная компетентность

Tendencies and prospects competence the approach in preparation of experts in the higher medical institution of formation Zh.K. Smailova, T.K. Rahypbekov, L.K. Karazhanova

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 378.147:61

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧЕЙ - ИНТЕРНОВ**Ж.К. Смаилова, Л.К. Каражанова, Е.С. Кулуспаев**
Государственный медицинский университет г.Семей

Одной из главных целей Концепции реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан является «внедрение новой системы подготовки медицинских и фармацевтических кадров на основе международных стандартов с учетом приоритетов и особенностей здравоохранения республики, обеспечивающей конкурентоспособность специалистов». Реализация этих целей предусматривает изменение системы оценки качества, уровня профессиональной компетенции и допуска к профессиональной деятельности [1].

Социальным заказом курсу анестезиологии и реаниматологии местных органов управления здравоохранением является подготовка врачей-анестезиологов центральных районных больниц. Послевузовское обучение на нашей кафедре осуществляется в виде одногодичной интернатуры по анестезиологии и реаниматологии.

Врачи-интерны в процессе обучения должны овладеть знаниями и (клиническими) практическими навыками по всем важнейшим разделам специальности, так как после окончания они должны работать не только в центральных больницах края, но и в отдаленных его регионах, где не всегда есть возможность получить помощь и совет более опытных врачей.

Потребность региона в специалистах анестезиологов-реаниматологах столь велика, что в последнее время численность желающих обучаться составляет 15-20 человек. В процессе обучения наряду с сотрудниками курса принимают активное участие наиболее опытные врачи базовых реанимационно-анестезиологических отделений.

За каждым врачом-интерном закрепляется преподаватель, под чьим руководством они осваивают навыки практической работы. В связи с этим их учебная программа разделена на 5 блоков: анестезия и интенсивная терапия в плановой и экстренной хирургии, акушерстве, педиатрии, токсикология. В обязательную программу обучения включены также методы экстракорпоральной гемокоррекции, внепочечного очищения крови и ГБО. Наряду с планом обучения у врача-интерна обязательно имеется дневник, в котором регистрируются освоенные навыки работы. Этот дневник в процессе обучения служит документом для проведения учебной работы интерна. После окончания обучения на первых порах профессиональной деятельности он может служить своеобразным личным справочником для молодого врача.

Еженедельно преподавателем курса проводятся семинары по узловым аспектам дисциплины с разбором клинических ситуаций, с которыми обучающиеся столкнулись в своей работе. Ежегодно врачам-интернам читается цикл лекций (25-30) по наиболее актуальным темам. Обязательным для врачей-интернов анестезиологов является участие в работе Областного научного общества анестезиологов-реаниматологов и научно-практических конференций.

Важную роль в подготовке клинических ординаторов мы отводим освоению практических навыков реанимации и интенсивной терапии на манекенах. Клиническое обучение в условиях учебно-клинических центров, основанное на моделировании среды для обучения с ис-

пользованием специального учебного оборудования (манекены, модели органов, модели для процедур и т.д.), позволяют лучше интегрировать теоретические знания и клинические навыки, отработать и улучшить коммуникативные навыки, умение работать в команде. Одним из основных преимуществ клинического обучения в условиях симуляционных центров является самостоятельное освоение процедурных навыков и обеспечение безопасной среды для обучения с учетом безопасности пациента [2]. Курс располагает манекенами компании «Ambu International», позволяющими отрабатывать практически все существующие мануальные методики интенсивной терапии и реанимации. В их числе мероприятия, направленные на поддержание проходимости дыхательных путей и устранение острой дыхательной недостаточности: оро- и назотрахеальная интубация; интубация через рот или нос с использованием фиброоптической техники; постановка оро- или назофарингеального воздуховода; интубация по пальцу; постановка пищеводно-трахеальной комбинированной трубки «Combitube» или ларингеальной маски; ретроградная интубация, крикотиреотомия, интубация правого главного бронха, вентиляция мешком Амбу, техника аспирации желудочного содержимого из рото- и носоглотки, аускультация легких и желудка для определения положения интубационной трубки, имитация трудной интубации трахеи за счет раздувания языка, торакоцентез для устранения пневмоторакса.

