



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен  
Денсаулық Сақтау  
Наука и  
Здравоохранение**



6' 2013

Semey - Семей

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

# НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 6 2013 г.

Журнал основан в 1999 г.

Журнал входит в перечень научных изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОиН РК для публикации основных результатов научной деятельности (Приказ от 05.07.2013г. №1033)

### Учредитель:

Государственный  
медицинский университет  
города Семей

E-mail: selnura@mail.ru

### Адрес редакции:

071400, г. Семей  
ул. Абая Кунанбаева, 103  
контактный телефон:  
(7222) 56-42-09 (вн. № 1054)  
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

### 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

Подписано в печать:  
30.12.2013г.

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

Зам. главного редактора:  
доктор медицинских наук, профессор  
**Т.А. Адылханов**

### Редакционный совет:

<b>Аканов А.А.</b>	(Алматы)
<b>Арзыкулов Ж.А.</b>	(Алматы)
<b>Андерссон Р.</b>	(Швеция)
<b>Виткрафт С.</b>	(США)
<b>Жумадилов Ж.Ш.</b>	(Астана)
<b>Лампл Иар</b>	(Израиль)
<b>Икеда Т.</b>	(Япония)
<b>Кульжанов М.К.</b>	(Алматы)
<b>Ланд Ч.</b>	(США)
<b>Миттельман М.</b>	(Израиль)
<b>Саймон С.</b>	(США)
<b>Телеуов М.К.</b>	(Астана)
<b>Хоши М.</b>	(Япония)
<b>Шарманов Т.Ш.</b>	(Алматы)
<b>Ямашита С.</b>	(Япония)
<b>Слезак Я.</b>	(Словакия)
<b>Летфуллин Р.</b>	(США)
<b>Пельтцер К.</b>	(Южная Африка)
<b>Такамура Н.</b>	(Япония)
<b>Марк А.</b>	(Великобритания)
<b>Гупта П.</b>	(Индия)
<b>Даунинг К.</b>	(Гон-Конг)
<b>Калиниченко А.</b>	(Россия)
<b>Месарош Ю.</b>	(Венгрия)
<b>Лесовой В.</b>	(Украина)
<b>Цыб А.</b>	(Россия)
<b>Зел А.</b>	(Венгрия)

### 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

**Обзоры**

**С.С. Искакова, Г.М. Жармаханова, М. Дворацка** 8

Характеристика проангиогенных факторов и их патогенетическая роль

**С.С. Искакова, О.Н. Уразаев, Е.Ж. Бекмұхамбетов, Г. Дворацки** 13

Значение определения TREC (T-cell Receptor Excision Circles) в диагностике и прогнозировании заболеваний

**А.О. Мысаев, К.Е. Сеилханов, С.В. Сурков, Н.А. Бокембаев, Т.Ж. Амренов, Алт.О. Мысаев** 16

Дорожно-транспортный травматизм. Часть 1: Эпидемиология. Литературный обзор

Дорожно-транспортный травматизм. Часть 1: Эпидемиология. Литературный обзор

**Вопросы организации здравоохранения Республики Казахстан**

**Т.К. Рахыпбеков, Н.Е. Аукунов, Н.К. Шаймарданов, Н.М. Турдина,** 22

**К.Н. Апсаликов, Ж.Т. Молдагалиева Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, М.Р. Масабаева**

Организация работы скрининговой бригады во время обследования населения, проживающего на территориях экологического неблагополучия

**К.К. Таштемиров** 25

Состояние донорства в службе крови

**Ү.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.Қ. Садыков, Ф.С. Рахимжанова, Қ.Е. Калиханова** 29

Денсаулық сақтау мекемелері қызметін мемлекет тарапынан басқарудың ерекшеліктері

**Н.Б. Турдалин** 31

Организация оказания высокоспециализированной медицинской помощи больным кардиологического профиля в городе Алматы

**Н.К. Касимов, А.К. Ситказинов, Н.М. Садыков, А.М. Идрисов, У.З. Бекжанов** 33

О работе Павлодарского Регионального Центра мужского здоровья и семейного долголетия

**Ж.Б. Ибраева, З.А. Хисметова, А.К. Ербосынов** 35

Преимущества и недостатки скрининга

**Вопросы медицинского образования**

**Э.О. Балтабаева, Л.С. Бекпентаева, К.А. Байбурина** 37

Обучение студентов-медиков научному стилю речи

**Экология, радиация, здоровье**

**Т.К. Рахыпбеков, Н.Е. Аукунов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина,** 40

**Л.М. Пивина, М.Р. Масабаева**

Структура заболеваемости населения районов, подверженных радиационному воздействию

**Л.М. Пивина, Н.Е. Аукунов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина,** 42

**М.Р. Масабаева**

Анализ распространенности заболеваний населения, проживающего на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону

**Т.К. Рахыпбеков, Л.М. Пивина, Н.Е. Аукунов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов,** 44

**Т.И. Белихина, М.Р. Масабаева**

Анализ распространенности болезней системы кровообращения среди групп радиационного риска, прошедших скрининговое обследование

**Статьи**

**Л.К. Каражанова, Г.Д. Абилямжинова, М.И. Мадиева, Л.В. Гернер** 47

Клинический случай инфаркта миокарда у молодой женщины

**Г.П. Рузин, А.И. Чирик, С.В. Калинин** 51

Характеристика иммунологических показателей слюны при лечении больных с переломами нижней челюсти без применения антибиотиков

**М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова,** 55

**З.Р. Зарипова, А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова**

Вторичные осложнения разлитого гнойного перитонита

**О.Г. Таштемирова, М.А. Апсеев, Г.А. Жакупова** 57

Анализ осложнений после лапароскопической холецистэктомии

**О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова** 61

Анализ хирургического лечения вентральных грыж у больных с ожирением

<b>Д.К. Калиева, Е.М. Тургунов, М.М. Тусупбекова</b>	<b>64</b>
Хирургическое лечение эхинококкоза печени	
<b>Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сагимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев, Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекенов, Р.С. Бакиева</b>	<b>66</b>
Хирургическое лечение нетравматических внутримозговых гематом	
<b>Е.Ш. Нурашев</b>	<b>68</b>
Эндоскопический гемостаз при эрозивно-язвенных поражениях верхних отделов желудочно-кишечного тракта	
<b>Ч.Б. Байменов</b>	<b>70</b>
Применение фитопрепарата после оперативного лечения острого гнойного пиелонефрита у беременных	
<b>Ш.Х. Капашева</b>	<b>72</b>
Гестационный пиелонефрит: опыт применения Цефиксима	
<b>Ж.О. Жакиянова, С.О. Болсынбекова, А.Д. Калибекова, Г.Т. Абишева, С.К. Даумбаев, Д.К. Ордабаева, Ж.К. Султанова</b>	<b>75</b>
Имупрет в комплексном лечении гнойного воспаления околоносовых пазух	
<b>Г.Т. Букаева</b>	<b>78</b>
Состав микрофлоры конъюнктивальной полости у больных, воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаз	
<b>А.А. Алмагамбетова, Г.К. Бураханова, И.Д. Назарова, Р.М. Байжуманова</b>	<b>81</b>
Три основы психотерапевтического подхода – эффективность лечения больных при пограничных нервно-психических расстройствах	
<b>К.Ж. Нургазин</b>	<b>84</b>
Клинико-эпидемиологическое изучение социальной адаптации больных с шизотипическим расстройством и неврозами	
<b>О.В. Иноземцева</b>	<b>87</b>
Эффективность зубной пасты Сенсодин при гиперестезии зубов	
<b>О.В. Иноземцева</b>	<b>89</b>
Профилактика кариеса зубов методом глубокого фторирования	
<b>А.М. Раушанова, А.О. Мысаев, Б.С. Турдалиева, Б.М. Жантуриев</b>	<b>91</b>
Степень выраженности стресса у студентов медицинского университета	
<b>С.М. Калиева</b>	<b>93</b>
Жоғары медициналық оқу орындарының оқытушыларының кәсіби денсаулығы мен білім беру жүйесіндегі мәні	
<b>Случаи из практики</b>	
<b>М.В. Прилуцкая</b>	<b>96</b>
Описание клинического случая сочетания алкогольной зависимости и лудомании	
<b>Г.Т. Букаева</b>	<b>99</b>
Случай положительного исхода окклюзии центральной артерии сетчатки	
<b>Е.Н. Нурашев</b>	<b>100</b>
Метаплазия Баррета	
<b>Реферативные сообщения</b>	
<b>Б.Т. Баусадыкова</b>	<b>102</b>
Миома матки. Диагностика и лечение	

## Content

**Reviews**

- S. Iskakova, G. Zharmakhanova, M. Dworacka** 8  
Characterization of proangiogenic factors and their pathogenetic role (review)
- S. Iskakova, O. Urazayev, Ye. Bekmukhambetov, G. Dworacki** 13  
Level of TREC (T-CELL Receptor Excision Circles) determination in diagnosis, monitoring and prognosis of diseases
- A.O. Myssayev, K.E. Seilkhanov, S.V. Surkov, N.A. Bokembaev, T.Zh. Amrenov, Alt.O. Myssayev** 16  
Road traffic traumatism. Part 1: Epidemiology (review)

**Questions Health organization the Republic of Kazakhstan**

- T.K. Rakhypbekov, N.E. Aukenov, N.K. Shaimardanov, N.M. Turdina, K.N. Apsalikov, J.T. Moldagaliyeva, T.I. Belihina, L.M. Pivina, M.R. Masabaeva** 22  
Organization of screening team during the survey population live within the ecological trouble
- K.K. Tashtemirov** 25  
Condition of donation in blood service
- U.S. Samarova, R. Amirkhanov, A.K. Sadykov, F.S. Rakhimzhanova, K.Ye. Kalikhanova** 29  
Features of state management activities of institution of health
- N.B. Turdalin** 31  
Organization providing highly specialized care to patients with cardiac pathology in Almaty
- N.K. Kasimov, A.K. Sitkazinov, N.M. Sadykov, A.M. Idrisov, U.Z. Bekzhanov** 33  
On the work of the Pavlodar Regional Center male health and family longevity
- Zh.B. Ibrayeva, Z.A. Khismetova, A.K. Yerbocynov** 35  
Advantages and disadvantages of screening

**Questions Medical Education**

- E.O. Baltabaeva, L.S. Bekpentaeva, K.A. Bayburina** 37  
Education of students of medical university to scientific strain

**Ecology, radiation, health**

- T.K. Rakhypbekov, N.E. Aukenov, N.K. Shaimardanov, K.N. Apsalikov, T.I. Belihina, L.M. Pivina, M.R. Masabaeva** 40  
Population structure of disease areas exposed to radiation
- L.M. Pivina, N.E. Aukenov, N.K. Shaimardanov, K.N. Apsalikov, T.I. Belihina, M.R. Masabaeva** 42  
Analysis prevalence of diseases population live in the territory adjacent to Semipalatinsk nuclear test site
- T.K. Rakhypbekov, L.M. Pivina, N.E. Aukenov, N.K. Shaimardanov, K.N. Apsalikov, T.I. Belihina, M.R. Masabaeva** 44  
Analysis of cardiovascular disease prevalence among group of radiation risk subjected to screening

**Articles**

- L.K. Karazhanova, G.D. Abilmazhinova, M.I. Madieva, L.V. Gerner** 47  
Case report on a myocardial infarction in a young woman
- G. Ruzin, O. Chyryk, S. Kalinichenko** 51  
Evaluation of oral local immunity in patients with mandibular fractures without antibiotics in the medication
- M.M. Gladinetc, A.B. Kulmagambetova, E.V. Efendiyeva, A.S. Zhanybekova, Z.R. Zaripova, A.A. Seliverstova, G.N. Abisheva, Zh.T. Bultrikova** 55  
Secondary complications of diffuse purulent peritonitis
- O. Tashtemirova, M. Apseyev, G. Zhakupova** 57  
Analysis of complications after laparoscopic cholecystectomy
- O. Tashtemirova, A. Abitanova, G. Zhakupova** 61  
Analysis of surgical treatment of ventral hernia for patients with obesity

<b>D.K. Kaliyeva, Y.M. Turgunov, M.M. Tussupbekova</b> The surgical treatment of liver echinococcosis	64
<b>R.Sh. Ishmukhametov, D.C. Sagimbaev, T.N. Koyshybaev, R.S. Kaliyev, E.H. Sulejmenov, A.M. Nurekenov, R.S. Bakiyeva</b> Surgical treatment of non-traumatic intracerebral haematomas	66
<b>E. Nurashev</b> Endoscopic hemostasis in erosive and ulcerous affection of upper sections of the gastrointestinal tract	68
<b>Ch.B. Baimenov</b> The use of phytopreparation after operative treatment of acute purulent pyelonephritis in pregnancy	70
<b>Sh. Kapasheva</b> Gestational pyelonephritis: experience of application of cefixime	72
<b>Zh.O. Zhakiyanova, S.O. Bolsynbekova, A.D. Kalibekova, G.T. Abisheva, S.K. Daumbayev, D.K. Ordabayeva, Zh.K. Sultanova</b> Imupret in complex treatment of a purulent inflammation of paranasal bosoms	75
<b>Г.Т. Букаева</b> Состав микрофлоры конъюнктивальной полости у больных, воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаз	78
<b>A.A. Almagambetova, G.K. Burakhanova, I.D. Nazarova, R.M. Bayzhumanova</b> The three base of psychotherapeutic approach, the efficacy of treatment of patients with borderline neuropsychiatric disorders	81
<b>K.Zh. Nurgazin</b> Clinic - epidemiology study of social adaptation of patients with schizophrenia disorder and by neuroses	84
<b>O. Inosemtceva</b> Efficiency of Sensodine toothpaste in patients with hyperesthesia of dental hard tissues	87
<b>O. Inosemtceva</b> Prevention of dental caries by using a method of deep fluoridation	89
<b>A. Raushanova, A. Myssayev, B. Turdaliyeva, B Zhanturiyev</b> The degree of stress severity in medical university students	91
<b>S.M. Kaliyeva</b> Occupational health medical university teachers and their importance in the education system	93
<b>Case histories</b>	
<b>M.V. Prilutskaya</b> The clinical case description of combination of alcohol disease and pathological gambling	96
<b>Г.Т. Букаева</b> Случай положительного исхода окклюзии центральной артерии сетчатки	99
<b>E. Nurashev</b> Metaplasia of Barret	100
<b>Abstractive reports</b>	
<b>B.T. Bausadykova</b> Uterine fibroid. Diagnostic and treatment.	102

Мазмұны

**Әдебиеттерге шолу**

**С.С. Искакова, Г.М. Жармаханова, М. Дворацка** 8  
Проангиогендік факторлардың сиппатамасы және олардың патогенетикалық рөлі (әдебиеттік шолуы)

**С.С. Искакова, О.Н. Оразаев, Е.Ж. Бекмұхамбетов, Г. Дворацки** 13  
Аурулардың диагностика және болжауындағы tres (T-cell Receptor Excision Circles) денгейлерің аңқтаудың маңызы

**А.О. Мысаев, К.Е. Сеилханов, С.В. Сурков, Н.А. Бокембаев, Т.Ж. Амренов, Алт.О. Мысаев** 16  
Жол-көлік травматизм. 1 Бөлім: эпидемиология (әдебиеттік шолуы)

**Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудағы ұйымдастыру сұрақтары**

**Т.К. Рахыпбеков, Н.Е. Аукенов, Н.К. Шаймарданов, Н.М. Турдина, К.Н. Апсаликов, Ж.Т. Молдағалиева, Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, М.Р. Масабаева** 22  
Скрининг бригаданың ұйым жұмысының тексеру кезінде экологияға қолайсыз аумақтарында мекендеген халықты тексеру

**К.К. Таштемиров** 25  
Қан қызметіндегі донорлық жағдай

**У.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садықов, Ф.С. Рахимжанова, К.Е. Калиханова** 29  
Особенности государственного управления деятельности учреждения здравоохранения

**Н.Б. Турдалин** 31  
Алматы қаласында кардиология саласының науқастарына жоғары мамандандырылған көмекті ұйымдастыру

**Н.К. Қасымов, А.К. Ситқазинов, Н.М. Садықов, А.М. Ыдрысов, У.З. Бекжанов** 33  
Ерлер денсаулығы мен отбасылық өмір сүру ұзақтығы Павлодар Аймақтық Орталығының жұмысы туралы

**Ж.Б. Ибраева, З.А. Хисметова, А.К. Ербосынов** 35  
Скринингтің артықшылықтары мен кемшіліктері

**Медициналық білім берудің сұрақтары**  
**Э.О. Балтабаева, Л.С. Бекпентаева, К.А. Байбурина** 37  
Медициналық университетінде оқитын студенттерді ғылыми сойлеуге уйрету

**Экология, радиация, денсаулық**  
**Т.К. Рахыпбеков, Н.Е. Аукенов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, М.Р. Масабаева** 40  
Радиацияға душар болған аудандардағы тұрғындардың ауруының құрылымы

**Л.М. Пивина, Н.Е. Аукенов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, М.Р. Масабаева** 42  
Семей ядролық полигонының іргелес аумақтарындағы тұрғындарының ауруының таралуын талдау

**Т.К. Рахыпбеков, Л.М. Пивина, Н.Е. Аукенов, Н.К. Шаймарданов, К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, М.Р. Масабаева** 44  
Скринингті тексеруден өткен радиацияға тәуекел топтың ішіндегі қан айналу жүйесі ауырының таралуын талдау

**Мақалалар**  
**Л.К. Каражанова, Г.Д. Абильмажинова, М.И. Мадиева, Л.В. Гернер** 47  
Жас әйелде инфаркт миокардының клиникалық жағдайы

**Г.П. Рузин, А.И. Чирик, С.В. Калининченко** 51  
Сілекейдің иммунды көрсеткіштерінің сипаттамасы, төменгі бет жағының сынуы бар науқастарда антибиотиксіз емдегенде

**М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова, А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова** 55  
Жайылған іріңді перитониттың екіншілік асқынулары

**О.Г. Таштемирова, М.А. Апсеев, Г.А. Жакупова** 57  
Лапароскопиялық холецистэктомиядан кейінгі асқынуларға талдау жүргізу

**О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова** 61  
Семіздікке ұшыраған науқастардағы вентралды жарықтардың хирургиялық еміне талдау жүргізу

<b>Д.К. Калиева, Е.М. Турғынов, М.М. Тусупбекова</b>	<b>64</b>
Бауыр эхинококкозының хирургиялық емі	
<b>Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сагимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев, Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекенов, Р.С. Бакиева</b>	<b>66</b>
Жарақаттық емес ми ішілік гематомаларды хирургиялық емдеу	
<b>Е.Ш. Нурашев</b>	<b>68</b>
Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімдеріндегі эрозиялық - жаралардан эндоскопиялық қан тоқтату	
<b>Ч.Б. Байменов</b>	<b>70</b>
Жүкті әйелдерде ірін пиеолонефритті ота емдеуден кейін фитопрепаратты қолдану	
<b>Ш.Х. Капашева</b>	<b>72</b>
Гестациялық пиелонефрит: цефиксим қолдану тәжірибесі	
<b>Ж.О. Жакиянова, С.О. Болсынбекова, А.Д. Калибекова, Г.Т. Абишева, С.К. Даумбаев, Д.К. Ордабаева, Ж.К. Султанова</b>	<b>75</b>
Созылмалы синуситтердің өршуі және оның іріңді асқынуы кезінде имупретті қолдану	
<b>Г.Т. Букаева</b>	<b>78</b>
Состав микрофлоры конъюнктивальной полости у больных, воспалительными заболеваниями переднего отрезка глаз	
<b>А.А. Алмагамбетова, Г.К. Бураханова, И.Д. Назарова, Р.М. Байжуманова</b>	<b>81</b>
Психотерапевтикалық әсерлесудің үш негізінің – шекаралық нервті-психикалық бұзылыстар кезінде науқастарды емдеу нәтижелігі	
<b>К.Ж. Нургазин</b>	<b>84</b>
Шизотипті бұзылыстармен және невроздармен науқастарды әлеуметтік бейімделуге клиничко-эпидемиологиялық оқыту	
<b>О.В. Иноземцева</b>	<b>87</b>
Тістердің қатты тіндерінің сезімталдығының артуында (гиперестезия) sensodine тіс сықпасының тиімділігі	
<b>О.В. Иноземцева</b>	<b>89</b>
Терең фторлау әдісімен тістердің тіс жегісінің алдын алу	
<b>А.М. Раушанова, А.О. Мысаев, Б.С. Турдалиева, Б.М. Жантуриев</b>	<b>91</b>
Медициналық университеттің студенттерінің күйзеліс білдір - дәрежесі	
<b>С.М. Калиева</b>	<b>93</b>
Профессиональное здоровье преподавателей медицинских вузов и их значимость в системе образования	
<b>Тәжірибеден жағдай</b>	
<b>М.В. Прилуцкая</b>	<b>96</b>
Алкогольдік тәуелділік пен лудоқорлық тіркесімінің клиникалық жағдайын сипаттау	
<b>Г.Т. Букаева</b>	<b>99</b>
Случай положительного исхода окклюзии центральной артерии сетчатки	
<b>Е.Ш. Нурашев</b>	<b>100</b>
Баррет метаплазиясы	
<b>Реферативті мәлімдеме</b>	
<b>Б.Т. Баусадькова</b>	<b>102</b>
Жатыр миомасын анықтау және емдеу	

УДК 616-06

С.С. Искакова<sup>1</sup>, Г.М. Жармаханова<sup>1</sup>, М. Дворацка<sup>2</sup><sup>1</sup> Западнo-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, Кафедра фармакологии, г. Актобе, Казахстан,<sup>2</sup> Кафедра фармакологии Медицинского университета им. К. Марчинковского, г. Познань, Польша**ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОАНГИОГЕННЫХ ФАКТОРОВ И ИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ****Аннотация**

На основе анализа данных литературы, посвященной изучению проангиогенных факторов, показана их значимая роль в процессе регуляции ангиогенеза. Проблема ангиогенеза является одной из самых актуальных в физиологии и патологии человека. Регуляция этого процесса остается не достаточно изученной. Объяснение действия биохимических и молекулярных факторов, контролирующих ангиогенез, является фундаментальным для понимания, как нормального развития сосуда, так и механизма патологического образования новых кровеносных сосудов.

**Ключевые слова:** ангиогенез, проангиогенные факторы, антиангиогенные факторы, ангиогенез.

**Введение**

Рост и образование сосудов в постнатальном периоде развития организма осуществляется через ангиогенез, ангиогенез и васкулогенез. Ангиогенез представляет собой процесс образования новых кровеносных сосудов в органе или ткани из ранее существующих путем миграции и пролиферации эндотелиальных клеток. Данный процесс связан с многочисленными физиологическими процессами, включая эмбриогенез, заживление ран, регенерацию органов и женский репродуктивный цикл.

Главным механизмом регуляции процессов ангиогенеза является высвобождение проангиогенных факторов, источниками которых могут быть эндотелиальные, тучные клетки, макрофаги и другие типы клеток. Про-

цесс ангиогенеза состоит из следующих этапов: активация эндотелиоцитов, выделение активированными эндотелиоцитами протеаз, разрушение базальной мембраны, миграция эндотелиоцитов в интерстициальное пространство, пролиферация эндотелиоцитов, формирование новых незрелых капиллярных петель [1].

Таким образом, проангиогенные факторы регулируют взаимодействие клеток друг с другом и компонентами внутриклеточного матрикса, способствуя активации, миграции, пролиферации эндотелиальных клеток, и в завершении, неоваскуляризации.

В физиологических условиях процесс образования новых кровеносных сосудов контролируется на молекулярном уровне балансом между стимуляторами ангиогенеза и его ингибиторами (таблица 1).

Таблица 1.

**Регуляторы ангиогенеза.**

Стимуляторы ангиогенеза	Ингибиторы ангиогенеза
Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEFG)	Эндостатин
Основной фактор роста фибробластов (bFGF)	Вазостатин
Кислый фактор роста фибробластов (αFGF)	Ангиостатин
Тромбоцитарный фактор роста (PDGF)	Растворимая форма рецепторов VEFG
Трансформирующие факторы роста (TGF)	Тромбоцитарный фактор 4
Ангиопозтин	Ингибитор матриксных металлопротеиназ
Ангиогенин	Интерферон-α, интерферон-β
Моноцитарный хемоатрактантный протеин-1 (MCP-1)	Интерлейкин 12, -18
	Ингибиторы матриксных металлопротеаз

При высоких значениях соотношения стимуляторов к ингибиторам образования сосудов происходит активный запуск ангиогенеза. Патологическая активация ангиогенеза характерна для злокачественных процессов, атеросклероза, некоторых аутоиммунных заболеваний [2,3,4]. Недостаточный ангиогенез, обусловленный снижением продукции стимуляторов либо повышением синтеза ингибиторов, может способствовать развитию ишемических заболеваний, окклюзионных заболеваний периферических сосудов, развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, отторжению трансплантированных органов и тканей [5,6]. Ангиогенез приводит к увеличению плотности капиллярной сети в ишемизированных тканях и уменьшению периферического сосудистого сопротивления, что необходимо для обеспечения перфузии тканей, но для полноценной ревазуляризации ангиогенез недостаточен без ангиогенеза. Артериогенез - это формирование коллатеральных сосудов из нефункционирующих артериолярных соединений. Обеспечивая кровоток в обход места

окклюзии, ангиогенез представляет собой наиболее эффективный процесс ревазуляризации. Важнейшим стимулятором ангиогенеза является увеличение напряжения сдвига выше места окклюзии, обусловленное увеличением кровотока [7].

Новые кровеносные сосуды могут также формироваться из прогениторных эндотелиальных клеток (ПЭК). Данный процесс называют васкулогенезом, который тесно ассоциирован с ангиогенезом. Сеть эндотелиальных клеток, создаваемая васкулогенезом, в дальнейшем является каркасом для ангиогенеза [8].

**Сосудистый эндотелиальный фактор роста.**

Как при физиологических, так и при патологических состояниях основным стимулом к ангиогенезу является гипоксия [9]. Недостаток кислорода посредством индуцируемого гипоксией фактора-1 (Hypoxia Inducible Factor - HIF-1α) стимулирует экспрессию ангиогенных факторов, прежде всего сосудистого эндотелиального фактора роста (Vascular Endothelial Growth Factor - VEFG) и его рецепторов (VEGFR1 и VEGFR2) [10].

VEGF является наиболее активным проангиогенным фактором, наиболее изученным как в доклинических, так и в клинических исследованиях. Данный фактор роста – важный регулятор физиологической и патологической неоваскуляризации. VEGF – гликопротеин, который связывается только с эндотелиальными клетками, он является специфическим митогеном для эндотелиальных клеток и стимулирует их пролиферацию [11]. Действие VEGF заключается в стимуляции деградации внеклеточного матрикса, регуляции сосудистой проницаемости, миграции клеток и образования сосудистых структур, индукции синтеза сериновых протеаз (активаторов плазминогена урокиназного и тканевого типа) и повышении экспрессии металлопротеиназ. Усиливая сосудистую проницаемость, VEGF способствует пропотеванию белков плазмы в околососудистое пространство, которое необходимо для миграции эндотелиальных клеток. VEGF индуцирует экспрессию эндотелиальной NO-синтазы и образование оксида азота, который способствует вазодилатации и стимулирует синтез протеаз, разрушающих связи между эндотелиальными клетками и внеклеточным матриксом, что необходимо для направленной миграции клеток [12].

Нельзя не отметить, что VEGF и его физиологическая активность вызывают огромный интерес и создают множество противоречий. Фактор роста эндотелия сосудов важен для формирования адекватной функционирующей сосудистой системы уже в период эмбриогенеза и в ранний постнатальный период. После рождения уровень экспрессии VEGF в сыворотке человека прогрессивно уменьшается, в большинстве тканей взрослых он минимален, за исключением мест активного ангиогенеза. Экспрессия VEGF реиндуцируется при патологическом ангиогенезе (воспаление, ишемия, прогрессирование опухоли и атеросклеротической бляшки). Также экспрессию VEGF стимулируют множество других проангиогенных факторов (основной фактор роста фибробластов, тромбоцитарный фактор роста, эпидермальный фактор роста). Кроме того, показано, что факторы окружающей среды такие, как pH, давление и концентрация кислорода, регулируют уровни VEGF. Влияние этих внешних факторов проявляется в опосредованной через VEGF стимуляции важных для ангиогенеза факторов, включая антиапоптотические белки, молекулы клеточной адгезии и металлопротеиназы [13].

Семейство VEGF представлено шестью факторами: VEGF-A, VEGF-B, VEGF-C, VEGF-E и плацентарный фактор роста PlGF (Placental Growth Factor), которые являются секретируемыми белками. Свои эффекты они реализуют через три специфических тирозинкиназных рецептора: Flt-1 (VEGFR-1), Flk-1 (VEGFR-2), Flt-4 (VEGFR-3). После соединения VEGF с рецептором, димеризации и аутофосфорилирования рецептора, внутриклеточный участок его способствует запуску каскадной активации протеинов, которые воздействуют на различные этапы ангиогенеза. Передача сигнала включает связывание с рецептором на поверхности эндотелиальных клеток, что запускает процесс фосфорилирования тирозинкиназы. Активированная внутриклеточная тирозинкиназа служит пусковым импульсом для каскада нисходящих сигналов, запускающих ангиогенез (приводит к пролиферации эндотелиальных клеток, миграции и образованию новых кровеносных сосудов) [14].

Взаимодействие VEGF с рецептором Flk-1 приводит к дифференцировке, пролиферации и выживаемости эндотелиальных клеток; связывание с рецептором Flt-1 оказывает регулирующее действие в отношении межклеточных взаимодействий в процессе формирования новых кровеносных сосудов. Третий рецептор Flt-4 (VEGFR-3) связывается с VEGF-C и VEGF-D и участвует в основном в лимфангиогенезе [15].

Исследования показали, что димеризация рецептора является необходимым, но не достаточным, для активации рецепторов VEGF. Ангиогенные сигнализации рецепторов VEGF также зависят от сотрудничества с корецепторами, такими, как нейрофилин-1, нейрофилин-2 и гепарансульфат-протеогликан (Heparan Sulfate Proteoglycan - HSPG) [16]. Высокоаффинные нетирозинкиназные рецепторы для VEGF – нейрофилины-1, -2 выявлены на эндотелиальных клетках и нейронах. Помимо высокоаффинных рецепторов VEGF может связываться гепаринсульфатами на поверхности клеток или в экстрацеллюлярном матриксе, содержащем HSPG [17].

Процесс образования новых кровеносных сосудов с участием VEGF представлен на схеме 1 [18].

Схема 1. Процесс образования новых кровеносных сосудов



Установлено, что сосудистые VEGFs участвуют в атеросклерозе, ангиогенезе, нейрогенезе, ангиогенезе в условиях экспериментального инсульта [19]. Исследования показывают, что VEGF способствует миграции макрофагов и ингибируют пролиферацию гладкомышечных клеток, что является критическим событием для прогрессирования атеросклероза [20]. VEGF значительно экспрессирован не только в активированных макрофагах, эндотелиальных, гладкомышечных клетках, но и непосредственно в атеросклеротических бляшках, что позволяет считать его одним из основных компонентов прогрессирования атеросклеротической бляшки [21,22,23]. В атеросклеротически поврежденных артериях человека отмечено наличие VEGF, как при раннем, так и при прогрессирующем атеросклерозе, при этом его концентрация коррелирует с тяжестью атеросклероза [24,25].

VEGF сравнивают с двуликим Янусом: с одной стороны, он необходим для стабильности эндотелия и физиологического ангиогенеза, а с другой стороны, VEGF способствует развитию патологического ангиогенеза при онкологических заболеваниях и является провоспалительным цитокином, индуцирующим активность макрофагов и эндотелия [26].

Было доказано, что ингибирование активности трансмембранных рецепторов тирозинкиназы - рецепторов VEGF снижает ангиогенез. В связи с этим, ингибирование VEGF или его рецептор сигнальной системы является привлекательной мишенью для терапевтического вмешательства при патологической активации ангиогенеза [27,28].

#### **Основной фактор роста фибробластов.**

К другим стимуляторам образования кровеносных сосудов, кроме VEGF, относится также основной фактор роста фибробластов (basic Fibroblast Growth Factor - bFGF) – фактор дифференцировки и фенотипической трансформации клеток мезодермального происхождения, многих клеток нейроэкто-, экто- и эндодермального происхождения. bFGF способен действовать внутриклеточно как активатор пролиферации [29], но в отличие от VEGF, он не является специфическим митогеном для эндотелия. bFGF влияет на миграцию, дифференциацию, хемотаксис, синтез ДНК и другие процессы в клетках, как в течение эмбрионального развития, так и в зрелом организме, играя важную роль в различных физиологических и патологических процессах. bFGF проявляет свои функции через взаимодействие с низкоаффинными (гепарансульфатпротеогликами) и высокоаффинными (трансмембранные тирозинкиназные) рецепторами [30].

bFGF и VEGF проявляют синергизм в ангиогенезе, способствуя формированию новых кровеносных сосудов [31]. bFGF индуцирует экспрессию VEGF и его клеточных рецепторов. Известно, что VEGF усиливает активность протеолиза матрикса и повышает синтез коллагеназ. Протеолитические ферменты, в свою очередь, способны активировать фракцию bFGF, которая депонирована в матриксе, с чем связано максимальное увеличение индекса экспрессии bFGF [32].

bFGF продуцируется активированным эндотелием (действует аутокринно) или моноцитами/макрофагами, фибробластами, гладкомышечными клетками (действует паракринно). bFGF был предложен в качестве основного патогенетического фактора в развитии пролиферативной диабетической ретинопатии и других процессов неоваскуляризации [33].

У человека bFGF встречается в виде четырех изоформ: одной с низкой молекулярной массой (цитоплазматическая изоформа) и трех с высокой молекулярной

массой (ядерные изоформы). Одной из важных функций bFGF является стимуляция роста эндотелиальных клеток и организация их в трубчатую структуру. Таким образом, они ускоряют ангиогенез, образование новых кровеносных сосудов из уже существующих. В литературе есть указания на то, что факторы роста фибробластов являются более мощными ангиогенными факторами, нежели VEGF или фактор роста тромбоцитов [34].

На экспериментальной модели инфаркта миокарда выявлено, что bFGF оказывает стимулирующее воздействие на эндотелиоциты и обладает выраженным ангиогенным потенциалом в условиях ишемического повреждения миокарда [35].

Исследования Щава С.В. [36] позволяют рассматривать bFGF, как ключевой ангиогенный фактор, влияющий на развитие сосудов в участках ишемического повреждения головного мозга. bFGF экспрессируется на всех этапах постишемического ангиогенеза, сохраняет целостность гематоэнцефалического барьера, оказывает протективное действие на ближайшее микроокружение.

**Ангиогенин.** Другой важной ангиогенной молекулой является ангиогенин (ANG)– одноцепочечный негликозилированный полипептид, который принадлежит семейству рибонуклеаз. ANG экспрессируется эндотелиальными, гладкомышечными клетками, фибробластами, лимфоцитами, некоторыми линиями опухолевых клеток. Являясь мощным стимулятором ангиогенеза, ANG активирует сосудистый эндотелий и гладкомышечные клетки и вызывает целый ряд биологических процессов, включая миграции клеток, вторжение, распространение и формирование трубчатых структур. ANG служит адгезивной молекулой для эндотелиальных и опухолевых клеток [37, 38]. Было показано, что ANG тормозит полимеризацию G-актина и изменяет физические свойства F-актина. Эти наблюдения предполагают, что ANG может вызвать изменения цитоскелета клетки [39]. Первоначально ANG связывается с актином, затем происходит диссоциация комплекса актин-ангиогенин с последующей активацией тканевого активатора плазминогена. В результате образуется плазмин, способствующий деградации компонентов базальной мембраны: ламинина и фибронектина. В процессе ангиогенеза деструкция базальной мембраны является необходимым условием для миграции эндотелиальных клеток. Установлено, что ANG участвует в ангиогенезе опухолей, может также перемещаться в ядро раковых клеток и вызывать соответствующую пролиферацию клеток [40]. Интересны результаты исследования, при котором у пациентов с плохо контролируемым СД 2 типа выявлены более низкие уровни ANG в сыворотке крови, чем у больных с хорошо контролируемым СД 2 типа [41]. Значительное повышение уровня ANG в плазме крови отмечалось у больных с острым коронарным синдромом [42].

**Моноцитарный хемоаттрактантный протеин-1.** Одним из ведущих молекулярных маркеров повреждения сосудистого русла является также моноцитарный хемоаттрактантный протеин-1 (monocyte chemoattractant protein MCP-1). MCP-1, наиболее специфичный в отношении моноцитов, относится к CC-хемокинам. Хемокины (хемотаксические цитокины) представляют собой суперсемейство секретируемых протеинов с малой молекулярной массой, функционирующих в качестве межклеточных мессенджеров для контроля миграции и активации лейкоцитов, вовлеченных в воспалительные реакции и иммунитет. Человеческий MCP-1 представляет собой белок, состоящий из 76 аминокислот. MCP-1 вырабатывается многими типами клеток, включая помимо моноцитов и макрофагов, тучные клетки, Т-клетки, фиб-

робласты, В-лимфоциты, эндотелиальные клетки, гладкомышечные клетки. Синтез MCP-1 индуцируют липополисахариды, интерлейкины, фактор некроза опухоли- $\alpha$ , интерферон- $\gamma$  [43,44]. В физиологических условиях MCP-1 не обнаружен в сосудистой стенке, его экспрессия повышена в атеросклеротических бляшках коронарных артерий больных ишемической болезнью сердца. Лейкоциты, выделенные из образцов атеросклеротических бляшек, экспрессируют рецептор MCP-1 CCR2. [45]. Показано, что MCP-1 играет важную роль в развитии атеросклероза при СД 2 типа [46]. Коллаген-индуцированная активация тромбоцитов, свойственная больным СД 2 типа, сопровождается усилением секреции лигандов CD40 - CD40L (основной медиатор воспаления), и повышением синтеза MCP-1 в эндотелии [47].

#### Заключение

Анализ литературных данных позволяет констатировать значимую роль проангиогенных факторов в ангиогенезе. При этом, с одной стороны, их участие в физиологическом ангиогенезе необходимо для нормального роста и развития эмбриональных и постнатальных тканей, процессов регенерации, пролиферации эндометрия, циклических превращений в яичниках. С другой стороны, они являются ключевыми патогенетическими звеньями в развитии и прогрессировании многих патологических состояний: неопластических процессов, атеросклероза, диабета, заболеваний с выраженным хроническим воспалением. Поэтому, на сегодняшний день, проблема ангиогенеза является одной из самых актуальных и до конца не изученных в физиологии и патологии человека.

Несмотря на то, что в последние годы в области изучения механизмов неоваскуляризации, последовательности событий, ультраструктуры вновь образованных сосудов, достигнут значительный прогресс, регуляция этого процесса остается не достаточно изученной.

#### Литература:

1. Коненков В.И., Климонтов В.В. Ангиогенез и васкулогенез при сахарном диабете: новые концепции патогенеза и лечения сосудистых осложнений // Сахарный диабет. - 2012. - № 4. - С. 17-27.
2. Rapisarda A, Melillo G. Role of the VEGF/VEGFR axis in cancer biology and therapy // Adv Cancer Res. - 2012. - Vol.114. - P.237-267.
3. Sluimer J.C., Daemen M.J. Novel concepts in atherogenesis: angiogenesis and hypoxia in atherosclerosis // J Pathol. - 2009. - Vol. 218(1). - P.7-29.
4. Liakouli V., Cipriani P., Marrelli A., Alvaro S., Ruscitti P., Giacomelli R. Angiogenic cytokines and growth factors in systemic sclerosis // Autoimmun Rev. - 2011.-Vol.10(10). - P. 590-594.
5. Повещенко А.Ф., Коненков В. Механизмы и факторы ангиогенеза//Успехи физиологических наук. - 2010. - Т. 41, № 2. - С.68-89.
6. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет и артериальная гипертензия.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 344с.
7. Парфенова Е.В., Ткачук В.А. Терапевтический ангиогенез: достижения, проблемы, перспективы // Кардиологический вестник. - 2007.- Том II (XIV), №2. - С. 5-15.
8. Коненков В.И., Бородин Ю.И., Любарский М.С. Лимфология. Новосибирск: Издательский дом «Манускрипт». - 2012. - С. 205-215, 238-265.
9. Kaiser R., Dubový P., Haninec P. Vascular endothelial growth factor // Cesk Fysiol. - 2011. - Vol.60(2). - P. 48-51.
10. Sluimer J.C., Gasc J.M., van Wanroij J.L., Kisters N., Groeneweg M., Sollewijn Gelpke MD, Cleutjens J.P., van den Akker L.H., Corvol P., Wouters B.G., Daemen M.J., Bijnens A.P. Hypoxia, hypoxia-inducible transcription factor, and macrophages in human atherosclerotic plaques are correlated with intraplaque angiogenesis // J Am Coll Cardiol.-2008.-Vol.51(13).-P.1258-1265.
11. Hoeben A., Landuyt B., Highley M.S., Wildiers H., Van Oosterom A.T., De Bruijn E.A. Vascular endothelial growth factor and angiogenesis // Pharmacol Rev. - 2004. - Vol. 56(4). - P.549-580.
12. Северина А.С., Шестакова М.В. Система ангиогенеза в норме и при сахарном диабете // Сахарный диабет. - 2004. - № 4. - С. 38-42.
13. Гавриленко Т.И., Рыжкова Н.А., Пархоменко А.Н. Сосудистый эндотелиальный фактор роста в клинике внутренних заболеваний и его патогенетическое значение // Украинский кардіологічний журнал. - 2011. - № 4. - С. 87-95.
14. Shibuya M. Vascular endothelial growth factor and its receptor system: physiological functions in angiogenesis and pathological roles in various diseases // J Biochem.- 2013. - Vol.153(1). - P.13-19.
15. Takahashi S. Vascular endothelial growth factor (VEGF), VEGF receptors and their inhibitors for antiangiogenic tumor therapy // Biol Pharm Bull. - 2011. - Vol.34(12). - P. 1785-1788.
16. Grünwald F.S., Prota A.E., Giese A., Ballmer-Hofer K. Structure-function analysis of VEGF receptor activation and the role of coreceptors in angiogenic signaling // Biochem Biophys Acta. - 2010. - Vol.1804(3). - P.567-580.
17. Амчиславский Е.И., Соколов Д.И., Старикова Э.А., Фрейдлин И.С. Цитокиновый контроль процесса ангиогенеза // Медицинская иммунология. - 2003. - Т.5, №5-6. - С. 493-506.
18. Спринджук М.В. Ангиогенез // Морфология.-2010. - Т.IV, №3. - С. 4-13.
19. Greenberg D.A., Jin K. Vascular endothelial growth factors (VEGFs) and stroke// Cell Mol Life Sci. - 2013. - Vol.70(10). - P. 1753-1761.
20. Inoue M., Itoh H., Tanaka T. et al. Oxidized LDL regulates vascular endothelial growth factor expression in human macrophages and endothelial cells through activation of peroxisome proliferator-activated receptor-gamma// Arterioscler.Tromb.Vasc. Biol. - 2001. - Vol.21. - P. 560-566.
21. Celletti F.L., Waugh J.M., Amabile Ph.G et al. Vascular endothelial growth factor enhances atherosclerotic plaque progression // N.Med. - 2001. - Vol.7. - P. 425-429.
22. Moreno P.R., Purushothaman R., Fuster V. et al. Plaque neovascularization is increased in ruptured atherosclerotic lesions of human aorta. Implication for plaque vulnerability // Circulation. -2004. - Vol.110(14). - P. 2032-2038.
23. Roy H., Bhardwaj Sh., Babu M. et al. VEGF-A, VEGF-D, VEGF R1, VEGF R2, Nk-kB and RAGE in atherosclerotic lesions of diabetic Watanabe heritable hyperlipidemic rabbits // FASEB J.-2006.-Vol.20.-P.2159-2161.
24. Morsi W.G., Sheker O.G., Ismail E.F. et al. HO-1 and VEGF gene expression in human arteries with advanced atherosclerosis // Clin.Biochem. - 2006. - Vol.39. - P. 1057-1062.
25. Kimura P., Hashiguchi T., Deguchi T. et al. Serum VEGF-as a prognostic factor of atherosclerosis // Atherosclerosis. - 2007. - Vol.194. - P. 182-188.
26. Stannard A.K., Khurama R., Evans I.M. et al. Vascular endothelial growth factor synergistically enhances induction of E-selectin by TNF- $\alpha$  // Arterioscler.Tromb.Vasc.Biol. - 2007. - Vol.27. - P. 494-502.