Манекены имеют важные дополнительные функции, которые распространяются на пациентов детского возраста. Манекен «Hall Newborn» имитирует младенца 3 месяцев массой 5 кг и позволяет обеспечить внутрикостный доступ для проведения лекарственной терапии. Манекен «Универсальная модель для проведения процедур на верхних дыхательных путях» имитирует различные травмы и позволяет освоить навыки интубации трахеи при травматических повреждениях головы, обработки ран, высвобождения и транспортировки пострадавших.

Значительную часть свободного от клинической работы времени врачи интерны анестезиологи-реаниматологи посвящают освоению практических навыков на манекенах.

Итоговый экзамен по окончании клинической ординатуры состоит из двух этапов:

- компьютерный тестовый контроль и решение ситуационных задач по всем разделам специальности. Положительная оценка выставляется при 65% правильных ответов;

- диагностика неотложных состояний и оказание реанимационных мероприятий на манекенах.

Ежегодно на курсе у врачей-интернов в начале каждого цикла компьютерным тестированием определяется исходный уровень знаний по всем разделам специальности и смежных дисциплин. Аналогичное тестирование проводится после прохождения раздела по специальности. Сравнение исходной и окончательной оценок знаний позволяет сделать вывод об эффективности организации учебного процесса на курсе. Если число правильно решенных тестов увеличивается на 20%, подобный результат мы оцениваем как удовлетворительный, это достигается у 95,8% интернов. У интернов,

которые не сумели справиться с заданием, мы выявляем наиболее слабо усвоенные разделы специальности, и они получают индивидуальные задания для самостоятельной работы. В процессе цикла проводятся 4 операционных дня, на которых интерны - анестезиологи непосредственно в операционной или в реанимационном отделении знакомятся с новыми технологиями, внедренными в практику работы базовых стационаров. Отдельное практическое занятие посвящено ознакомлению с современными методами экстракорпоральной гемокоррекции и внепочечного очищения крови, которые проводятся в специализированных подразделениях. Еженедельно практические занятия отводятся на работе на манекенах, когда интерны диагностируют заданные компьютером неотложные клинические ситуации и осваивают необходимые реанимационные мероприятия.

В процессе цикла усовершенствования каждый интерн анестезиолог выполняет реферативную работу по наиболее актуальным вопросам специальности. После окончания обучения проводится собрание интернов, где они в форме свободной дискуссии высказывают замечания и предложения по совершенствованию учебного процесса, которые учитываются сотрудниками курса при подготовке врачей интернов анестезиологов следующего года.

Таким образом, курс анестезиологии и реаниматологии ГМУ г. Семей имеет уникальный опыт широкого применения и внедрения в систему послевузовского профессионального образования инновационных технологий и решений, в том числе элементов виртуального подхода к обучению практическим навыкам. Манекены обладают широким спектром моделирования клинических ситуаций и системой контроля правильности действий обучающегося врача. В ходе проведения занятий с использованием новых современных образовательных технологий можно рационально сочетать профессиональный интерес обучающихся к новым методам обучения, способствовать формированию таких общих способностей и компетентностей, как способность применения знаний на практике, повышение уровня практических знаний и умений, умение работать в команде.

Литература:

1. Концепция реформирования медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан - 2006.
2. Issenberg, S. B., et al. 1999. Effectiveness of a computer-based system to teach bedside cardiology. Acad Med 74(suppl.):S93-S95.

Дәрігер-интерндердің кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыруда қазіргі заманғы білім беру технологияларын пайдалану

Ж.Қ. Смаилова, Л.К. Қаражанова, Е.С. Құлыспаев

Осы жұмыста авторлар дәрігер интерн-реаниматологтарды дайындау мәселелерін қарастырады. Авторлар болашақ мамандардың кәсіптік құзыреттілігін қалыптастыру үшін жаңа инновациялық технологияларды пайдалану әдістемелерін қарастырады. Сонымен қатар манекендер мен тренажерлерді пайдалана отыра дәрігер-интерндердің клиникалық дайындығын жетілдіру жолдары қарастырылады.

Adaptation of modern educational technologies in formation of professional competence of doctors – interns **Zh.K. Smailova, L.K. Karazhanova, E.S. Kuluspaev**

In the article the authors considers a problem of preparation of doctors. Authors describe a technique of adaptation of new innovation technologies for formation of professional competence of the future experts. Ways of perfection of clinical preparation of doctors are besides considered during training with use of dummies and training apparatus.

Государственный медицинский университет г.Семей

Подписано в печать 30.06.2010 г.

Формат А4. Объем 13,0 усл.п.л. Тираж 300 экз.

Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая, 103