27. Schenone S., Bondavalli F., Botta M. Antiangiogenic agents: an update on small molecule VEGFR inhibitors // *Curr Med Chem.* - 2007. - Vol.14(23). - P. 2495-516.
28. Moreira I.S., Fernandes P.A., Ramos M.J. Vascular endothelial growth factor (VEGF) inhibition--a critical review // *Anticancer Agents Med Chem.* - 2007. - Vol.7(2). - P. 223-245.
29. Chlebova K., Bryja V., Dvorak P., Kozubik A., Wilcox W.R., Krejci P. High molecular weight FGF2: the biology of a nuclear growth factor // *Cell Mol Life Sci.* - 2009. - Vol.66(2). - P. 225-235.
30. Славченко И.Ю., Борейко Е.В., Гавриш Т.Г., Костюченко И.П., Кордюм В.А. Биосинтез основного фактора роста фибробластов человека в клетках *Escherichia coli* и его очистка // *Биополимери і клітина.* - 2003. - Т.19, № 2. - С. 179-184.
31. Przybylski M. A review of the current research on the role of bFGF and VEGF in angiogenesis // *J Wound Care.* - 2009. - Vol.18(12). - P. 516-519.
32. Шурыгин М.Г., Дремина Н.Н., Шурыгина И.А., Мачхин И.Н. Основные активаторы ангиогенеза и их применение в кардиологии // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* - 2005. - № 6 (44). - С. 199-207.
33. Подгребельный А.Н., Смирнова О.М., Дедов И.И., Ильин А.В. Никанкина Л.В. и др. Атеросклероз и факторы роста у пациентов с сахарным диабетом типа 2 // *Сахарный диабет.* - 2005. - №1. - С. 26-29.
34. Renhai Cao, Ebba Brakenhielm, Robert Pawliuk, David Wariaro, Mark J.Post, Eric Wahlberg, Philippe Leboulch. Angiogenic synergism, vascular stability and improvement of hind-limb ischemia by a combination of PDGF-BB and FGF-2 // *Nature Medicine.* - 2003. - Vol.9 (5). - P. 604-613.
35. Шурыгин М.Г., Шурыгина И.А. Фактор роста фибробластов как стимулятор ангиогенеза при инфаркте миокарда // *Бюллетень СО РАМН.* - 2010. - Том 30, №6. - С. 89-92.
36. Щава С.В. Значение основного фактора роста фибробластов в постишемическом неангиогенезе: автореф. ...канд.мед.наук: 03.00.25. - Владивосток, 2008. - 22 с.
37. Tello-Montoliu A., Patel J.V., Lip G.Y. Angiogenin: a review of the pathophysiology and potential clinical applications // *J Thromb Haemost.* - 2006. - Vol.4(9). - P. 1864-1874.
38. Shestenko O.P., Nikonov S.D., Mertvetsov N.P. Angiogenin and its role in angiogenesis // *Mol Biol (Mosk).* - 2001. - Vol.35(3). - P.349-371.
39. Pyatibratov M.G., Kostyukova A.S. New insights into the role of angiogenin in actin polymerization // *Int Rev Cell Mol Biol.* - 2012. - Vol.295. - P. 175-198.
40. Gao X., Xu Z. Mechanisms of action of angiogenin // *Acta Biochim Biophys Sin.* - 2008. - Vol.40(7). - P. 619-624.
41. Siebert J., Reiwer-Gostomska M., Mysliwska J., Marek N., Raczynska K., Glasner L. Glycemic control influences serum angiogenin concentrations in patients with type 2 diabetes // *Diabetes Care.* - 2010. - Vol.33(8). - P. 18-30.
42. Tello-Montoliu A., Marin F., Patel J., Roldan V., Mainar L., Vicente V., Sogorb F., Lip G.Y. Plasma angiogenin levels in acute coronary syndromes: implications for prognosis // *Eur Heart J.* - 2007. - Vol.28(24). - P. 3006-3011.
43. Джанаева Э.Ф., Шеметова Г.Н., Ширшова С.А. Патогенетические основы и современные подходы к ранней диагностике атеросклероза // *Фундаментальные исследования. Медицинские науки.* - 2012. - №4. - С. 264-269.
44. Никитина Н.В., Захарова Н.Б. Значение MCP-1 как предиктора сосудистых нарушений // *Саратовский научно-медицинский журнал.* - 2010. - Т.6, №4. - С. 786-790.
45. Кухтина Н.Б., Арефьева Т.Е., Арефьева А.М. Экспрессия хемокинов и цитокинов в атеросклеротических бляшках и интиме артерий у больных ИБС // *Терапевтический вестник.* - 2008. - № 4. - С.63-69.
46. Liu ZH, Chen LL, Deng XL, Song HJ, Liao YF, Zeng TS, Zheng J, Li HQ. Methylation status of CpG sites in the MCP-1 promoter is correlated to serum MCP-1 in Type 2 diabetes // *J Endocrinol Invest.* - 2012. - Vol.35(6). - P. 585-589.
47. Cabeza N., Li Z., Schulz C. Et al. Surface expression of collagen receptor Fc receptor-gamma/glycoprotein VI is enhanced on platelets in type 2 diabetes and mediates release of CD40 ligand and activation of endothelial cells // *Diabetes.* - 2004. - Vol.53(8). - P. 2117-2122.

## ТҰЖЫРЫМ

## ПРОАНГИОГЕНДИК ФАКТОРЛАРДЫҢ СИППАТАМАСЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ РӨЛІ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУЫ)

С.С. Искакова<sup>1</sup>, Г.М. Жармаханова<sup>1</sup>, М. Дворацка<sup>2</sup><sup>1</sup>Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, фармакология кафедрасы, Ақтөбе, Қазақстан<sup>2</sup>К. Марчинковский атындағы медицина университеті, фармакология кафедрасы, Познань, Польша

Осы жұмыста ангиогенездің проангиогендік факторлар туралы қазіргі заманға сай әдебиеттің мәліметтері берілген және олардың ангиогенез үрдістің реттелуіндегі маңызы көрсетілген. Адам физиологиясы және патологиясында ангиогенез ең өзекті мәселе болып табылады. Бұл үрдістің реттелу механизмі әлі толық зерттелмеген. Ангиогенезді бақылайтын биохимиялық және молекулалық факторлардың әсер етуі түсіндірмесі қан тамырларының бір қалыпты дамуымен қатар, жаңа патологиялық қан тамырларының түзілу механизмін түсіну үшін маңызды болып келеді.

Негізгі сөздер: ангиогенез, проангиогендік факторлар, антиангиогендік факторлар, артериогенез.

## Summary

## CHARACTERIZATION OF PROANGIOGENIC FACTORS AND THEIR PATHOGENETIC ROLE (REVIEW)

S. Iskakova<sup>1</sup>, G. Zharmakhanova<sup>1</sup>, M. Dworacka<sup>2</sup><sup>1</sup> West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan<sup>2</sup> Department of Pharmacology Poznan University of Medical Sciences, Poland

On the basis of analysis of the literature devoted to the study of pro-angiogenic factors, shows their significant role in the regulation of angiogenesis. The problem of angiogenesis is one of the most important in human physiology and pathology. Regulation of this process is not sufficiently studied. Explanation of the action of biochemical and molecular factors controlling angiogenesis is fundamental to understanding how the normal development of the vessels, and the pathological mechanism of the formation of new blood vessels.

Keywords: angiogenesis, proangiogenic factors, antiangiogenic factors, arteriogenesis.

УДК 616-07-08:611.018.5

С.С. Исакова<sup>1</sup>, О.Н. Уразаев<sup>2</sup>, Е.Ж. Бекмухамбетов<sup>2</sup>, Г. Дворацки<sup>3</sup>*Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова,**<sup>1</sup>Кафедра фармакологии, <sup>2</sup>Кафедра онкологии и визуальной диагностики г. Актобе, Казахстан;**<sup>3</sup>Кафедра фармакологии Медицинского университета им. К. Марчинковского, г. Познань, Польша*

## ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ TREC (T-CELL RECEPTOR EXCISION CIRCLES) В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

### Аннотация

TREC служит маркером Т-лимфоцитов, которые были выделены вилочковой железой после этапа дифференцировки. В обзоре представлены работы, обосновывающие определение уровня TREC как наиболее доступного и малоинвазивного метода в диагностике, мониторинге и прогнозировании таких заболеваний, как: иммунодефициты, ВИЧ-инфекции и при трансплантации костного мозга.

**Ключевые слова:** TREC, диагностика, реаранжировка Т-клеточного рецептора.

### Что такое TREC?

Т-рецепторные эксцизионные кольца (T-cell Receptor Excision Circles - TREC) – структуры формирующиеся в процессе перестройки генов Т-клеточного рецептора, когда часть генетического материала вырезается, замыкается в кольцо и служит маркером Т-клеток, недавно мигрировавших из тимуса и ещё не вступивших в процесс пролиферации. TREC может сохраняться в зрелых Т-клетках в течение значительного периода времени [1; 2]. Впервые об использовании TREC для изучения изменений в частоте Т-лимфоцитов эмигрировавших из тимуса при инфекции вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) сообщили в 1998 году Douek и соавт. [3].

### Реаранжировка Т-клеточного рецептора и формирование TREC

Т-лимфоциты благодаря Т-клеточному рецептору (T-Cell Receptor TCR) распознают чужеродные антигены. Четыре гена TCR кодируют два типа дисульфида, связанные гетеродимерами. Классическая TCR состоит из  $\alpha$  и  $\beta$  цепей, которые выражены у большинства периферических Т-лимфоцитов. Существует и альтернатива, состоящая из  $\gamma$  и  $\delta$  цепей. В периферических Т-лимфоцитах их насчитывают от 2 до 14 % [4]. Процесс образования TCR представляет собой случайную перестановку различных сегментов ДНК V (variable), D (diversity) и J (joining) [5].

V (D) и J - рекомбинация происходит за счёт последовательностей, которые являются сигнальными для рекомбинации (recombination signal sequences RSS). RSS состоит из последовательностей консервативного гептамера (CACAGTG) и нонамера (ACAATAACC), которые обеспечивают правильное расположение полипептидной цепи в эндоплазматическом ретикулуме и правильную экспрессию на клеточной мембране. Во время созревания предшественники Т-клеток временно выделяют гены RAG1 и RAG2 для того, чтобы соединить вместе сегменты V, (D) и J. Два последовательных сигнала экспрессии генов RAG1 и RAG2 совпадают с реаранжировкой цепи TCR $\beta$  и TCRA. Соединение между отдельными сегментами V, (D) и J приводит к образованию цепи  $\beta$  TCR широкого спектра различной нуклеотидной последовательности. В дальнейшем это способствует созданию разнообразной цепи  $\alpha$  и  $\beta$  TCR, что достигается путём добавления N и P нук-

леотидов. В действительности участок дезоксирибонуклеотидной трансферазы в случайном порядке объединяет дезоксирибонуклеотиды на стыке сегментов. Структура конечного цикла – это результат начала распада двуспиральной ДНК, которая способствует расщеплению и созданию «липких концов», которые и приводят к вставке P-нуклеотидов между реаранжированными сегментами. Эти два события резко увеличивают разнообразие TCR. В течение любого процесса реаранжировки ДНК оказываются расположенными между двумя RSS, в результате чего формируется внехромосомное круговое иссечение, содержащее два лигированных RSS. Это и есть разнообразие побочных продуктов круговых колец ДНК, называемых TREC [6]. Во время реаранжировки гена TCR вырезанные фрагменты ДНК сохраняются в клетках эпизодически как TREC. В ходе первой реаранжировки Т-клеточного рецептора происходит удаление локуса TCR $\delta$  из локуса TCR $\alpha$ . В результате этого деления образуются два вида TREC: sjTREC (signal-joint) и cjTREC (coding-joint) [3]. Если реаранжировка происходит в обеих аллелях, то максимум два sjTREC и два cjTREC могут присутствовать в одной  $\alpha\beta$  Т-клетке. Затем TREC выходит из тимуса на периферию в виде недавно мигрировавших клеток из тимуса (Recent thymus emigrants RTE). Таким образом, уровень TREC на периферии может отражать число RTE. Окружности TREC являются стабильными и не дублируются во время митоза, поэтому их концентрация разбавляется с каждым делением клетки [7].

### TREC как иммунологический мониторинг при трансплантации стволовых клеток

Анализ TREC в ранние сроки после трансплантации стволовых клеток создаёт возможность выявить пациентов с дефицитом Т-клеток на ранней стадии и тем самым предупредить развитие инфекционных осложнений.

Регулярное измерение уровня TREC может показать снижение или повышение выброса вилочковой железы, скорость пролиферации Т-клеток [8], а также в некоторых случаях является важным фактором в решении вопроса о ретрансплантации или увеличении донорских стволовых клеток [9]. Sairafi и соавт. [10] поддерживают использование анализа TREC в качестве стандартного параметра после трансплантации. Выявлено, что у пациентов с высоким уровнем TREC через 3 месяца после транс-

плантации отмечается высокая степень выживаемости [10].

Трансплантация стволовых клеток является общей стратегией лечения онкогематологических больных и других видов заболеваний крови [11]. Результаты нескольких исследований показали роль функции тимуса в контексте с трансплантацией стволовых клеток. Было показано, что восстановление уровня TREC после миелоаблативного кондиционирования связано с восстановлением нормального состава наивных Т-клеток и разнообразия TCR [12].

#### **Использование TREC в диагностике тяжёлых комбинированных иммунодефицитов**

Определение содержания TREC стало эффективным инструментом и в диагностике иммунодефицитов, который позволяет идентифицировать недавно мигрировавшие Т-клетки из тимуса в периферической крови [13].

Наиболее серьёзным типом иммунодефицита является тяжёлый комбинированный иммунодефицит SCID (Severe Combined Immunodeficiency), который характеризуется нарушением развития Т-лимфоцитов. Любое абсолютное количество лимфоцитов ниже 2500/ml является потенциально патогенным в раннем детстве, и младенец должен быть обследован на SCID [14]. По мнению Morinishi и соавт. [Morinishi et al., 2009], важными преимуществами использования TREC для скрининга новорождённых с SCID являются: способность использования сухой капли крови, низкая стоимость, высокая пропускная способность и высокая чувствительность [15].

Два пионерских исследования с использованием TREC, извлечённых из ДНК посредством RTqPCR, подтвердили свою точность в выявлении детей с SCID независимо от причины его возникновения. В диагностике SCID специфичность анализа TREC составила 92,3%, а чувствительность 100% [16]. В крупном экспериментальном исследовании из 5766 новорождённых пациентов с SCID было указано, что измерение TREC является стабильным анализом, который может определить лимфопению Т-клеток в крови. Так, в 2008 году TREC был впервые адаптирован к использованию в программе скрининга новорождённых SCID штата Висконсин, США [17].

#### **TREC в диагностике ВИЧ инфекций**

Анализ TREC применяется для изучения влияния ВИЧ-инфекции на выброс вилочковой железы.

ВИЧ поражает как зрелые Т-клетки CD4+, так и тимоциты CD4+ [18]. При хроническом течении заболевания число Т-клеток CD4+ постепенно снижается и приводит, в конечном счёте, к состоянию иммунодефицита (СПИД). Во время ВИЧ-инфекции наступает дисфункция вилочковой железы. Однако уровни TREC среди пациентов изменчивы, и в начальной стадии инфекции, по сравнению со здоровыми людьми, разница может не наблюдаться [19]. В результате проведённого исследования на ранней стадии терапии уровень TREC представляет активный тимопоз, который служит для нормально функционального цикла Т-клеток [20].

Мониторинг TREC был также использован для изучения влияния терапии малых доз длительного рекомбинантного человеческого гормона роста на восстановление иммунитета у ВИЧ-инфицированных пациентов. Этот режим лечения

восстанавливает некоторые функции тимуса, после которой отмечалась стимуляция тимопоэза [Hansen et al., 2009]. Таким образом, многочисленные данные подтверждают, что уровень TREC является полезным маркером функции тимуса и у ВИЧ-1-инфицированных лиц [28; 20; 22; 23].

#### **Методы определения TREC**

Для измерения концентрации TREC используются различные методы полимеразной цепной реакции (ПЦР). К ним относятся: количественный ПЦР в реальном времени и иммуноферментный анализ ПЦР (ИФА-ПЦР). Единицы измерения концентрации TREC также варьируются. В совокупности эти факторы делают его трудным в интерпретации и сравнении данных TREC между исследованиями [24]. Предпочтительным представляется исследование TREC на основе ИФА-ПЦР в связи с тем, что он более чувствительный и точный, основан на специфической детекции, усиленной последовательностью мишени в течение каждого цикла ПЦР. Следовательно, никакой обработки после ПЦР не требуется, что делает этот метод быстрым, снижает нагрузку и предотвращает перекрёстное загрязнение продуктов ПЦР [25].

Однако с применением TREC у новорождённых с иммунодефицитами есть и ложноположительные результаты. Они связаны не только с нарушением техники забора крови или использованием значения отсечки, но и с низким уровнем содержания Т-клеток у недоношенных новорождённых, несмотря на нормальные уровни TREC при подсчёте проточной цитометрией [26]. Таким образом, разработан протокол для всех недоношенных детей (меньше чем 37 недель беременности), у которых были выявлены аномальные уровни или неубедительные результаты TREC. У таких пациентов проводится мониторинг уровня TREC до тех пор, пока они не достигнут уровня 37-и недельной беременности. Далее определение уровня TREC осуществляется по разработанному протоколу [27]. Несмотря на ограничения использования, анализ TREC считается наименее инвазивным методом для оценки деятельности тимуса, позволяющего обеспечить столь необходимую информацию о Т-клетках иммунной системы не только для пациентов с иммунодефицитами, но и для других форм Т-клеточной лимфопении. Особенно это важно для тех стран, где отмечается высокий уровень кровосмешения [28].

У ВИЧ-1-инфицированных взрослых количественное определение TREC было использовано для оценки функции тимуса и статуса иммунного восстановления Т-клеток. [3]. У детей измерение уровня TREC может быть использовано в качестве маркера для определения возможности поддержания уровня Т-лимфоцитов после высокоактивной антиретровирусной терапии. Но и здесь есть определённые проблемы в интерпретации данных TREC. Это связано с тем, что ВИЧ-инфекция приводит к генерализованной иммунной активации, что в свою очередь приводит к активной пролиферации Т-клеток на периферии и высокому уровню смертности Т-клеток. Кроме того, нарушается миграция Т-клеток в крови между периферическими органами и лимфатических узлами [29].

#### **Заключение:**

Обзор представленных данных показывает, что измерение TREC является хорошим показателем

уровня выброса клеток тимуса в периферической крови, а также функциональной способности вилочковой железы в производстве Т-клеток. Применение TREC в клинической практике зарекомендовало себя как наиболее точный анализ в диагностике, профилактике, а также в прогнозировании таких серьезных заболеваний как ВИЧ, иммунодефициты и злокачественные заболевания кроветворной системы.

#### Литература:

1. Livak F, Schatz DG (1996) T-cell receptor alpha locus V (D) J recombination by-products are abundant in thymocytes and mature T cells. //Mol Cell Biol. № 16. - P. 609–618.
2. Донецкова А.Д., Фроленко А.Л., Трошина В.В., Смолягин А.И., Ярилин А.А. Тимусные эксцизионные кольца в лимфоцитах периферической крови. Возрастная динамика и влияние тимэктомии //Иммунология. 2010. - Т 31. - № 6. - С. 293-298.
3. Douek DC, McFarland RD, Keiser PH, Gage EA, Massey JM, Haynes BF, Polis MA, Haase AT, Feinberg MB, Sullivan JL, Jamieson BD, Zack JA, Picker LJ, Koup RA. Changes in thymic function with age and during the treatment of HIV infection. //Nature. 1998. № 396. - P. 690–695.
4. Van Dongen JJM, Comans-Bitter WM, Wolvers-Tettero ILM, Borst J (1990) Development of human T lymphocytes and their thymus-dependency. //Thymus. № 16. - P. 207–234
5. Jamieson BD, Douek DC, Killian S, *et al.* Generation of functional thymocytes in the human adult. //Immunity 1999. № 10. - P. 569–575.
6. Verschuren MC, Wolvers-Tettero IL, Breit TM, Noordzij J, van Wering ER, van Dongen JJ. Preferential rearrangements of the T cell receptor-delta-deleting elements in human T cells. //Journal of Immunology. 1997. № 158. - P. 1208–1216.
7. McFarland, R.D., D.C. Douek, R.A. Koup, and L. J. Picker. Identification of a human recent thymic emigrant phenotype. //Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 2000. № 97. - P. 4215.
8. Borghans JA, Bredius RG, Hazenberg MD, Roelofs H, Jol-van der Zijde EC, Heidt J, Otto SA, Kuijpers TW, Fibbe WE, Vossen JM, Miedema F, van Tol MJ. Early determinants of long-term T-cell reconstitution after hematopoietic stem cell transplantation for severe combined immunodeficiency. // Blood. 2006. №108(2). - P. 763-769.
9. Haddad E, Landais P, Friedrich W, *et al.* Long-term immune reconstitution and outcome after HLA-nonidentical T-cell-depleted bone marrow transplantation for severe combined immunodeficiency: a European retrospective study of 116 patients. // Blood. 1998. № 91. - P. 3646-3653.
10. Sairafi D, Mattsson J, Uhlin M, Uzunel M. Thymic function after allogeneic stem cell transplantation is dependent on graft source and predictive of long term survival. //Clin Immunol. 2012. № 142(3). - P. 343-50.
11. Copelan EA. Hematopoietic stem-cell transplantation. // N Engl J Med. 2006. № 11. - P. 1813–1826.
12. Douek D.C., Vescio R.A., Betts M.R., Brenchley J.M., Hill B.J., Zhang L., Berenson J.R., Collins R.H., Koup R.A. Assessment of thymic output in adults after haematopoietic stem-cell transplantation and prediction of T-cell reconstitution. // Lancet. 2000. № 355. - P. 1875–1881.
13. Somech R, Lev A, Simon AJ, Korn D, Garty BZ, Amariglio N, Rechavi G, Almashanu S, Zlotogora J, Etzioni A. Newborn screening for severe T and B cell immunodeficiency in Israel: a pilot study. //Isr Med Assoc J. 2013. № 15(8). - P. 404-409.
14. Adeli MM, Buckley RH. Why newborn screening for severe combined immunodeficiency is essential: a case report. // Pediatrics 2010. № 126. - P. 465 – 469.
15. Morinishi Y, Imai K, Nakagawa N, *et al.* Identification of severe combined immunodeficiency by T-cell receptor excision circles quantification using neonatal Guthrie cards. //J Pediatr. 2009. № 155. - P. 829–833.
16. McGhee SA, Stiehm ER, Cowan M, *et al.* Two-tiered universal newborn screening strategy for severe combined immunodeficiency. Mol Genet Metab 2005; 86:427–430.
17. Baker MW, Grossman WJ, Laessig RH, Hoffman GL, Brokopp CD, Kurtycz DF, *et al.* Development of a routine newborn screening protocol for severe combined immunodeficiency. //J Allergy Clin Immunol. 2009. № 124. P. 522–527.
18. Haynes BF, Markert ML, Sempowski GD, Patel DD, Hale LP. The role of the thymus in immune reconstitution in aging, bone marrow transplantation, and HIV-1 infection. //Annu Rev Immunol 2000. № 18. - P. 529–560.
19. Pahwa S, *et al.* CD4 $\beta$  and CD8 $\beta$  T cell receptor repertoire perturbations with normal levels of T cell receptor excision circles in HIV-infected, therapy-naive adolescents. //AIDS Res Hum Retroviruses. 2003. №19. - P. 487– 495.
20. Saitoh A, Singh KK, Sandall S, *et al.* Association of CD4 $\beta$  T-lymphocyte counts and new thymic emigrants in HIV-infected children during successful highly active antiretroviral therapy. J Allergy Clin Immunol. 2006. № 117. - P. 909– 915.
21. Hansen BR, Kolte L, Haugaard SB, *et al.* Improved thymic index, density and output in HIV-infected patients following low-dose growth hormone therapy: a placebo controlled study. // AIDS. 2009. №23. - P. 2123–2131.
22. Yin L, Rodriguez CA, Hou W, *et al.* Antiretroviral therapy corrects HIV-1- induced expansion of CD8 $\beta$  CD45RA $\beta$  CD2- CD11a(bright) activated T cells. J Allergy Clin Immunol. 2008. № 122. - P. 166– 172.
23. Anselmi A, Vendrame D, Rampon O, *et al.* Immune reconstitution in human immunodeficiency virus type 1-infected children with different virological responses to antiretroviral therapy. // Clin Exp Immunol. 2007. № 150. - P. 442–450.
24. Kirschner DE. Reevaluation of T cell receptor excision circles as a measure of human recent thymic emigrants. //J Immunol. 2002. № 168(10). P. 4968-79.
25. Mette D, Hazenberg, Martie C.M, Verschuren, Dörte Hamann, Frank Miedema, Jacques J.M. van Dongen. T cell receptor excision circles as markers for recent thymic emigrants: basic aspects, technical approach, and guidelines for interpretation. //J Mol Med. 2001. № 79. - P. 631–640.
26. Chan K, Puck J. Development of population-based newborn screening for severe combined immunodeficiency. //J Allergy Clin Immunol. 2005. №115. - P. 391–398.
27. Routes JM, Grossman WJ, Verbsky J, *et al.* Statewide newborn screening for severe T- cell lymphoma.

phopenia. J Am Med Assoc 2009; 302:2465–2470.

28. Somech R. T-cell receptor excision circles in primary immunodeficiencies and other T-cell immune disorders. // Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2011. № 11(6). P. 517-524.

29. Ribeiro RM, Perelson AS. Determining thymic output quantitatively: using models to interpret experimental T-cell receptor excision circle (TREC) data. // Immunol Rev. 2007. № 216. P. 21-34.

#### Тұжырым

### АУРУЛАРДЫҢ ДИАГНОСТИКА ЖӘНЕ БОЛЖАУЫНДАҒЫ TREC (T-CELL RECEPTOR EXCISION CIRCLES) ДЕНГЕЙЛЕРІН АНҚТАУДЫҢ МАҢЫЗЫ

С.С. Исқакова<sup>1</sup>, О.Н. Оразаяев<sup>2</sup>, Е.Ж. Бекмұхамбетов<sup>2</sup>, Г. Дворацки<sup>3</sup>

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,  
Ақтөбе қ. Қазақстан

<sup>1</sup>Фармакология кафедрасы, <sup>2</sup>Онкология және визуалді диагностика кафедрасы;

<sup>3</sup>К. Марчинковский атындағы медицина университеті,  
Клиникалық иммунология кафедрасы, Познань, Польша

Шолуда аурудың диагностикасында, мониторинг пен болжауында TREC (T-cell Receptor Excision Circles) денгейін анқтау ең қолжетімді және азинвазивті әдіс екенін дәлелдейтін жұмыстар көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** TREC, диагностика, T-жасушасының рецепторін реаранжирациясы.

#### Summary

### LEVEL OF TREC (T-CELL RECEPTOR EXCISION CIRCLES) DETERMINATION IN DIAGNOSIS, MONITORING AND PROGNOSIS OF DISEASES

S. Iskakova<sup>1</sup>, O. Urazayev<sup>2</sup>, Ye. Bektukhambetov<sup>2</sup>, G. Dworacki<sup>3</sup>

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

<sup>1</sup> Department of Pharmacology, <sup>2</sup> Department of oncology and visual diagnostics

<sup>3</sup> Department Clinical Immunology of Poznan University of Medical Sciences, Poland

TREC is a marker of T-lymphocytes that were isolated by thymus after differentiation. This review summarizes that the work justify definition TREC level as the most accessible and minimally invasive method in the diagnosis, monitoring and prognosis of diseases such as: immunodeficiency, HIV and bone marrow transplantation.

**Key words:** TREC, diagnosis, T-cell receptor rearrangement.

УДК: 616-001-036-614.86

А.О. Мысаев<sup>1</sup>, К.Е. Сеулханов<sup>2</sup>, С.В. Сурков<sup>1</sup>, Н.А. Бокембаев<sup>1</sup>, Т.Ж. Амренов<sup>1</sup>, Алт.О. Мысаев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Государственный медицинский университет города Семей,

<sup>2</sup> Больница скорой медицинской помощи, г. Семей,  
Травматологический пункт

## ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ. ЧАСТЬ 1: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

#### Аннотация

Дорожно-транспортные происшествия и связанный с ними травматизм является актуальной проблемой современного человечества. В статье приведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций по теме дорожно-транспортного травматизма глубиной 15 лет. В поиске использовались базы данных Google scholar и PubMed. В данной работе представлена часть 1, касающаяся вопросов эпидемиологии изучаемого явления в мировом и региональном масштабе. «Часть 2: Факторы риска и меры профилактики» и «Часть 3: Система оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях» будут опубликованы в следующих номерах журнала.

**Ключевые слова:** дорожно-транспортный травматизм, эпидемиология, литературный обзор.

Травматизм и смертность от внешних причин, признанные во всем мире как предотвратимые состояния, продолжают оставаться в числе актуальных проблем здравоохранения [1–8]. Они характеризуются высокой распространенностью, тенденцией к росту, а также медицинской, социальной и экономической значимостью [4–6; 9–23]. До 80% смертей в мире приходится на долю управляемых причин, в том числе травмы и

отравления [24]. Ежегодный рост травматизма составляет 1,5-10% [4; 11–15; 18; 19].

По данным международной транспортной статистики наиболее аварийным и травматичным во всем мире является автомобильный транспорт (Всемирная организация здравоохранения, 2005). Среди причин травм дорожно-транспортные происшествия (ДТП) составляют 1,5-16% [5; 9; 11; 18; 25–28], инвалидности

- 28,4-30% [4; 29], в структуре смертности - 11-33,2% [17; 29-31]. Помимо гибели и инвалидности людей в результате автокатастроф, опасные дорожные условия ограничивают мобильность граждан и возможность вести здоровый, активный образ жизни, что повышает риск развития неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания и диабет, и увеличивает число людей, страдающих ожирением [32].

По оценкам, в мире ежегодно происходит 20 млн. ДТП, в которых погибают 1,2 млн. человек и около 50 млн. получают травмы [10]. Свыше 90% случаев смерти на дорогах в мире происходят в странах с низким и средним доходом, на которые приходится лишь 48% транспортных средств (ТС) мира [33]. Согласно прогнозам, эти цифры увеличатся примерно на 65% за последующие 20 лет, если не будут проявлены решительные системные меры по предупреждению травматизма на дорогах [10] и к 2030 г. дорожно-транспортный травматизм может стать пятой ведущей причиной смерти [33].

Дорожно-транспортный травматизм (ДТТ) является серьезной проблемой общественного здоровья и в 53 странах Европейского региона ВОЗ [34]. Во многих странах отмечается рост числа ДТП и, как следствие, увеличение количества пострадавших и погибших [6; 8; 9; 17; 21; 22; 24; 29; 35-38]. В странах активно борющихся с ДТТ в период между 2000 и 2020 гг. смертность от ДТТ снизится примерно на 30%; однако, существенно увеличится в странах с низким и средним доходом [34].

В течение двух последних десятилетий в странах Европы и Центральной Азии (ЕЦА) наблюдался стремительный рост числа легковых автомобилей на дорогах, который не сопровождался надлежащим развитием инфраструктуры и системы нормативного регулирования. Страны с переходной экономикой, где, начиная с 1990-х годов, наблюдался бурный экономический рост (например, Казахстан и Россия), отличались высокими темпами автомобилизации, но при этом они не смогли обеспечить надлежащее развитие инфраструктуры [32; 39]. В странах Содружества Независимых Государств (СНГ) количество легковых автомобилей на 1000 жителей увеличилось на 120% - с 64 в 1990 году до 141 в 2003 году [40]. В г. Астана число автомобилей за период 2000-2007 гг. увеличилось в 2,4 раза [39; 41]. Во многих странах ЕЦА, особенно в странах СНГ, автотранспортные средства, как правило, бьются старыми и не отвечают стандартам безопасности. Несмотря на то, что, начиная 1990-х годов, в дорожно-транспортную инфраструктуру направляется большой объем инвестиций, в некоторых странах СНГ эта инфраструктура плохо содержится и испытывает нехватку капиталовложений [8; 32]. Более того, развивающиеся государства не создали эффективных механизмов нормативного регулирования, таких, как проверка технической безопасности ТС (особенно общественного транспорта), системы выдачи водительских прав, а также контроль за соблюдением скоростного режима, потребления алкоголя водителями и использованием ремней безопасности и защитных шлемов [32].

В СНГ ежегодный пробег ТС на душу населения составляет 800 км, а в Западной Европе - более 12 000 км. Однако, если в Западной Европе количество погибших в ДТП неуклонно снижается - менее 6 случаев на 100 тысяч населения в Нидерландах, Швеции,

Швейцарии, Норвегии и Великобритании (2006 год), то в большинстве стран ЕЦА смертность в результате дорожно-транспортного травматизма возрастает, хотя эти страны имеют меньший парк автомобилей и относительно небольшой пробег ТС на душу населения. Смертность в результате ДТТ в странах ЕЦА в 2007 г. увеличилась на 8-39% [32].

В среднем, уровень смертности от ДТТ в мире составляет 10,7 на 100 000 человек соответствующего населения. В странах СНГ средний уровень смертности, связанной с ДТТ, почти в три раза выше (21,8 на 100 тысяч населения), чем в Европейском союзе (ЕС-15) или других странах Западной Европы (7,9 на 100 тысяч населения). Самая высокая смертность на 100.000 населения в странах ЕЦА зарегистрирована в Казахстане (30,6), за которым с большим отрывом следуют Россия (25,2) и Кыргызстан (22,8) [32].

Общее ежегодное число жертв ДТТ в России многократно превышает количество погибших и раненых в стихийных бедствиях и техногенных катастрофах. Более 30% погибших в ДТП составляют люди наиболее активного трудоспособного возраста (26-41 год), из числа раненых - более 10 тысяч становятся инвалидами (это более 15% всех лиц, признаваемых в России инвалидами из-за травм). Многие исследователи отмечают рост травматизма в результате ДТТ, как в целом по России, так и в отдельных ее субъектах [20-22; 42-47].

Особенно серьезно эта проблема стоит возрастной группы населения от 5 до 29 лет, в которой дорожно-транспортные травмы являются главной причиной смерти [10; 33]. Вообще ДТТ характерен для лиц трудоспособного возраста, которые являются активными пользователями транспортных средств, с наибольшими значениями в возрастной группе 21-30 и 31-40 лет [6; 8; 12; 17; 21-25; 29; 48-52].

Для мужчин вероятность пострадать или погибнуть в ДТП выше, чем для женщин. На их долю приходится 55,2-76,6% случаев ДТП [5; 6; 8; 12; 15; 25; 26; 29; 49-53]. Также отмечено, что тяжесть травм выше у мужчин, чем у женщин [20; 54]. Это можно объяснить тем, что мужчины чаще, чем женщины, являются водителями ТС, чаще превышают скорость, управляют ТС в состоянии алкогольного опьянения (АО), не пользуются ремнями безопасности и шлемами. Помимо причиняемых огромных страданий, дорожно-транспортные происшествия могут довести семью до нищеты, когда люди, выжившие в ДТП, и члены их семей борются за то, чтобы преодолеть долгосрочные последствия аварии, такие как затраты на медицинское обслуживание и реабилитацию, а также - слишком часто - потеря кормильца и расходы на похороны. Таким образом, ДТТ создает огромную нагрузку на государственные системы здравоохранения [33].

Эпидемия ДТТ оказывает также значительное влияние на экономику многих стран, особенно с низким и средним доходом, которые зачастую борются за удовлетворение других потребностей развития. Глобальный ущерб от ДТТ составляет, по оценкам, 518 млрд долларов США и обходится государствам в 1-3% их внутреннего валового продукта (ВВП) - больше, чем эти страны получают в рамках помощи на цели развития [33; 34]. Для экономики Казахстана потери от ДТТ составляют 8 млрд. долларов США [52] или 2,2% ВВП [55], России в 2004-2006 гг. - составили 2,2-6,8% ВВП [56; 57].

Многие исследования отмечают сезонность ДТП: высокий уровень аварийности в летне-ранний-осенний период (июнь-сентябрь с пиком в августе) [19; 21–23; 28; 35], в течение недели – в пятницу и субботу [28; 35; 52]. В течение суток количество ДТП и пострадавших увеличивается, начиная с 7 утра и достигая максимума к 18-21 часам, затем происходит снижение уровня аварийности [19; 21; 22; 28; 35; 52; 58].

Наибольшее число ДТП происходит на автодорогах, улицах (80%) и во дворах домов (17%) [59]. По другим данным, из всех ДТП 55,6-56,3 % происходят в городах, из них 33-34 % – в крупных городах. Из общего числа погибших на долю городов приходится 35-38 % смертельных исходов [60].

Наибольшую озабоченность представляет дорожно-транспортный травматизм среди детей. Актуальность его в том, что в детском возрасте более высокая, чем у взрослых, тяжесть медицинских последствий (что связано с особенностями анатомического строения детского организма) и значительные экономические затраты по их ликвидации [59; 61]. Около 5 % от общего числа случаев смерти от ДТП приходится на детский возраст. Несмотря на то, что доля дорожно-транспортных травм у детей составляет 0,5-12,2% от всех травм [5; 16; 19; 20; 28; 35; 37; 62–68], именно на эту группу приходится наибольшее количество смертей и тяжелых повреждений ОДА, особенно у мальчиков от 8 до 16 лет [28; 62; 64].

Показатель детской смертности по причине ДТП варьирует в различных регионах. В среднем в России в каждом восьмом ДТП страдает ребенок (12,2%), более половины из них – дети от 7 до 14 лет [64]. В Казахстане каждый день в среднем регистрируется 8 ДТП с участием детей [68] и отмечено увеличение таких ДТП [63].

Структура травматических повреждений у детей имеет возрастные особенности. Так, если в младшей возрастной группе ведущая причина заболеваемости и смертности является кататравма, то в старших – дорожно-транспортная [59; 69; 70]. В общем, наиболее часто у детей встречаются переломы костей опорно-двигательного аппарата (ОДА) 13,16-27,6%, черепно-мозговая травма (ЧМТ) – 13,9%-41,5%, ушибы и ранения мягких тканей (МТ) – 14,5-60% [28; 35; 62; 71]. Однако, для каждой категории участника дорожного движения, получившего травму в результате ДТП, имеются свои особенности повреждения [64]. Сочетанная и множественная травма – 16,6-76%, при этом на эту группу приходится 2/3 погибших в ДТП [35; 37] и их количество в структуре травм значительно увеличилось [62].

Тяжесть травм, полученных в ДТП, обуславливает необходимость стационарного лечения. Так, госпитализируются - 40-89% пострадавших, остальные - проходят лечение амбулаторно [35; 67; 69; 72; 73].

Многие исследователи отмечают сезонность в ДТП с участием детей - весенне-летний период: июнь-октябрь [28], май-сентябрь [35]. Это время летних каникул, когда дети наиболее активного возраста (8-18 лет) самостоятельно передвигающиеся по территории города, оставшись без контроля в течение всего дня. В этой группе выделяются подростки в возрасте 17-18 лет, которые самостоятельно управляют ТС и получают травмы в результате ДТП [63]. Как известно, отсутствие надзора за детьми является наибольшим фактором детской смертности [74; 75]. Временной «пик»

ДТП с участием детей в течение суток отмечен между 14-19 часами [13; 37]. Среди пострадавших мальчики преобладают над девочками: 61,8-75,8% и 24,2-38,2% соответственно [5; 13; 37; 63; 64; 67].

Уровень детской смертности от ДТП по странам мира различный. Например, по данным 2004 года, в Юго-Восточной Азии этот показатель составил 7,4; в странах Африки – 19,9; в странах Латинской Америки – 7,7; на Ближнем Востоке – 18,3; в странах Западной Европы – 5,2 на 100 000 человек. Для сравнения, в Республике Казахстан аналогичный показатель составил 8,6 на 100000 человек [76].

Кроме региональных особенностей, существуют различия, связанные с типом участника дорожного движения. В 70 странах мира 33% погибших детей были пешеходами, а 65% - пассажирами, велосипедистами или мотоциклистами [77]. В России и Казахстане пешеходами были 62-64% пострадавших детей, внутри автомобиля – 28%, велосипедисты – 10% [37; 64].

Среди причин ДТП с детьми можно выделить основные: переход через улицу в неустановленном месте (61%) и на запрещающий знак светофора (10%), езда на велосипеде по проезжей части (19%), столкновение автомобилей (8%), шалости с автомобилями во время гололеда (2%) [37].

Поэтому необходимо уделять особое внимание образовательным программам среди детей школьного возраста в профилактике дорожно-транспортного травматизма [68], а также усилить детскую травматологическую службу [78].

#### Литература:

1. Яковенко И.В. Медико-социальные аспекты сочетанной черепно-мозговой травмы и пути совершенствования медицинской помощи пострадавшим (в городах с различной численностью населения): автореф.дисс. ... докт.мед.наук / И.В. Яковенко. - Санкт-Петербург, 2008. - С. 280.
2. Peden M. Proceedings of WHO Meeting to Develop a 5-year strategy for road traffic injury prevention. Geneva, 2001.
3. Ержанова А.Т. Социально-значимые заболевания в Республике Казахстан // Астана медициналык журналы. - 2011. - Т.4. № 66. - С. 181–3.
4. Джаксыбекова Г.К. Совершенствование статистического учета травм и анализ непроизводственного травматизма среди взрослого населения Республики Казахстан // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2006. - Т.3. № 5. - С. 35–37.
5. Андреева Т.М. Травматизм в Российской Федерации на основе данных статистики // Социальные аспекты здоровья населения. - 2010. - Т.4. № 16. - С. 12-14.
6. Гурьев С.Е., Березка Н.Н., Шишук В.Д., Соловьев А.С. Клинико-организационные принципы, основы и критерии системы оказания медицинской помощи пострадавшим с травматическими повреждениями // Травма. - 2010. - Т.10. № 2. - С. 133–140.
7. Землянова Е.В. Анализ статистики смертности детей от несчастных случаев, отравлений и травм // Социальные аспекты здоровья населения. - 2009. - Т.12. № 4. - С. 26-29.
8. Панов Б.В. Новые подходы к медицинскому обеспечению безопасности дорожного движения //

- Актуальные проблемы транспортной медицины. - 2012. - Т.4. № 30. - С. 48–60.
9. Амвросов, Д.Э., Клименко Г.Я. Травматизм как медико-социальная проблема // Научно-практический журнал "Прикладные информационные аспекты медицины" - 2008. - Т.11. № 2.
10. Peden M. World report on road traffic injury prevention. Geneva, 2004.
11. Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С. Динамика основных показателей травматизма и заболеваемости костно-мышечной системы у населения Ленинграда-Санкт-Петербурга (итоги тридцатилетнего мониторинга, проведенного с 1976 по 2008) // Травматология и ортопедия России. - 2008. - Т.4. № 50. - С. 6-100.
12. Батпенов Н.Д., Баймагамбетов Ш.А., Оспанов К.Т. Современные подходы к оказанию экстренной травматологической помощи на догоспитальном этапе // Астана медициналык журналы. - 2002. - Т.1. - С. 6-24.
13. Бектасов Ж.К. Анализ состояния детского травматизма в г. Астане и пути его профилактики // Травматология және ортопедия. - 2010. - Т.2. - С.4-13.
14. Марченко Л.О., Серкова Е.В., Серков А.А. Субъективная оценка качества оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим автодорожную травму (по данным анкетирования) // Травматология және ортопедия. - 2007. - Т.4. № 46. - С. 9-47.
15. Абилямажинов М.Т. Анализ медицинской помощи травматологического кабинета (на примере дорожной больницы г.Астаны) // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т.2. - С. 7-14.
16. Усатаева Г.М. Современные эпидемиологические особенности неумышленного детского травматизма // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2009. - Т. 4. № 8. - С. 7-20.
17. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Медико-социальные аспекты травматизма в Республике Казахстан и меры по его снижению // Травматология және ортопедия. - 2009. - Т. 2. С. 7–15.
18. Азизов М.Ж., Семенов А.А., Касымов Г.С., Храповицкая А.Ю. Анализ состояния травматизма в Республике Узбекистан // Травматология және ортопедия. - 2009. - Т. 2. - С. 6-15.
19. Кулмуханов К.К., Бектасов Ж.К., Жакилин А.Б., Кунапьянов Д.Б. Детский травматизм, его характеристика и пути профилактики // Травматология және ортопедия. - 2009. - Т. 2. - С. 9-28.
20. Андреева, Т.М., Огрызко, Е.В., Редько И.А. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2007. - Т. 2. - С. 59–63.
21. Губайдуллин М.И., Зарков С.И. Некоторые аспекты дорожно-транспортного травматизма в крупном промышленном городе // Вестник Южно-Уральского государственного университета Серия Образование здравоохранение физическая культура. - 2011. - Т. 39. - С. 98–102.
22. Губайдуллин, М.И., Сафин, Р.Я., Зарков С.И. Анализ дорожно-транспортного травматизма в городе Челябинске // Медицинский вестник Башкортостана. - 2011. - Т. 6. № 2. - С. 350–354.
23. Губайдуллин М.И., Тюков Ю.А., Зарков С.И., Сафин Р.Я. Экспертная оценка причин неблагоприятных исходов дорожно-транспортных травм // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. - 2011. - Т. 9. № 2. - С. 240–2.
24. Мироманов А.М. Травматизм – медико-социальная проблема XXI века. Пути преодоления // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая политика Забайкальского края: оценка и перспективы развития». Иркутск, 2010. - С. 136–42.
25. Руспекова Л.А., Камаров А.К., Ырымбаева Н.Ж., Ибраева А.Б., Жакупов Ж.Б., Нурашева С.К. А.С.К. Уровень обращаемости пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях // Астана медициналык журналы. - 2008. - Т. 2. № 47. - С. 146.
26. Абилямажинов М.Т. Оказание медицинской помощи больным с травматологическими повреждениями (на примере травматологического пункта дорожной больницы г.Астаны) // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т. 2. - С. 18–20.
27. Калининская А.А., Шарафутдинова Н.Х., Евсюков А.А., Дзугаев А.К., Мустафин Р.М. Организация травматологической помощи в сельской местности и пути ее совершенствования // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. - 2009. - Т.12. № 4. - С. 4.
28. Губа А.Д. Детский дорожно-транспортный травматизм в г. Тольятти и его профилактика // Анналы травматологии и ортопедии. - 1995. - Т.3. - С.17–21.
29. Серкова, Е.В., Серков А.А. Травматизм и инвалидность в Курганской области в результате дорожно-транспортных происшествий // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т. 2. - С.28–9.
30. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К., Бермагамбетова Г.Н. Об обеспечении безопасности дорожного движения и мониторинге дорожно-транспортного травматизма в Республике Казахстан // Травматология және ортопедия. - 2010. - Т. 2. - С. 3–5.
31. Тихилов Р.М., Воронцова Т.Н., Лучанинов С.С. Динамика основных показателей смертности населения Ленинграда-Санкт-Петербурга от травм и воздействия внешних причин (итоги мониторинга, проведенного с 1976 по 2008) // Травматология и ортопедия России. - 2010. - Т.1. № 55. - С. 106–14.
32. Patricio V. Marquez, George A. Banjo, Elena Y. Chesheva and S.M. Confronting "Death on Wheels": Making Roads Safe in ECA., - 2009.
33. WHO. Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization, - 2009.
34. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский доклад о состоянии безопасности дорожного движения. Копенгаген, 2009.
35. Краснов, А.Ф., Соколов В.А. О состоянии медицинской помощи при дорожно-транспортных травмах // Анналы травматологии и ортопедии. - 1995. - Т. 3. - С. 9–16.
36. Габдуллин А.С. Эпидемиологическая оценка травматизма среди населения г.Атырау // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т.2. - С.4-23.
37. Гончаров Б.Н., Мухамеджанов А.А. Состояние детского дорожно-транспортного травматизма в Северо-Казахстанской области // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т.2. - С. 24.
38. Богдан О.В. Дорожно-транспортный травматизм в современных условиях // Травма. - 2010. - Т. 11. № 2. - С. 6-123.

39. Карп Л.Л., Потапчук Т.Б. Обеспечение безопасности дорожного движения как важнейшее условие снижения автотранспортного травматизма // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т. 2. - С. 7-25.
40. Kłys M., Grzeszczuk S., Majchrzak T. [Fatal traffic accidents vs. alcohol consumption in the victims in the archival material collected by the Institute of Forensic Medicine, Collegium Medicum, Jagiellonian University in Cracow, in the years 2000- 2003]. // Arch. Med. sądowej i Kryminol. - Т. 56. № 2. - С. 80-5.
41. Карп Л.Л., Джаксыбекова Г.К., Потапчук Т.Б., Шварц Д.В. Обеспечение безопасности дорожного движения как важнейшее условие снижения дорожно-транспортного травматизма // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т. 2. № 47. - С. 7-156.
42. Рубцова И.Т. Медико-организационные подходы к снижению смертности от предотвратимых причин на региональном уровне: автореф... канд.мед.наук / И.Т.Рубцова. - Москва, // 2008. - С. 24.
43. Козлов С.В. Совершенствование организации работы службы судебно-медицинской экспертизы по случаям дорожно-транспортных происшествий со смертельным исходом (на примере г. Хабаровска): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / С.В.Козлов. - Хабаровск, // 2007. - С. 185.
44. Осипов В.В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий (на примере Хабаровского края): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / В.В.Осипов. - Хабаровск, // 2004. - С. 155.
45. Кулеша Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях (на примере Амурской области): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / Н.В.Кулеша. - Хабаровск, // 2006. - С. 19.
46. Меркулов С.Е. Социально-гигиенические аспекты травматизма городского населения трудоспособного возраста: автореф.дисс. ... канд.мед.наук / С.Е.Меркулов. - Москва, // 2008. - С.194.
47. Салахов Э.Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий: автореф.дисс. ... канд.мед.наук / Э.Р.Салахов. - Москва, // 2006. - С. 166.
48. Габдулхаков, Р.М., Тимербулатов, М.В., Гараев, Р.Г., Хафизов Н.Х. Эпидемиология тяжелой сочетанной травмы в мегаполисе // Гений ортопедии. - 2009. - № 4. - С. 95-98.
49. Весельский В.И. Обслуживание травматологических больных службой скорой медицинской помощи // Астана медициналық журналы. - 2011. - Т. 1. № 63. - С. 90-2.
50. Батпенов Н.Д., Рахимов С.К., Иванов В.В., Кайназаров Х.Ш., Ташетов Ш.Ж., Зарипов Н.А., Акбердиев Н.А., Чекаев Р.А. К вопросу диагностики закрытых повреждений живота, сочетанных с черепно-мозговой травмой, при политравмах // Астана медициналық журналы. - 2002. - Т. 2. - С. 45-8.
51. Елфимов П.В., Кузнецова Н.Л., Подлужная М.Я., Рыбин А.В. Система профилактики травматизма в крупном индустриальном центре и его территориальном образовании // Гений ортопедии. - 2009. - Т. 4. - С. 88-90.
52. Сергазин Б.Б. Медицинские и социальные аспекты дорожно-транспортного травматизма // Травматология және ортопедия. - 2009. - Т. 2. - С.36-8.
53. Весельский В.И. Обращаемость городского населения за скорой и неотложной медицинской помощью // Астана медициналық журналы. - 2011. - Т.4. № 66. - С. 142-3.
54. Шакенов Д.И., Рахимов С.К., Ташетов Ш.Ж., Оразбаев Д.А., Чекаев Р.А. Б.Ж. Особенности тактики лечения повреждения внутренних органов при политравме // Астана медициналық журналы. - 2004. - Т. 2. - С. 144-6.
55. Пресс релиз ДВД Акмолинской области Республики Казахстан. Астана., 2008.
56. Президиум Государственного совета РФ. О дальнейших мерах по повышению безопасности дорожного движения, снижению числа погибших при дорожно-транспортных происшествиях. Москва., 2009.
57. Кимлацкий, О.А., Мачульская, И.Г., Пеньков И.А. Обеспечение безопасности дорожного движения в России Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ // Аналитический вестник Совета Федерации РФ. - 2006. - Т. 303. - № 15.
58. Губайдуллин, М.И., Сафин, Р.Я., Зарков С.И. (обзор отечественной и зарубежной литературы). // Вестник Южно-Уральского Государственного университета Серия Образование здравоохранение физическая культура. - 2010. Т.84.,№19-23. - С. 84-88.
59. Hyder A.A. и др. Global childhood unintentional injury surveillance in four cities in developing countries: a pilot study. // Bull. World Health Organ. - 2009. - Т.87. №5. - С. 345-52.
60. Кудрявцев, Б.П., Яковенко, Л.М., Розанов В.Е. Методика анализа и оценки качества оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных катастрофах: пособие для врачей. Москва: ВЦМК «Защита», 2009.
61. Hyder A.A., Aggarwal A. The increasing burden of injuries in Eastern Europe and Eurasia: making the case for safety investments. // Health Policy. - 2009. - Т.89. № 1. - С. 1-13.
62. Рахманов Р.Д. Анализ детского травматизма в Республике Узбекистан // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2010. Т.4. - С. 85-7.
63. Джантасов Д.Е., Султанова Ж.М., Денисов О.Г., Баядинова А.Н., Саугабаева С.Т. Анализ детского травматизма по ГССМП г. Астаны с 2005-2007 гг. // Астана медициналық журналы. - 2008. - Т.2. № 47. - С.162-3.
64. Турковский, В.Б., Рузанов, И.С., Лукьянов В.Ю. Характеристика травматических повреждений, полученные в ходе дорожно-транспортных происшествий у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2007. - Т. 2. № 16. - С. 18-20.
65. Бектасов Ж.К. Анализ состояния детского травматизма в г. Астане и пути его профилактики // Травматология және ортопедия. - 2010. - Т.2. - С. 13-4.
66. Усатаева Г.М., Хайрушев А.Е. Анализ детской смертности по причине травм в г.Алматы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2009. - Т.1-2. №8. - С. 44-8.
67. Соловьева К.С., Битюков К.А., Мартынова М.В. Повреждения опорно-двигательного аппарата у детей, полученные вследствие насильственных действий //

Травматология и ортопедия России. - 2009. - Т. 2. №52. - С. 157-9.

68. Шумилина, Л.Н. Роль образовательных программ в профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей школьного возраста // Информационно-методический журнал «Открытая школа». - 2010. - Т. 7. № 98. - С. 53-4.

69. Спиридонова Е.А. и др. Особенности оказания медицинской помощи детям с травмой // Детская больница. - 2010. - № 3. - С. 37-43.

70. Søreide K., Ellingsen C.L., Tjosevik K.E. Pediatric trauma deaths are predominated by severe head injuries during spring and summer. // Scand. J. Trauma. Resusc. Emerg. Med. - 2009. - Т. 17. - С. 3.

71. Шапиро К.И., Мистиславская И.А. Травматизм и заболеваемость болезнями органов опорно-двигательной аппарата подростков Российской Федерации // Травматология и ортопедия России. - 1995. - Т. 2. - С. 37-8.

72. Сахро, И.И., Буданцева, Л.Б., Щаренская, Т.Н., Стажадзе Л.П. Организационные аспекты оказания медицинской помощи детям при чрезвычайных

ситуациях // Анестезиология и реаниматология. - 2006. - № 1. - С. 62-4.

73. Низамхаджаев Ф.М., Алимова Х.П., Шадманов Т.Т. Организация неотложной хирургической помощи детям с травмами // Травматология және ортопедия. - 2009. - Т. 2. - С. 29-30.

74. Sharples P.M. и др. Causes of fatal childhood accidents involving head injury in northern region, - 1979 - №86. - С. 1193-7.

75. Bannon M.J., Carter Y.H., Mason K.T. Causes of fatal childhood accidents in North Staffordshire, 1980-1989. // Arch. Emerg. Med. 1992. Т. 9. № 4. - С. 357-66.

76. Peden, M. et. al. World report on child injury prevention. Geneva: 2008.

77. World Health Organization. WHO mortality database: tables [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/index.html).

78. Нагыманов Б.А. Состояние детской травматолого-ортопедической службы в Республике Казахстан // Травматология және ортопедия. - 2008. - Т. 2. - С. 27-8.

### Тұжырым

#### ЖОЛ-КӨЛІК ТРАВМАТИЗМ. 1 БӨЛІМ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

#### (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУЫ)

**А.О. Мысаев<sup>1</sup>, К.Е. Сеилханов<sup>2</sup>, С.В. Сурков<sup>1</sup>, Н.А. Бокембаев<sup>1</sup>, Т.Ж. Амренов<sup>1</sup>, Алт.О. Мысаев<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан,

<sup>2</sup> Семей қ. Жедел жәрдем медициналық көмек көрсету ауруханасы

Жол-көлік апаттары және онымен байланысты травматизм қазіргі заманның маңызды проблемасы болып табылады. Мәтінде жол-көлік травматизм тақырыбына арналған 15 жылдық тереңдікпен отандық және шетелдік ғылыми басылымдардың әдебиеттік шолуы көрсетілген. Іздестірілуде Google scholar және PubMed көрсеткіштер базалары қолданылды. Бұл жұмыста әлемдік және аймақтық деңгейде, зерттелетін жағдайдың эпидемиология сұрақтарын қамтитын 1 бөлім көрсетілген. «2 бөлім: Қатер факторлары және алдын алу шаралары» и «3 бөлім: Жол-көлік апаттарында жарақаттанушыларға медициналық көмек көрсету жүйесі» журналдың келесі номерлерінде басылады.

**Негізгі сөздер:** жол-көлік травматизм, эпидемиология, әдебиеттік шолуы

### Summary

#### ROAD TRAFFIC TRAUMATISM. PART 1: EPIDEMIOLOGY

#### (REVIEW)

**A.O. Myssayev, K.E. Seilkhanov, S.V. Surkov, N.A. Bokembaev, T.Zh. Amrenov, Alt.O. Myssayev**

<sup>1</sup> Semey State Medical University,

<sup>2</sup> Municipal Emergency Hospital, Semey

Road traffic collisions and associated injuries is an actual problem of modern humanity. A literature review of domestic and foreign scientific publications on the topic of road traffic injuries depth of 15 years is present in manuscript. Databases Google scholar and PubMed were used for publication searching. This paper is the part 1 concerning the epidemiology of road traffic collisions in global and regional scale. "Part 2: Risk factors and prevention" and "Part 3: The health care system for victims of road collisions" will be published in the next issues.

**Key words:** road traffic traumatism, epidemiology, review.

УДК 616-039.71-614.876

Т.К. Рахымбеков<sup>1</sup>, Н.Е. Аукенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, Н.М. Турдина,  
К.Н. Ансаликов<sup>3</sup>, Ж.Т. Молдагалиева<sup>2</sup>, Т.И. Белыхина<sup>3</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей,

<sup>2</sup>КГКП «Консультативно-диагностический центр», г. Семей,

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей

## ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СКРИНИНГОВОЙ БРИГАДЫ ВО ВРЕМЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

### Аннотация

Правильная организация работы скрининговой бригады для обследования лиц подвергшихся радиационному воздействию и их потомкам, является одним из важных аспектов для углубленных клинических исследований по изучению факторов риска развития мультифакториальных заболеваний, их ранней диагностики, рациональной фармакотерапии, первичной и вторичной профилактики людям, проживающим на экологически неблагоприятных территориях. Именно эти данные отражены в данной статье.

**Ключевые слова:** организация помощи, радиационный риск.

**Актуальность.** За период испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне, насчитывающих свыше 536 наземных взрывов, изменилась радиэкологическая обстановка в регионе, что не могло не отразиться на показателях заболеваемости, характере течения отдельных нозологических форм и увеличении вклада радиационно-индуцированной патологии [1,2].

Следует отметить, что в связи с сокращением численности лиц, проживавших непосредственно в период ядерных испытаний и увеличение групп радиационного риска, представленных их потомками, на изучаемых территориях изменилась демографическая обстановка [3-5]. Так, по состоянию на 2012 г. на территориях ВКО, Карагандинской и Павлодарской областей проживало около 356 тысяч лиц, переживших период ядерных испытаний из них 107 000 человек – лица, подвергавшиеся прямому облучению и 249 000 их потомки во втором и третьем поколениях.

Работа скрининговой бригады организовывалась в специально оборудованном месте, непосредственно в обследуемом районе (ЛПУ населенного пункта, школа, иное административное здание). Для эффективной работы скрининговой бригады из числа ее участников, назначался координатор работы скрининговой бригады и ответственные лица:

Основными функциями координатора и ответственных лиц, помимо выполнения задач бригады, была модерация работы бригады, с целью обеспечения ее оптимального функционирования и предотвращения неэффективного обследования посетителей. Критериями неэффективности работы бригады являлись неправильно или частично заполненные анкеты, недообследованные посетители, неинформативно (некачественно) проведенные лабораторно-инструментальные исследования. В полный пакет обследуемого по проекту входит:

1. Анкета I – анкета скринингового обследования;

2. Анкета II – блоки профильных специалистов: генетико-гематологического исследования; болезни системы кровообращения; патология щитовидной железы; акушерско-гинекологический блок; остеопения; патология печени; иммунология;

3. Зафиксированные заключения профильных специалистов;

4. Зафиксированные данные лабораторно-инструментальных методов исследования.

Обязательной частью идентификационной анкеты (подлежит обязательному контролю заполнения: регистратором, ответственным регистратором и координатором работы скрининговой бригады), являются поля с паспортными и контактными данными обследуемого, необходимые для возможного дальнейшего обследования/лечения за рамками работы скрининговой бригады в рамках реализации следующих этапов (заданий) НТП. В состав скрининговой бригады входили: врач-терапевт (координатор маршрута посетителя), регистраторы; врачи профильные специалисты; врачи инструментальной диагностики; лаборанты.

Маршрут посетителя пункта работы выездной скрининговой бригады пролегал через ряд основных звеньев, отраженных в нижеприведенной схеме (рисунок 1). Алгоритм работы специалистов скрининговой бригады представлен на рисунке 2. Первичным звеном в работе скрининговой бригады является регистратор, заполняющий анкету, необходимую для идентификации посетителя. С заполненной анкетой I посетитель направляется к врачу терапевту, координирующему его дальнейший маршрут. Врач терапевт, как основной координатор работы скрининговой бригады должен характеризовать посетителя по двум основным критериям:

1. Принадлежность к группе радиационного риска;

2. Необходимость консультирования профильными специалистами скрининговой бригады.

Профильные специалисты, согласно целям и задачам профильных разделов проводили опрос, осмотр обследуемого, по необходимости назначали ему лабораторно-инструментальные методы исследования и самостоятельно, либо при помощи персонального регистратора заполняют профильный блок анкеты по обследуемой патологии, в котором должны содержаться данные как лабораторных, так и инструментальных методов исследования. Работа профильного специалиста выполнялась согласно алгоритма профильного подразделения временного научного коллектива.

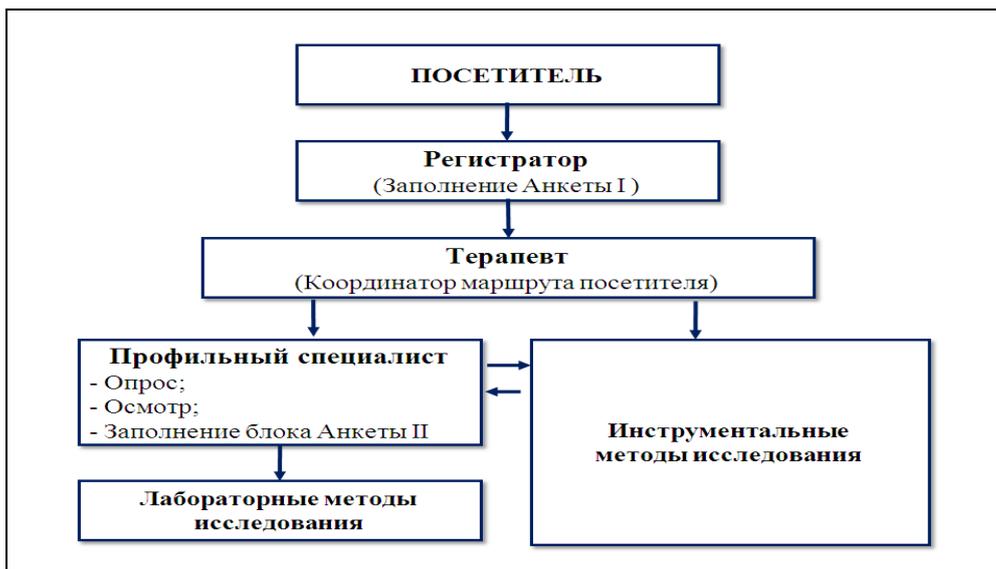


Рисунок 1. – Схема маршрута посетителя пункта работы выездной скрининговой бригады



Критериями включения в группу радиационного риска были:

1. Документально подтвержденный факт проживания кровных родственников (родители, бабушки и дедушки) на радиационно-загрязненных территориях в период с 1949 по 1962 гг.

2. Постоянное проживание исследуемого лица на изучаемой территории.

Критерием включения в контрольную группу был факт приезда на территорию изучаемого района из радиационно-чистых территорий после 1970 г.

Критериями включения в основную группу при лабораторно-инструментальных исследованиях по оценке прямого и опосредованного радиационного воздействия были:

- постоянное проживание родителей (дедушек и бабушек) на изучаемых территориях в период с 1949 по 1962 гг.;

- юридическое подтверждение (паспортные данные, данные ЗАГС о рождении) родства с лицами, подвергшимися прямому облучению.

Критериями исключения были:

- лица, выбывшие по различным причинам из работы;

- лица, отказавшиеся от проведения исследований;

- лица, не имеющие статуса пострадавшего.

Таким образом, предложенный алгоритм обследования лиц проживающих на экологически загрязненных территориях может использоваться в аналогичных ситуациях других регионов Республики Казахстан.

**Вывод:** Разработана методология проведения скрининговых и углубленных клинических исследований по изучению факторов риска развития мультифакторальных заболеваний, их ранней диагностики, рациональной фармакотерапии, первичной и вторичной профилактики у лиц, проживающих на радиационно-

загрязненных территориях Восточно-Казахстанской области.

#### **Литература:**

1. Mudie N., Swerdlow A., Gusev B., Pivina L., Sherbakova S., Apsalikov K. Twinning in the Offspring of Parents with Chronic Radiation Exposure from Nuclear testing in Kazakhstan // Radiation Research Society, 2010. - P. 829-836.

2. Apsalikov K. et al. Characteristics of Residual Radionuclides in Soil in Sarzhai and Karaul Villages affected mainly by the First USSR Hydrogen Bomb in 1953 // 15th Hiroshima International Symposium, Japan, 2010. - P. 14-15.

3. Апсаликов К.Н., Мулдағалиев Т.Ж., Гусев Б.И., Белихина Т.И. Современные медико-демографические проблемы населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия и их преодоление // Материалы научно-практической конференции, посвященной 20-летию закрытия Семипалатинского ядерного полигона «Двадцать лет свободы от ядерного оружия», г. Семей. 5 октября 2011г.

4. Белихина Т.И., Болеуханова Р.Т. Алгоритм оценки состояния здоровья среди потомков лиц, рожденных от облученных родителей, проживающих на территориях, прилегающих к СЯП // Материалы VII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» в г. Семей, Казахстан, 27 августа 2011 г. - С.17.

5. Апсаликов К.Н., Мулдағалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Гусев Б.И. Динамика движения населения в районах Восточно-Казахстанской области, прилегающих к Семипалатинскому полигону и формирование групп радиационного риска // Медицинский журнал Западного Казахстана, - 2012. № 4, - С.15-17

#### **Тұжырым**

### **СКРИНИНГ БРИГАДАНЫҢ ҰЙЫМ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТЕКСЕРУ КЕЗІНДЕ ЭКОЛОГИЯҒА ҚОЛАЙСЫЗ АУМАҚТАРЫНДА МЕКЕНДЕГЕН ХАЛЫҚТЫ ТЕКСЕРУ**

**Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Н.Е. Ауқенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, Н.М. Турдина**

**К.Н. Апсаликов<sup>3</sup>, Ж.Т. Молдағалиева<sup>2</sup>, Т.И. Белихина<sup>3</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

<sup>2</sup>ҚМКК «Семей қаласының диагностикалық консультациялық орталығы»

<sup>3</sup>Семей қ. ҒЗИ Радиациялық медицина және экология

Скрининг бригаданың ұйымы жұмысы үшін радиациялық әсер және ұрпақ тұлғаларды тексеру, маңызды аспектілердің бірі терендетілген клиникалық зерттеу фактор тәуекел мультифакториалдық ауруға шалдығудың дамуын үйрену, олардың ерте диагностикасы, тиімді фармакотерапия, алғашқы және екінші адамдарды алдын алу, экологиялық қолайсыз аумақта мекендейтін адамдар. Тап осы деректер айтылған мақалада көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** ұйымның көмегі, радиациялық тәуекел.

#### **Summary**

### **ORGANIZATION OF SCREENING TEAM DURING THE SURVEY POPULATION LIVE WITHIN THE ECOLOGICAL TROUBLE**

**T.K. Rakhypbekov<sup>1</sup>, N.E. Aukenov<sup>1</sup>, N.K. Shaimardanov<sup>1</sup>, N.M. Turdina**

**K.N. Apsalikov<sup>3</sup>, J.T. Moldagaliyeva<sup>2</sup>, T.I. Belihina<sup>3</sup>, L.M. Pivina<sup>1</sup>, M.R. Masabaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Semey State Medical University,

<sup>2</sup>TSPE «Diagnostic Center», Semey city,

<sup>3</sup>Research Institute for Radiation Medicine and Ecology

Proper organization of the screening team to survey individuals exposed to radiation and their descendants, is one of the important aspects for in-depth clinical studies on the risk factors for multifactorial diseases, their early diagnosis, rational pharmacotherapy, primary and secondary prevention for people living in ecologically unfavorable territories. Such data included in this article.

**Key words:** aid organization, the radiation risk.

УДК 615.382

К.К. Таштемиров

Государственный медицинский университет города Семей

## СОСТОЯНИЕ ДОНОРСТВА В СЛУЖБЕ КРОВИ

## Аннотация

Проведен контроль донорской службы в Павлодарском регионе. Установлено, что в течение наблюдения изменилось количество и структура донорской службы в рамках Павлодарского региона: наметилась тенденция к росту числа доноров как в пересчете на абсолютное их количество, так и на число доноров на тысячу населения. Число первичных доноров уменьшилось, при этом потребность в донации крови остается неоднородной. Рост происходит за счет неоплачиваемых сдач крови от родственников реципиентов. Существует тенденция снижения по половой пропорции среди доноров числа мужчин по сравнению с женщинами. Замечено постепенное возрастание в пропорциях доноров в возрасте от 30 до 39 лет, рабочих и служащих из городского региона.

**Ключевые слова:** донор, служба крови, кроводача.

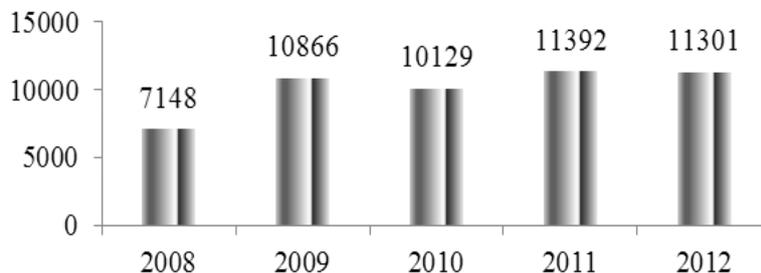
## Актуальность

Вопросы донорства крови и ее компонентов является одной из важных для государства и ключевых для отечественного здравоохранения. Именно поэтому эту проблему можно отнести к разряду вопросов внутренней безопасности страны [1]. По оценкам ВОЗ, доля доноров крови составляет менее 1 % от общей численности населения стран Центральной Азии, а за последние 3 - 5 лет их число резко сократилось, в то время как, по международным стандартам для удовлетворения потенциальных потребностей на долю доноров крови должно приходиться 2,5% населения страны. В результате у служб крови в странах Центральной Азии нет необходимых и безопасных запасов крови, что ставит под угрозу здоровье и жизнь пациентов, нуждающихся в переливании крови [2]. Несмотря на определенный прогресс, слишком много стран в Центральной Азии зависят от оплачиваемого или замещающего донорства. В Центральной Азии, по оценкам, на долю платных доноров приходится 80% всех доноров крови, используемой службами крови для удовлетворения своих потребностей. Пул добровольных доноров из группы меньшего риска постоянно сокращается, в то время как распространность инфекционных заболеваний растет в тех местах, где ресурсы ограничены [3]. В Республике Казахстан, начиная с 90-х годов прошлого века, донорство сократилось более чем в 2 раза. В 2009 году зарегистрировано 271 тыс. донорств крови и ее компонентов, что составляет 18 донорств на 1000 населения в год и лишь на 45 % соответствует минимальному уровню, рекомендуемому ВОЗ. Среднереспубликанский показатель на 1000 чел. населения по итогам 2009 года составил -18 доноров [4].

**Цель исследования.** Изучить, как развивается донорство в службе крови в одном из регионов Республики Казахстан.

**Материал и методы исследования.** Объектом для исследования стали доноры, обратившиеся в Центр крови Павлодарской области (ПОЦК) за период 2008-2012 годы. Сбор эпидемиологических данных доноров проводился при использовании стандартной анкеты, утвержденной приказом МЗ РК №332 от 08.07.2009 года. Материалами для изучения также явились ежегодные отчеты о работе ПОЦК. При работе использовались социологические, аналитические и статистические методы исследования.

**Результаты исследования.** В Павлодарской области численность населения от 18 до 50 лет составляет 168339 человек (по данным переписи населения РК 2009 года), которые могли стать потенциальными донорами, но только в среднем 6% обращаются в центры крови (ЦК) Павлодарской области. Изменение общего количества доноров крови Павлодарской области на протяжении пяти лет представлено на рисунке 1.



Фигура 1- Количество доноров ПОЦК за период 2008-2012 г.г.

Как видно из диаграммы, представленной на рисунке 1, наметилась тенденция к росту количества доноров в Павлодарской области на протяжении рассматриваемого периода. Наименьшее количество доноров отмечается в 2008 году (7148 доноров). Начиная с 2011 года, наблюдается стабилизация численности доноров. Известно, что число доноров на тысячу населения считают показателем, достаточно точно отражающим как отношение к донорству, так и его состояние в стране. Изменение количества доноров на 1000 населения в Павлодарской области представлено на рисунке 2.

Известно, что число доноров на тысячу населения считают показателем, достаточно точно отражающим как отношение к донорству, так и его состояние в стране. Изменение количества доноров на 1000 населения в Павлодарской области представлено на рисунке 2.

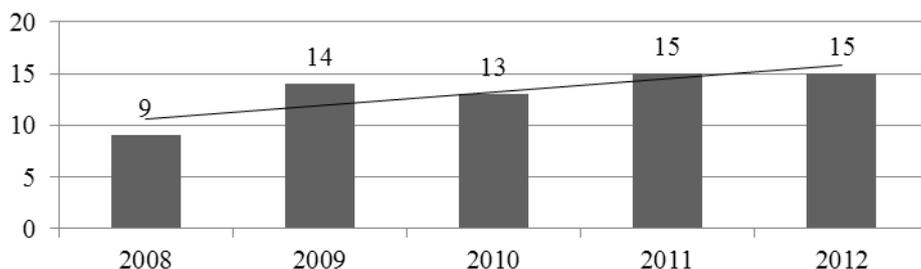
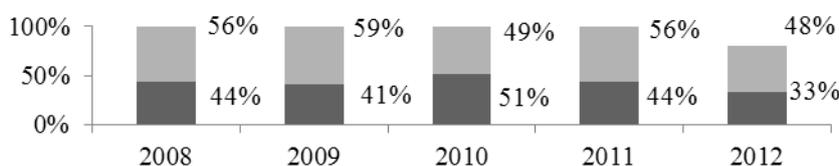


Рисунок 2- Количество доноров на 1000 населения Павлодарской области за период 2008-2012 г.г.

По данным диаграммы на рисунке 2 можно отметить, что аналогично росту общего числа доноров, увеличилось и количество доноров на тысячу населения: если в 2008г. оно составляло 9, то в 2009 г. оно увеличилось до 14 на 1000 населения, а в 2011 году отмечается стабилизация и некоторое увеличение доноров – до 15 доноров на 1000 населения. Количество первич-

ных доноров уменьшалось с 2008 г. до 2009 г. с 44% до 41% соответственно, от общего числа доноров. Затем в 2010 году отмечается, значительный рост первичных доноров до 51% от общего числа доноров в последующие годы наметилась тенденция к уменьшению 2012 г. до 33% (рисунок 3).



■ Доноры, сдавшие кровь первый раз в этом году ■ Первичные доноры

Рисунок 3- Состав доноров Павлодарской области за период 2008-2012г.г.

Из диаграммы на рисунке 3 так же видно, что имеется спад впервые обратившихся доноров с 56% от общего числа доноров в 2008 году до 49% в 2010 году, затем отмечается рост доноров до 56% в 2011 году, а в 2012 году максимальный спад до 47,9%. Такая неравномерная картина обращаемости населения для сдачи крови свидетельствует о том, что проводимая агитационно-просветительская работа среди населения недо-

статочная, тогда как улучшение материально-технической базы ПОЦК, позволяет сделать процедуру дачи крови безопасной и более комфортной для донора. За пять лет в ПОЦК наблюдалось 50836 доноров, мужчины составляли 68,7% (34918 человек), женщины – 31,2% (15854 человека). Данные по годам представлены на рисунке 4.

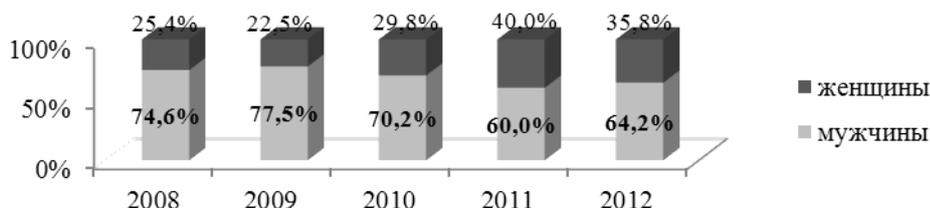


Рисунок 4 - Соотношение мужчин и женщин за период 2008-2012 г.г.

Из данных представленных в диаграмме (рисунок 4) видно, что имеется тенденция к снижению доли доноров – мужчин и наметился, рост доноров – женщин, особенно 2011 году (40%). Что касается возраста доно-

ров, то наибольший процент – 69,3% составлял возраст от 18 до 39 лет. На доноров в возрасте от 40 до 59 лет приходится 30,7%. Соотношение возрастных групп доноров представлено в таблице 1.

Таблица 1.

Соотношение различных возрастных групп среди доноров за период 2008-2012 г.г.

Возраст (лет)	Год									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
18-29	3324	46,5	4781	44	4214	41,6	4352	38,2	3311	29,3
30-39	1794	25,1	2934	27	2735	27	3737	32,8	3955	35
40-49	1380	19,3	2162	19,9	2056	20,3	2518	22,1	2938	26
50-59	650	9,1	989	9,1	1124	11,1	786	6,9	1096	9,7
<b>Итого:</b>	<b>7148</b>		<b>10866</b>		<b>10129</b>		<b>11392</b>		<b>11301</b>	

Как видно из данных таблицы 1, что если в исходном для нашего исследования 2008 г. молодые доноры – от 18 до 39 лет составляли 71,6%, доноры старшей возрастной группы – от 40 до 60 лет – 28,6%, а боль-

шую часть – 46,5% - составляли люди в возрасте от 18 до 29 лет, то к 2012 году доля доноров от 18 до 29 лет уменьшилась до 29,3%, старшая возрастная группа увеличилась до 35,7% от общего количества доноров.

Безусловно, положительным фактом следует считать неуклонный рост доли доноров от 30 до 39 лет, достигающий в последние годы 35%.

Интересно отметить изменение характеристик социальной структуры доноров. Распределение доноров по социальному признаку представлено в таблице 2.

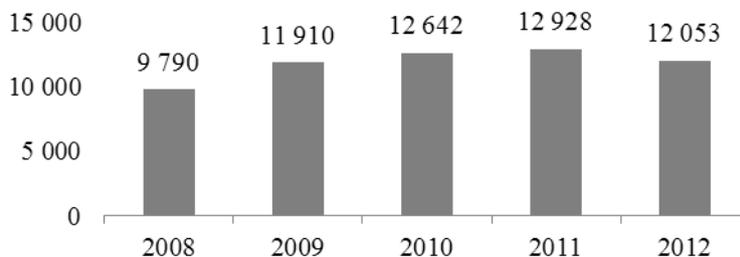
Таблица 2.

**Распределение доноров Павлодарской области по социальному признаку за период 2008-2012 г.г.**

Социальная группа	2008		2009		2010		2011		2012	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Рабочий	4003	56	5498	51	5510	54,4	5252	46,1	5707	50,5
Служащий	1272	18	1282	12	1935	19,1	2028	17,8	2712	24
Студент	829	12	2195	20	1165	11,5	1857	16,3	1367	12,1
Пенсионер	43	0,6	33	0,3	20	0,2	11	0,1	45	0,4
Безработный	643	8,7	1021	9,4	891	8,8	2119	18,6	870	7,7
Военнослужащий	172	2,4	348	3,2	324	3,2	57	0,5	203	1,8
Прочие	186	2,6	489	4,5	284	2,8	68	0,4	396	3,5
<b>Всего:</b>	<b>7148</b>		<b>10866</b>		<b>10129</b>		<b>11392</b>		<b>11301</b>	

Как видно из данных таблицы 2 наибольший процент доноров составляют рабочие (51,6%) и служащие (18,18%), наименьший процент приходится на доноров – пенсионеров (0,32%). Социально незащищенная группа доноров – безработные наблюдались в 10,6% случаев. Количество сельских жителей среди доноров в среднем

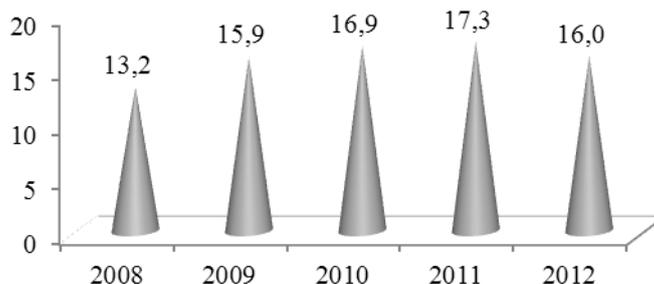
за пять лет составило 18,7%, а городских – 81,30%. Увеличение количества доноров естественно, увеличивает общее число кроводач в Павлодарской области, так с 2008 года по 2012 год количество донаций увеличилось с 9790 до 12053, т.е. в 1,2 раза. Мониторинг донаций за пять лет представлен на рисунке 5.



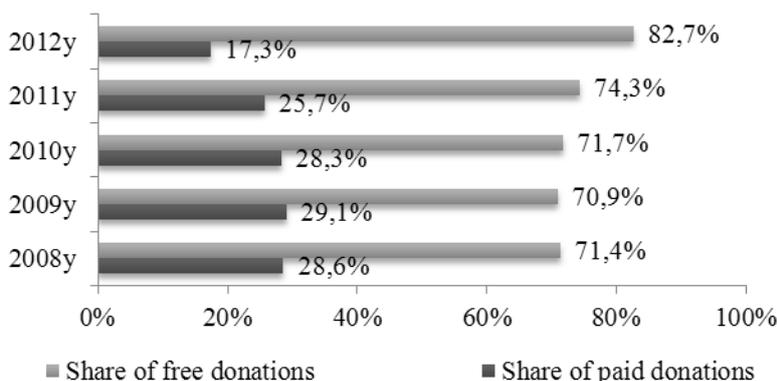
**Рисунок 5 - Мониторинг донаций в ПОЦК за пять лет**

Число донаций на тысячу населения увеличилось с 13,2 на 1000 населения увеличилось до 16 на 1000 населения и в среднем составил 15,9 на 1000 населения (рисунок 6).

Количество безвозмездных донаций увеличивается ежегодно, тогда, как процент платных донаций к 2012 году снизился с 28,6% в 2008 году до 17,3% (рисунок 7).



**Рисунок 6- Количество донаций на 1000 населения в год**



**Рисунок 7- Соотношение платных и добровольных доноров**

Рост безвозмездных донаций обусловлен донорами родственниками. В среднем доля безвозмездных донаций составляет 74,3% от всех кроводач, из них доля безвозмездных донаций от родственников реципиентов составляет 55,9% и только лишь на добровольные безвозмездные донации приходится 18,4%, что на 7,3% меньше платных донаций.

**Обсуждение результатов.** За годы наблюдения значительно изменились как число, так и структура донорских кадров Павлодарской области: наметилась тенденция к росту количества доноров, аналогично росту общего числа доноров, увеличилось и количество доноров на тысячу населения. Несмотря на то, что количество доноров увеличивается и, следовательно, увеличивается количество кроводач число донаций на тысячу населения, составляет в среднем 15,9 на 1000 населения, что является низким показателем в сравнении с данными ВОЗ. При уровне развития донорства, рекомендуемом Всемирной организацией здравоохранения для самообеспечения страны в 40-60 донаций на 1000 населения [5]. В Казахстане этот показатель составляет 18 на 1000 населения. Для сравнения: в США этот показатель составляет 109 на 1000 населения, Дании – 67 на 1000 населения, Германии – 52 на 1000 населения, России – 25 на 1000 населения [1]. Положительным фактом следует считать неуклонный рост доли доноров от 30 до 39 лет, достигающий в последние годы 35%. Это увеличение прямо коррелируется с аналогичным неуклонным увеличением доноров рабочих (51,6%) и служащих (18,18%) с преобладанием городских жителей (81,30%). Социально незащищенная группа доноров – безработные наблюдались в среднем 10,6% случаев без тенденции к росту.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, добровольный безвозмездный донор является «золотым стандартом», а имеющие финансовую или иную заинтересованность доноры – потенциально опасной в теоретическом смысле категорией [6]. По данным исследования, количество безвозмездных донаций увеличивается ежегодно и составляет 74,3% от всех кроводач, тогда как процент платных донаций к

2012 году снизился с 28,6% в 2008 году до 17,3%. Рост безвозмездных донаций обусловлен донорами родственниками реципиентов и составляет 55,9%. На добровольные безвозмездные донации приходится 18,4%, что на 7,3% меньше платных донаций. По данным глобальной базы данных ВОЗ, 94% крови, собранной в странах с высоким уровнем доходов, сдается донорами безвозмездно, а 43% крови в странах с низким и средним уровнем доходов оплачивается или забирается у доноров-родственников [7].

**Выводы.** Таким образом, несмотря на то, что количество доноров увеличивается и, следовательно, увеличивается количество кроводач число донаций на тысячу населения, составляет в среднем 15,9 на 1000 населения, что является низким показателем в сравнении с данными ВОЗ. Рост безвозмездных донаций обусловлен донорами родственниками реципиентов и составляет 55,9%.

#### Литература:

1. Концепция развития службы крови Республики Казахстан на 2011-2015 годы №:11-3/827-ВИ от: 21.07.2011
2. Baggaley R. et al. "Risk of HIV-1 Transmission for Parenteral Exposure and Blood Transfusion: A Systematic Review and Meta-analysis," editorial review, AIDS. - 2006. - 20(6). - P. 805–812.
3. The Lancet, "Improving Blood Safety Worldwide," editorial. - 2007. 370(4), - P.361.
4. Программа о мерах по совершенствованию и развитию добровольного безвозмездного донорства в Республике Казахстан на период с 2011 по 2015 годы
5. Глобальные показатели ВОЗ безопасности крови, 2007г., Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.
6. Developing a legislative framework for the national blood programme. Geneva, World Health Organization, 2010
7. Carolan P, Garcia M., Gift Blood Is the Safest Blood, Perspectives in Health. - 2005. - 10(2).

#### Тұжырым

#### ҚАН ҚЫЗМЕТІНДЕГІ ДОНОРЛЫҚ ЖАҒДАЙ

К.К. Таштемиров

#### Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Павлодар аймағында донорлық қызметті бақылау өткізілді. Бақылау барысында Павлодар аймағында донорлық қызметтің сандық және құрылымдық сипаттарының өзгеруі анықталды: донорлар санының өсуі белгіленді. Олардың абсолютті санына санағанда, сондай ақ мың халыққа қатысты донор саны да өсуде. Біріншілік донорлар саны азайды, бірақ бұл арада қан донациясына қажеттілік бір текті емес. Донацияның өсуі реципиенттердің жақындарының ақы төленбейтін қан тапсыруларына қатысты болып отыр. Донорлар арасында еркек сандарының әйелдерге қатысты жыныстық үйлесімдіктің азайуына бетбұрыс алды. Донорлардың жас үйлесімділігінің 30 - дан 39 жасқа дейін қалалық аймақтың қызметкерлері мен жұмысшыларының біртіндеп ұлғаюы байқалған.

**Негізгі сөздер:** донор, қан қызметі, қан тапсыру

#### Summary

#### CONDITION OF DONATION IN BLOOD SERVICE

K.K. Tashtemirov

#### Semey State Medical University, Semey

Monitored in the donation of the Pavlodar region. It is established that during the years of observation have changed both the number and structure of the donor frame of Pavlodar region: the tendency to increase the number of donors, similar to the growth of the total number of donors has increased and the number of donors per thousand population. The number of primary donors decreased; there is non-uniform pattern of requests for blood donation. The growth is due to unpaid donations by donors relatives of recipients. There is a downward trend in the proportion of donors - men and there has been growing up donors - women. Noted a steady increase in the proportion of donors between 30 and 39 years old, workers and employees with a predominance of urban residents.

**Key words:** donor, blood service, blood donation.

УДК:616.2-616-082

Ү.С. Самарова<sup>1</sup>, Р.М. Амирханов<sup>2</sup>, А.Қ. Садықов<sup>2</sup>, Ф.С. Рахимжанова<sup>1</sup>, Қ.Е. Калиханова<sup>1</sup>

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

<sup>1</sup>Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасы<sup>2</sup>«Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша магистрант

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕКЕМЕЛЕРІ ҚЫЗМЕТІН МЕМЛЕКЕТ ТАРАПЫНАН БАСҚАРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

### Тұжырым

Науқастарды емдеу барысында медициналық көмектің сапасын бағалау, медицина қызметкерлерінің жұмысын дұрыс ұйымдастырушылық мәселелері жүргізіледі. Ұйымдастыру кезіндегі дәрігерлер жұмысын рейтинг арқылы бағалау жүйесін басқару ерекшеліктері көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** медициналық көмек, рейтинг, ұйымдастыру.

**Тақырып өзектілігі:** Қазақстан Республикасының Президентінің «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының 2012 жылғы Халыққа жолдауында айтылғандай тұрғылықты жерлердің халық денсаулығын нығайту, медициналық көмектің қолжетімділігін, уақыттылығын, сапасын қамтамасыз ету. [1]. Денсаулық жүйесінің қазіргі кезеңдегі өзгертілуінде қазыналық – сақтандыру қағидасы бойынша жұмыс істеу, сонымен қатар экономикалық тетіктерін әбден жетілдіру. Ең маңызды стратегиялық саланың дамуы болып, олардың қызметін рейтинг арқылы бағалау негізінде денсаулық сақтау мекемелерінің дәрігерлік қызметін басқаруды ықшамдау, қолайландыру. Бұдан басқа денсаулық сақтау мекемелерінің дәрігерлік қызметін рейтинг арқылы бағалау мекеменің абыройының әмбебап индикаторы болып табылады және бюджеттік қаржыландыруды түзетуге мүмкіндік береді.

**Жұмыс мақсаты:** Денсаулық сақтау мекемелерінің қызметін рейтинг арқылы бағалау негізінде олардың саласын жүйелі талдау және денсаулық сақтау мекемелерінің басқаруын жетілдіру.

### Тапсырмалар:

1. Дәрігерлік қызметтердің ерекшеліктерін анықтау, қызметін қарастыру және дәрігерлік қызметтердің классификациясын өңдеу;

2. Денсаулық сақтау қызметтерінің мемлекеттік басқарудың негіздерін зерттеу;

3. Рейтинг арқылы бағалауда теориялық және әдістемелік негіздерін қолдану бойынша денсаулық сақтау мекемелерінің қызметінің басқару әдісі мен ұсыныстарының өңделуін қарастыру;

4. Денсаулық сақтау жүйесіндегі дәрігерлік қызметтерді рейтинг арқылы бағалау әдісін өңдеу;

Қоғамдағы болып жатқан өзгерістер, жаһандану үрдістері және денсаулық сақтау саласындағы қайта құрулар осы салаға мемлекет тарапынан басқару мәселелеріне жаңа тұрғыдан қарауды талап етеді. Қазіргі кезде басқарудың тек принциптері ғана өзгеріп қоймай, сонымен қатар басқарудың жаңа жүйесін, денсаулық сақтау мекемелерінің экономикалық қажеттіліктерін ескеру басым бағытта тұр. Денсаулық сақтау саласын басқаруда әкімшілік әдістер басым болуы қажет, өйткені олар денсаулық сақтау саласындағы бірегей саясатты қамтамасыз етуге, түрлі ұйымдардың жұмысын бақылауға, медициналық көмек көрсету сапасын бақылауға бағытталуы қажет.[1]

Қазақстан Республикасында халық денсаулығын қорғау саласындағы мемлекет тарапынан жүргізіліп жатқан басқару саясаты келесі қағидалар негізінде жүзеге асырылады: денсаулық сақтау саласында азаматтардың құқығын сақтау және мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдары көрсететін медициналық-

санитарлық, медициналық-әлеуметтік және дәрілік көмектің кепілді көлемі аясында қол жеткіліктілікті, тегін қызмет көрсетуді және оның жүзеге асырылу жауапкершілігін қамтамасыз ету; денсаулығын жоғалтқан жағдайда азаматтардың әлеуметтік қорғалуын қамтамасыз ету; кепілді медициналық көмек аясында медициналық көмек алуда әлеуметтік теңдікті қамтамасыз ету; тұрғындардың қажеттіліктеріне сәйкес денсаулық сақтауды дамыту және жекеменшік түріне қарамастан медициналық ұйымдар үшін бірдей жағдайлар жасау; медициналық-әлеуметтік шараларды ғылыми негіздеу; ерікті медициналық сақтандыруды және көптармақты медицинаны дамыту; азаматтардың денсаулығын қорғау және нығайтуды қамтамасыз ету үшін орталық және жергілікті атқарушы ұйымдардың жауапкершілігін арттыру; азаматтардың денсаулығына келтірген зардаптары үшін медициналық және фармацевтикалық қызметкерлердің жауапкершілігін арттыру; тұрғындардың өз денсаулығына және өзін қоршаған адамдардың денсаулығына жауапкершілігін арттыру. [2]

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласы әлеуметтік саланың негізгі бөлігі болып табылады, мұнда мыңдаған денсаулық сақтау ұйымдары және 70 мыңнан астам дәрігерлер қамтылады.

Денсаулық сақтау туралы Заңға сәйкес халық денсаулығын қорғау мемлекеттік басқарудың барлық ұйымдарының, жұмыс берушілердің, лауазымды қызметкерлердің міндеті болып табылады. Денсаулық сақтауды басқару субъектілеріне қоғамдық ұйымдар да енеді: кәсіптік одақтар, дәрігерлер мен провизорлардың ассоциациясы, Қызыл Крест ұйымдары және т.б.

Денсаулық сақтау саласын тікелей басқару денсаулық сақтаудың салалық ұйымдарына, яғни аумақтық және ведомстволық ұйымдарға жүктелген. Денсаулық сақтаудың аумақтық ұйымдары белгілі-бір аумақта қызмет етеді және өзіне бағынышты ұйымдармен бірге мемлекеттік басқарудың бірегей жүйесін құрайды. Оларға Министрлік, жергілікті атқарушы ұйымдардағы департаменттер (бөлімдер) жатады. Ауылдық жерлерде денсаулық сақтау бөлімдері қысқартылған, олардың қызметі аудандық орталық ауруханаларға жүктелген.[3]

Тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмек түрлері төмендегідей:

1. Тұрғындарға көрсетілетін медициналық көмек түрлері: алғашқы медико-санитарлы көмек, арнайы медициналық көмек, медициналық-әлеуметтік көмек және сауықтыру.

2. Жедел медициналық көмек тегін ересектерге және балаларға өмірге қауіпті жағдайларда, ауыр

науқастарда арнайы медициналық ұйымдармен (жедел медициналық көмек станциялары және бөлімдері) көрсетіледі.

3. Алғашқы медико-санитарлық көмек әрбір азамат үшін негізгі, қол жетімді және тегін көмек түрі болып табылады және ол неғұрлым кең тараған ауруларды, жарақаттарды, улануды және басқа да желед жағдайларды емдеуге, санитарлы-гигиеналық және эпидемияға қарсы шараларды жүргізуге, маңызды аурулардың медициналық профилактикасын жүзеге асыруға, отбасы, ана мен бала қорғау бойынша шараларды іске асыруға және тұрғылықты жерде басқа да медициналық көмек түрлерін көрсетуге бағытталған.

4. Арнайы медициналық көмек азаматтарға амбулаторлы-поликлиникалық және стационарлы ұйымдармен көрсетіледі, ол диагностиканың, емдеудің арнайы әдістерін және күрделі медициналық технологияларды пайдалануды қажет етеді.

5. Медициналық-әлеуметтік көмек медициналық-әлеуметтік типтес ұйымдарды құру және дамыту, тұрғын үй жеңілдіктерін беру, қызметкерлерді сауықтыру бойынша жұмыс берушілерге нұсқаулықтардың орындалуын, рационалды еңбек пен тамактануды ұйымдастыру бойынша шаралар жүйесін жасауға бағытталған.

6. Туа біткен және жүре пайда болған, өткір және созылмалы аурумен, жарақат салдарынан пайда болған аурулармен ауыратын науқастарға медициналық, физикалық, психологиялық және әлеуметтік сауықтыру сәйкес емдеу-профилактикалық және сауықтыру ұйымдарында көрсетіледі.[2]

Денсаулық сақтау мекемелерін мемлекеттік басқару формалары құқықтық және құқықтық емес деп бөлінеді. Құқықтық басқару формаларының ерекшелігі денсаулық сақтау саласындағы субъектілер үшін заңдылықтардың сақталуында. Бұл заң шығарушы және заңды қолдану әрекетіне байланысты болады. Жалпы ереже бойынша заң шығарушы функция Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігіне тиесілі. Басқарудың құқықтық емес формаларына ақпараттық-ұйымдастыру (кеңестер, отырыстар) және материалды-техникалық (денсаулық сақтауды басқаруда техникалық құралдарды және аналитикалық материалдарды пайдалану) формалар жатады.[5]

Мемлекеттік басқару әдістері дегеніміз – мемлекеттік-басқару функцияларын тәжірибеде жүзеге асыру құралдары болып табылады. Әдетте экономикалық, әкімшілік және идеологиялық басқару әдістері қолданылады. Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласы үшін мемлекет тарапынан басқарудың әкімшілік әдістері орын алады, атап

айтқанда қызмет ету түрі бойынша бұйрықтар, нұсқаулықтар шығару. Бұл мемлекетке экономикалық жағынан тиімді болып табылады. Сонымен қатар денсаулық сақтау саласын мемлекет тарапынан басқаруда идеологиялық әдістер де, айталық түрлі саяси бағдарламалар, әлеуметтік концепцияларды жүзеге асыру бойынша ұрандар, үндеулер маңызды орын алады (мысалы, темекі қораптарының сыртында темекінің зияны туралы Денсаулық сақтау Министрлігінің ескертуі жазылған). Олай болса, денсаулық сақтау саласын мемлекеттік басқару дегеніміз – мемлекеттік басқару ұйымдарының бағытты, жоспарлы, үздіксіз әрекеті, ол денсаулық сақтау ұйымдарына атқарушы және ұйымдастырушы басқару формалары түрінде көрінеді және тұрғындарға мемлекет тарапынан кепілді тегін, сапалы және жоғары технологиялы медициналық көмекті қамтамасыз ету мақсатында жүзеге асырылады.[4]

#### Әдебиеттер:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113; [http://online.zakon.kz/Document/?doc\\_id=30861087](http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30861087)

2. Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 04.07.2013 г.). <http://www.zakon.kz/148589-kodeks-respubliki-kazakhstan-ot-18.html>

3. Приказ МЗ РК №249 от 12.04.2010 года о разработке системы дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от результатов, где нормами предусмотрена возможность использования сверхплановых финансовых средств по расширению фонда оплаты труда, полученных по результатам выбора пациентом медицинских организации и других экономий. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1100006972>

4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 14 февраля 2011 года №6774. <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1300008732>

5. Синявский В.М., Журавлев В.А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Главврач. – 2006., №6. – с.41-50;

#### Аннотация

#### ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧЕРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

У.С. Самарова, Р.М. Амирханов, А.К. Садықов, Ф.С. Рахимжанова, К.Е. Калиханова

Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра общественного здравоохранения

В ходе лечения больных проводится оценка качества медицинской помощи и системы правильной организации работы медицинских работников. Показаны особенности управления деятельностью врачей на рейтинговой основе.

**Ключевые слова:** медицинская помощь, рейтинг, организация.

#### Summary

#### FEATURES OF STATE MANAGEMENT ACTIVITIES OF INSTITUTION OF HEALTH

U.S. Samarova, R. Amirkhanov, A.K. Sadykov, F.S. Rakhimzhanova, K.Ye. Kalikhanova

State medical university of Semey city, Department of Public Health

The quality assessment of health care and the system of right organizations of health care workers are hold during the treatment of patients. There are showed features of management activities and it is based on the rating of doctors.

**Key words:** medical help, rating, organization.

УДК 614.2-616.12-082 (574.5)

Н.Б. Турдалин

Городской ревматологический центр, г. Алматы

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ****Аннотация**

В статье приведены данные по оказанию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи при ишемической болезни сердца Городским кардиологическим Центром г.Алматы. Сравнительный анализ оказанной интервенционной кардиологической помощи в ГКЦ за первое полугодие 2012 и 2013 годов показал рост хирургической активности с 40% до 44,6%. За первый квартал 2013 г. в ГКЦ выполнено 41,7% АКШ, 99,2% от всех экстренных КАГ и 97,8% стентирований от общего числа аналогичных проводимых операций в г. Алматы.

**Ключевые слова:** ИБС, специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь

**Актуальность**

В течение многих лет болезни системы кровообращения (БСК) являются ведущей причиной смерти населения во многих странах, в том числе и в Республике Казахстан (РК) и занимают первое место среди причин смертности населения. Острый коронарный синдром (ОКС) – причина половины всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Треть пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST умирают в течение суток после начала ишемии; 15% пациентов с нестабильной стенокардией умирают или у них развивается нефатальный ИМ в течение 30 дней [1].

Заболеваемость населения по г. Алматы по причине БСК самая высокая по РК, которая увеличилась в 1 кв. 2013 г. по сравнению с 1 кв. 2012 г. на 26,3% (с 3147,3 до 3974,3 на 100 тыс. населения) (республиканский показатель – 2036,2 на 100 тыс. населения) [2].

Для раннего выявления БСК, снижения распространённости осложнений, приводящих к инвалидизации и высокой смертности, продолжается совершенствование кардиологической службы [3].

В целях реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, протокольного решения Республиканского штаба от 17 августа 2012 года, Приказа 746 от 28.10.2011 «Об утверждении мер по усилению ответственности республиканских организаций по снижению смертности от БСК» Городской кардиологический центр (ГКЦ) г.Алматы является координатором по проведению организационных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности от БСК, в том числе по организации системы неотложной помощи при ОКС на всех уровнях.

За последние 3 года количество технологий высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) в РК выросло в 2,8 раза, а оказанных услуг ВСМП – в 4 раза. Анализ показал, что 40% объема ВСМП приходится на кардиохирургический профиль [2].

В г. Алматы обеспечено интенсивное развитие кардиохирургической помощи населению. Хирургическое лечение ИБС в рамках ВСМП осуществляют кардиохирургические отделения ГКЦ, НИИК и ВБ, ЦКБ УДП РК, НЦХ им. Сызганова и частный кардиохирургический центр «Burg Medical». Увеличен объем и доступность основных современных экстренных терапевтических видов диагностики и лечения, а также всех основных видов неотложной высокотехнологической инвазивной помощи (эндоваскулярной, аритмологической, хирургической).

**Цель исследования:** оценить виды и объем оказания специализированной и высокоспециализированной

медицинской помощи (ВСМП) кардиологическим больным Городского кардиологического Центра г. Алматы за 2012-2013 годы.

**Материалы и методы**

Проведен сравнительный анализ деятельности ГКЦ в рамках оказания ВСМП больным, страдающим ИБС за первое полугодие 2012-2013 гг. по данным отчетности учреждения.

ГКЦ рассчитан на 315 коек, который оказывает специализированную и высокоспециализированную кардиологическую помощь населению в режиме 24/7/365. В ГКЦ имеются 2 ангиографические установки и 1 операционная в кардиохирургии, оказывающая экстренную помощь круглосуточно.

**Результаты**

Выполнение реваскуляризации миокарда является одним из основных методов лечения пациентов с ИБС. В проведении реваскуляризации путем аортокоронарного шунтирования (АКШ) и чрескожное коронарное вмешательство ЧКВ достигнуты значительные технологические успехи – использование стентов с лекарственным покрытием при ЧКВ и артериальных трансплантатов при АКШ.

На сегодняшний день потребность населения г. Алматы в АКШ составляет 750 оперативных вмешательств в год (по рекомендации ВОЗ на 500 тыс. населения – 250 АКШ). За первый квартал 2013 г. в специализированных медицинских организациях г.Алматы было выполнено 72 операции АКШ, из них 30 пациентов (41,7%) прооперированы в ГКЦ. За 5 месяцев 2013 года по г.Алматы проведено 106 АКШ (в экстренном порядке – 68, в плановом порядке - 38).

Потребность в имплантации электрокардиостимулятора (ЭКС), согласно рекомендациям ВОЗ, составляет 250 случаев на 1 млн. населения. Потребность г. Алматы - 375. За первый квартал 2013 г. в ГКЦ выполнено 19 имплантаций ЭКС, что составило 34,5% от общего объема выполненных подобных операций в г. Алматы за указанный период. За 5 месяцев 2013года было проведено 95 операций данного вида, при этом ГКЦ осуществил их в экстренном порядке у 49 пациентов (51,6%).

Интервенционная кардиология основывается на диагностировании, а также терапии сердечно-сосудистых заболеваний посредством их катетеризации через кожный покров. Интервенционная кардиология прибегает к помощи такого метода диагностики, как коронарная ангиография (КАГ). Срочная КАГ и ЧКВ, выполняемые в первые часы госпитализации, могут уменьшить время инфузии антитромботических препаратов и, тем самым, снизить риск кровотечений, а также могут приводить к укорочению сроков госпитализации [4].

По рекомендациям ВОЗ потребность в проведении КАГ составляет - 1000, а ЧКВ – 500 на 250 тыс. населения. Потребность по г. Алматы в данных операциях составляет 6000 КАГ и 3000 ЧКВ в год.

Анализ интервенционной кардиологической помощи показал, что за 5 месяцев 2013г. по г. Алматы проведено 1845 КАГ. Из них в экстренном порядке - 1578 операций (85,5%), в плановом – 267 (14,5%). При этом ГКЦ выполнил 1566 КАГ в экстренном порядке, что составило 99,2% от всех экстренных и 84,9% от всего объема выполненных аналогичных операций. Доказано, что своевременно проведенная КАГ с ЧКВ (в течение 2 часов от начала индексного события) снижает риск смерти на 75%.

Кроме того, за указанный период в г. Алматы проведено 841 стентирование, в том числе в экстренном порядке - 726(86,3%). Данный вид ВСМП был оказан специалистами ГКЦ по экстренным показаниям в 97,8% случаев.

Сравнительный анализ оказанной интервенционной кардиологической помощи в ГКЦ за первое полугодие 2012 и 2013 годов показал рост хирургической активности с 40% до 44,6%. Так, в 2013 году по сравнению с предыдущим годом, операций КАГ было проведено на 11,8% больше; ЧКВ и стентирований – на 26,8% и 27% больше соответственно (рисунок 1).

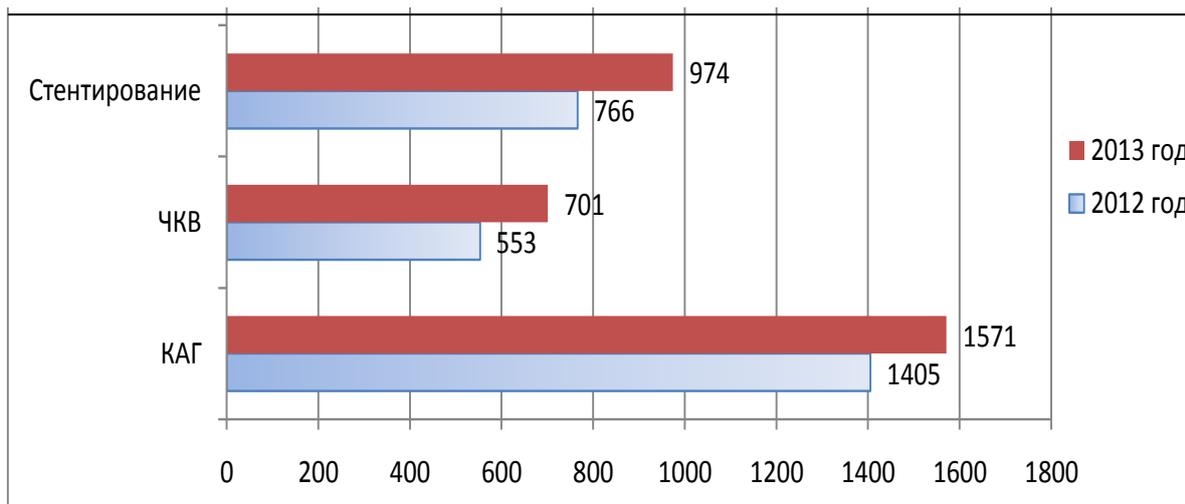


Рисунок 1 – Динамика оказания ВСМП больным кардиологического профиля за первое полугодие 2012г. и 2013г. ГКЦ г. Алматы

Как видно из таблицы 1, ГКЦ очень активно использует оперативное пособие для оказания, в большинстве случаев, экстренной ВСМП. Так, за первое полугодие 2013 года уже выполнено около половины от объема

государственного заказа АКШ и ЭКС (46,7% и 49,1% соответственно) и перевыполнено проведение таких манипуляций, как КАГ и ЧКВ на 35% и на 21%, соответственно.

Таблица 1.

**Выполнение государственного заказа в ГКЦ по ВСМП за первое полугодие 2013 года.**

Вид ВСМП	1 полугодие 2013 года	Гос.заказ на 2013 год	Процент (%) выполнения
АКШ	84	180	46,7%
КАГ	1571	1156	+35%
ЧКВ	701	578	+21%
ЭКС	54	110	49,1%

Необходимо отметить, что ранний охват больных тромболитической терапией и экстренным стентированием позволил снизить летальность от инфаркта миокарда в ГКЦ с 12% (2011 г.) до 10,8% (в 2012 г.) (РК - 13%).

За 2012 – 2013 годы в ГКЦ были внедрены в клиническую практику инновационные методы диагностики и лечения больных кардиологического профиля:

- хирургическое лечение ИБС – полное артериальное коронарное шунтирование на работающем сердце;
- хирургическое лечение острой расслаивающейся аневризмы восходящего отдела аорты;
- закрытие дефекта межпредсердной перегородки окклюдером «Амплатцер»;

- имплантация стентов Absorb (полностью рассасывающегося устройства – стаффолд Абсорб) с применением системы ILUMIEN;
- имплантация 3-х камерного кардиовертера-дефибриллятора с системой домашнего мониторинга;
- почечная денервация при злокачественной артериальной гипертензии;
- измерение градиента давления внутри коронарных сосудов.

**Выводы.** Таким образом, оказание ВСМП больным на базе ГКЦ, а также большая доступность, улучшение техники проведения хирургических вмешательств, в частности стентирования венечных артерий и аорто-коронарного шунтирования, на фоне совершенствования методов диагностики ИБС, имеют значимый результат – снижение смертности от болезней

системы кровообращения среди населения города Алматы.

**Литература:**

1. Статистические данные всемирного регистра коронарных событий (GRACE), 2012 г.
2. Статистические данные Республиканского Центра развития здравоохранения РК

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы (от 29.11. 2010 г.)

4. Tricoci P., Likhnygina Y., Berdan L.G. et al. Time to Coronary Angiography and Outcomes Among Patients With High-Risk Non–ST-Segment–Elevation Acute Coronary Syndromes. Results From the SYNERGY Trial. Circulation. December 4, 2007;116:2669-2677.

**Тұжырым**

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДА КАРДИОЛОГИЯ САЛАСЫНЫҢ НАУҚАСТАРЫНА ЖОҒАРЫ МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ**

**Н.Б. Турдалин**

**Алматы қ. Қалалық ревматологиялық орталық**

Мақалада Алматы қ. Қалалық кардиологиялық Орталықта жүректің ишемиялық ауруымен науқастарға мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмек көрсету бойынша мәліметтер берілген. ҚКО бойынша 2012 және 2013 жылдардың алғашқы жарты жылдығында көрсетілген интервенциялық кардиологиялық көмектің салыстырмалы сараптамасы алғашқы жарты жылдықта хирургиялық шаралардың 40%-дан 44,6%-ға өскендігін көрсетті. 2013 жылдың I кварталында 2013 г. ҚКО бойынша Алматы қаласында жүргізілетін осындай операциялық шаралардың 41,7%-ын құрайтын АКШ, 99,2%-ын құрайтын шұғыл КАГ жасалған және 97,8%-ын құрайтын стент қойылған.

**Негізгі сөздер:** жүректің ишемиялық ауруы, мамандандырылған және жоғары мамандандырылған көмек көрсету.

**Summary**

**ORGANIZATION PROVIDING HIGHLY SPECIALIZED CARE TO PATIENTS WITH CARDIAC PATHOLOGY IN ALMATY**

**N.B. Turdalin**

**Rheumatology center, Almaty city**

The article presents data on rendering specialized and highly specialized medical care for coronary heart disease by Urban cardiology center Almaty. Comparative analysis provided interventional cardiac care in the UCC for the first half of 2012 and 2013 showed the growth of surgical activity from 40% to 44.6%. During the first quarter of 2013 UCS performed 41.7% arterio CABG, 99.2% of all emergency coronary angiography and 97.8% of stenting of the total number of similar operation conducted in Almaty.

**Key words:** coronary heart disease, specialized and highly specialized medical care.

**УДК: 614.2.003 (574)**

**Н.К. Касимов, А.К. Ситказинов, Н.М. Садықов, А.М. Идрисов, У.З. Бекжанов**

**Управление здравоохранения Павлодарской области, г. Павлодар,  
Поликлиника Павлодарского района, г. Павлодар**

**О РАБОТЕ ПАВЛОДАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА  
МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СЕМЕЙНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ**

**Аннотация**

В статье проведен анализ работы открытого в 2013 году «Центра мужского здоровья и семейного долголетия», который показал, что создание таких центров способствует улучшению здоровья населения, сохранению и восстановлению репродуктивной функции у мужчин, укрепляет семейные отношения.

**Ключевые слова:** мужское здоровье, профилактика, диспансеризация, центр мужского здоровья.

**Актуальность.** Проблема мужского интимного здоровья принимает серьезные масштабы - репродуктивная функция мужчин претерпевает изменения в худшую сторону [1]. Алкоголизм, курение, непростые условия труда и жизни, ежедневные стрессы, неразборчивые половые связи и неважная экология делают свое дело, сокращая длительность жизни мужчин [2,3]. Усугубление проблемы мужского здоровья в последние годы связано с ухудшением демографической ситуации: низкая рождаемость; ранняя смертность

мужчин трудоспособного возраста (в 4 раза превышающая женскую смертность); растущее мужское бесплодие [4,5]. В послании Президента страны "Казахстан-2030" сильная демографическая политика выдвинута в ранг ведущих приоритетов национальной безопасности страны [6]. Солидарная ответственность за здоровье говорит о необходимости вовремя диагностировать мужские «проблемы» с помощью регулярных медосмотров. С этой целью в рамках программы «Мужчины и репродуктивное здоровье» приказом

Управления здравоохранения Павлодарской области №407-е от 23 апреля 2013 года на базе поликлиники Павлодарского района был открыт Павлодарский региональный «Центр мужского здоровья и семейного долголетия» (РЦМЗ и СД).

В РЦМЗ и СД ведется прием андролога, уролога, эндокринолога, кардиолога, дерматовенеролога, психолога. Имеется дневной стационар, физиотерапевтический, эндоскопический кабинеты, а также кабинет забора биологического материала. Для работы этих подразделений было закуплено аппаратно-программный комплекс «АНДРО-ГИН», лечебный комплекс «ИНТРАТОН-5», анализатор спермы SSSQA-V№1282 (Австрия). Врачи центра прошли специализацию по андрологическим заболеваниям в Национальном Центре урологии им. Б.У. Джарбусынова г. Алматы.

**Цель исследования.** Провести анализ работы «Центр мужского здоровья и семейного долголетия».

#### **Материалы и методы исследования**

Материалом для исследования послужили медицинские карты амбулаторных больных и больные, обратившиеся в РЦМЗ и СД за первые 8 месяца работы. В объем исследований входили: общий анализ крови и мочи, кровь на RW (имелись уже при обращении с места жительства), сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, в том числе пальцевое исследование предстательной железы, бактериологическое исследование биологического материала с определением чувствительности к антибиотикам, определение уровня тестостерона, ЛГ, ФСГ, пролактина в сыворотке крови, ПСА, УЗИ простаты с определением остаточной мочи, УЗИ органов мошонки. Также проводилось анкетирование пациентов по шкалам Международного индекса эректильной функции (МИЭФ, International Index of Erectile Function, IIEF), Международной суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты (International Prostate Symptom Score, IPSS) [7].

#### **Результаты исследования**

Общее количество проконсультированных пациентов в РЦМЗ и СД за первые 8 месяцев работы составило 1141 пациент. По результатам исследований больные распределились следующим образом: уроандрологическая патология была выявлена у 554 (48%) пациентов, из них у 194 (35%) пациентов был диагностирован хронический простатит в возрасте от 26 до 35 лет и у 178 пациентов (32%) с дисфункцией гормонов предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте от 50 до 75 лет, у 21(4%) пациента мужское бесплодие в возрасте от 27 до 45 лет, варикоцеле у 80 (14%) пациентов в возрасте от 22 до 28 лет, крипторхизм 9 (1,6%) пациентов в возрасте от 20 до 29 лет, первичный и вторичный гипогонадизм у 3(0,5%) пациентов в возрасте от 19 до 35 лет.

Определение уровня тестостерона в сыворотке крови было проведено у 100 мужчин в возрасте от 27 до 60 лет, из них у 45 (45%) мужчин выявлен дефицит тестостерона ниже 12 нмоль/л. Проводя анализ пациентов с низким уровнем тестостерона с уроандрологическими заболеваниями, выяснилось, что 15 (15%) пациентов страдают хроническим простатитом, средний возраст 27 лет, а 12 (12%) пациентов страдают ДГПЖ, средний возраст составил 57 лет.

Анкетирование по шкале МИЭФ проведено у 70 пациентов, из них у 50 (71%) пациентов диагностирована легкая степень эректильной дисфункции, средняя

степень выраженности у 15(21%) пациентов, тяжелая степень эректильной дисфункции - у 5(7%) пациентов.

Из числа анкетированных пациентов с ДГПЖ (178 человек), жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы предъявили 53 (29%) пациента, было установлено, что 45 (25%) пациентов страдают артериальной гипертензией. Эндокринологом у 15 (9%) пациентов был выявлен сахарный диабет II типа. Также при обследовании у дерматовенеролога выявлены урогенитальные инфекции (хламидии, уреоплазмы, микоплазмы, трихомонады) у 19 (10%) пациентов в возрасте от 23 до 37 лет.

Большим с воспалительными заболеваниями половых органов проводилась этиотропная антибактериальная, противовоспалительная, иммуностимулирующая терапия, а также назначались препараты, улучшающие гемодинамику в простате, физиолечение.

Лечение на аппаратно-программном комплексе «АНДРО-ГИН» и лечебном комплексе «ИНТРАТОН-5» проведено 256 пациентам с воспалительными заболеваниями мужских половых органов.

У больных 123(48%) отмечено значительное улучшение, а 37 (14%) больным, отметившим незначительное улучшение, были назначены повторные курсы лечения в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Более эффективное лечение отмечено у пациентов со сроком заболевания до 1 года. Применение ингибиторов ФДЭ-5 в комплексной терапии позволило улучшить эректильную функцию у 36 (83%) пациентов.

#### **Выводы**

С открытием центра повысилась выявляемость андрологических заболеваний, сформированы диспансерные группы по нозологиям, проводятся профилактические и реабилитационные мероприятия. Реализация программы «Мужчины и репродуктивное здоровье» способствует улучшению здоровья населения, сохранению и восстановлению репродуктивной функции у мужчин, укрепляет семейные отношения.

#### **Литература:**

1. Лоран О.Б., Сегал А.С. Климактерические расстройства у мужчин. М «Издательство OGGI Production» - 1999. - 88 с.
2. Протасов В.Ф. Экология, здоровье и охрана окружающей среды в России. – М.: «Финансы и статистика», 2001. – 672 с.
3. Киптилов А.В., Неймарк А.И., Лапий Г.А. Особенности заболеваний органов мочеполовой системы у мужчин, работающих на химическом производстве // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – № 7 (часть 2). – С. 315-318.
4. Набер К., Бергман Б. и др. Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. – 2002. – Т. 4. – № 4. – С. 347–363.
5. Щетинин В.В., Колпинский Г.И., Зотов Е.А. Диагностика хронического простатита. Практическое руководство. – М.: Медицина, 2000. – 144 с.
6. Послание Президента страны "Казахстан-2030", 2012.
7. Abrams P., Blaivas J.G., Stanton S.L., Andersen J.T. The standardization of lower urinary tract function recommended by the International Continence Society // *Int Urogynecol J*. - 1990. - № 1. - P. 45–58.

**Тұжырым**  
**ЕРЛЕР ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ОТБАСЫЛЫҚ ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫ**  
**ПАВЛОДАР АЙМАҚТЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖҰМЫСЫ ТУРАЛЫ**  
**Н.К. Қасымов, А.К. Ситқазинов, Н.М. Садықов, А.М. Ыдрысов, У.З. Бекжанов**  
**Павлодар облысының денсаулық сақтау басқармасы,**  
**Павлодар ауданының емханасы, Павлодар қ.**

Мақалада 2013 жылы ашылған «Ерлер денсаулығы мен отбасылық өмір сүру ұзақтығы» орталық жұмысының талдауы көрсетілген, осындай орталықтардың ашылуы халықтың денсаулығын жақсартуға, ер азаматтардың репродуктивтік қызметін сақтауға және қалпына келтіруге, отбасылық қарым-қатынасты нығайтуға мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** ер денсаулығы, алдын - алу, диспансеризациялау, ерлер денсаулығының орталығы.

**Summary**  
**ON THE WORK OF THE PAVLODAR REGIONAL CENTER**  
**MALE HEALTH AND FAMILY LONGEVITY**  
**N.K. Kasimov, A.K. Sitkazinov, N.M. Sadykov, A.M. Idrisov, U.Z. Bekzhanov**  
**Department of Health in Pavlodar region,**  
**Clinic of Pavlodar region, Pavlodar**

The article analyzes the work of the "Center of male health and family longevity", opened in 2013 years. This showed that the establishment of such centers helps to improve the health of the population, to conservation and restoration the reproductive function of men's, and strengthens family relationships.

**Keywords:** men's health, prevention, clinical examination, male health center.

**УДК: 614.2-311.4**

**Ж.Б. Ибраева<sup>1</sup>, З.А. Хисметова<sup>2</sup>, А.К. Ербосынов<sup>3</sup>**

**Государственный медицинский университет города Семей,**  
<sup>1</sup>**Магистрант кафедры общественного здравоохранения и информатики**  
<sup>2</sup>**Кафедра общественного здравоохранения и информатики, к.м.н.**  
<sup>3</sup>**Бескарагайская районная больница, с. Бескарагай**

## ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СКРИНИНГА

### Аннотация

В статье говорится о реализации скрининговых программ на современном этапе. О недостатках скрининга и проблемах в реализации данных программ: различия в методах проведения скрининга между географическими районами и социально-экономическими группами. А также представлены причины неучастия населения в данных программах.

**Ключевые слова:** скрининг, информирование население, проблемы реализации программ.

Концепция скрининга в здравоохранении, то есть активного выявления болезни или предболезненного состояния у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми, в течение XX в. быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых странах.

Необходимо четко знать и отличать скрининг от ранней диагностики, т.е. выявления заболевания у больных, которые сами обратились к врачу, имея те или иные жалобы и симптомы. Ложно мнение, что любой скрининг даст положительный результат, кстати, так думают многие, даже врачи.

Мы должны продолжать работу по обеспечению добросовестной и всеобъемлющей информации о различных программах и тестах, а также проводить подготовку и переподготовку медицинских работников, предоставляющих такую информацию, и учить их уметь излагать свои мысли четко и объективно. Когда вы здоровы, скрининг как вам кажется процедура для вас

не приемлемая и не обязательная. Но вы же не можете сказать что ваше здоровье не имеет проблем и вы совершенно здоровы. Необходимо, чтобы лица, приглашенные участвовать в скрининге, смогли сделать информированный выбор и были полностью осведомлены о последствиях. Это будет непросто, особенно для давно сложившихся программ, таких как скрининг, на рак шейки матки, где в ряде районов все еще считается, что женщины должны соглашаться на проведение скрининга просто потому, что их приглашают. [1,3]

Следует признать, что некоторые используемые тесты чрезвычайно неприятны, так например, анализ кала на скрытую кровь для выявления колоректального рака относительно прост и не инвазивен, однако этого нельзя сказать о колоноскопии – следующем шаге в случае положительного результата теста. [2] Психологический стресс, да мы невольно его получаем несмотря на сотни советов и статей что волноваться не следует особенно преждевременно. Попробуем отвлечься чем

удно (йога, аутотренинг, семья, психолог и др.) самое главное не закрываться от всех, даже если результат обследования плох.

Результат нашего исследования показал, что большая половина населения, а это 52% анкетированных респондентов, все таки понимают необходимость и не исключают обязательность прохождения программы скрининга.

Но 48% все таки не считают необходимым или же имеют негативное отношение к скринингу. Из них 36% по причине боязни на положительный ответ. 32% по причине отсутствия времени. 26% по причине недоверия к медицинскому персоналу и к самой процедуре скрининга и остальные 6% по причине отсутствия необходимости в данной процедуре.

Все еще существуют значительные различия в методах проведения скрининга между географическими районами и социально-экономическими группами. Вызывает беспокойство, что для наиболее обеспеченных членов общества, обычно подверженных наименьшему риску, выше вероятность принять приглашение на участие в скрининге, чем у представителей обездоленных слоев общества, подвергающихся высокому риску. Возникает необходимость в разработке и внедрении стратегии обеспечения равенства доступа. [3]

Процедура скрининга должна быть приемлемой для любого человека, несмотря на его социальный и экономический статус и степень занятости в повседневной жизни. Население должно сделать осознанный положительный выбор в сторону скрининга, на пути к улучшению своего здоровья и качеству жизни соответственно. В свою очередь этот выбор должен быть доступным.

И, наконец, основной задачей является просвещение и информирование работников средств массовой информации и представителей широкой общественности о том, что доступно и что недоступно скринингу. Скрининг не является и никогда не сможет быть универсальным средством, но при выборочном использовании на основе надежных исследовательских данных он способен и далее быть полезной инвестицией. Оставаясь открытым для постоянного пересмотра и критической оценки, сохраняя способность к изменению в свете новых данных, скрининг останется надежным инструментом в борьбе с болезнями и их бременем в обозримом будущем. [1,4]

#### **Литература:**

1. Walter W. Holland, Susie Stewart, Cristina Masseria, «Основы политики Скрининг в Европе», Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, ВОЗ, 2008, с.-30

2. Роберт Портер «Информационная деятельность в области здравоохранения: введение в проблему», с.1-2 <http://www.medlux.ru/>

3. Аканов А., Тулебаев К., Слажнева Т. И др. Политика формирования здорового образа жизни в Республики Казахстан: становление и развитие. - Алматы, 2010, С. 24-28

4. Аканов А., Мейманалиев Т., Тулебаев К. Образ жизни населения, факторы риска развития болезней и подходы к профилактике заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи. - Алматы, 2013, С. 31-37

#### **Тұжырым**

#### **СКРИНИНГТІҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ МЕН КЕМШІЛІКТЕРІ**

**Ж.Б. Ибраева<sup>1</sup>, З.А. Хисметова<sup>2</sup>, А.К. Ербосынов<sup>3</sup>**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

**<sup>1</sup> Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасының магистранты,**

**<sup>2</sup> Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасы,**

**<sup>3</sup> Бесқарағай аудандық ауруханасы, с. Бесқарағай**

Мақалада скринингтік бағдарламаларды қазіргі кезеңде іске асыру жөнінде айтылады. Скринингтің кемшіліктері мен осы бағдарламаларды іске асыру проблемалары: географиялық аудандар мен әлеуметтік-экономикалық топтар арасында скрининг жүргізу әдістерінің өзгешеліктері. Сондай-ақ халықтың бұл бағдарламаларға қатыспауының себептері берілген.

**Негізгі сөздер:** скрининг, халықты ақпараттандыру, бағдарламаларды іске асырудың проблемалары.

#### **Summary**

#### **ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF SCREENING**

**Zh.B. Ibrayeva<sup>1</sup>, Z.A. Khismetova<sup>2</sup>, A.K. Yerbosynov**

**Semey State Medical University**

**<sup>1</sup> Master of Public Health and Informatics department**

**<sup>2</sup> Department of Public Health and Informatics,**

**<sup>3</sup> Beskaragay district hospital, v. Beskaragay**

This article is about implementation of screening programs at the present stage. About disadvantages of screening and problems in implementing these programs: differences in methods of screening between geographical areas and socio-economic groups. And the reasons for non-participation of the population in these programs have been explained.

**Key words:** screening, awareness of the population, problems of program implementation.

УДК 378:61-81'276.6

Э.О. Балтабаева, Л.С. Бекпентаева, К.А. Байбурина

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы  
Кафедра русского языка

## ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ НАУЧНОМУ СТИЛЮ РЕЧИ

## Аннотация

В данной статье описан опыт применения обучения студентов-медиков научному стилю речи. Систематическое воздействие научного текста способствует более эффективному и полному пониманию учебного материала, а также формированию знаний, важных для практической профессиональной деятельности будущего специалиста.

**Ключевые слова:** научный стиль речи, принцип отбора, принцип системности, язык специальности, профессиональная речь.

Важнейшее условие профессиональной подготовки специалиста - овладение языком специальности, профессиональной речью. Каждый специалист должен уметь быстро и с пониманием прочитать научный текст по своему профессиональному профилю и воспроизвести его общее содержание в устной или письменной форме, каждый специалист должен быть в состоянии свободно вести беседу на профессиональные темы, и, наконец, каждому специалисту необходимо уметь создавать письменные тексты разных подстилей и жанров в рамках своей профессиональной компетенции. Все эти умения являются важной частью подготовки студента и результатом воспитания образованного специалиста. Иначе говоря, вместе с комплексом специальных знаний каждый специалист-профессионал, получающий высшее образование, должен освоить определенный минимум знаний, навыков и умений по научному стилю речи и языку своей специальности.

Выделяется ряд обобщающих черт научного стиля речи в целом. Независимо от объекта описания, от типа мышления или от метода исследования научная речь характеризуется такими внелингвистическими признаками, как точность, абстрактность, логичность и объективность. Именно эти качества и признаки составляют общую особенность языковой картины мира в ее научном представлении или, точнее, во множестве отраслевых научных представлений. Однако точность, абстрактность, логичность и объективность как свойства не противоречат и другим функциональным типам речи — деловой речи, публицистике и даже, в ряде проявлений, разговорной речи. Другое дело, что перечисленные признаки имманентно и последовательно присущи именно научному повествованию, каждый из признаков, и все они вместе являются необходимыми и обязательными для формирования научной картины мира, которая по определению должна быть точной, абстрактной, логичной и объективной.

Все сказанное позволяет выделить два определяющих принципа, исходя из которых, рассматриваются языковые средства реализации научного стиля: принцип отбора и принцип системности. Оба эти принципа наиболее последовательно реализует научный текст - центральная единица научного стиля речи, абсолютный приоритет практической работы по языкам специальности, главный объект рецептивной и продуктивной деятельности преподавателя и студента. Научный текст — это особый тип текста с целым рядом принципиальных лексико-семантических ограничений, с характерной грамматикой, с особыми композиционными, жанровыми, видовыми и прочими признаками. В научном тексте иначе, в ином соотношении, в иных пропорциях, чем в тексте деловом, публицистическом или художествен-

ном, используются функциональные типы речи (описание, повествование, рассуждение, доказательство и др.). Здесь иной набор общеязыковых и, собственно, текстовых средств, здесь активно используются такие специальные формы и приемы мышления, как аналогия и гипотеза; стратегии построения структуры в таком тексте, как правило, обусловлены логикой научного доказательства.

Типология текста, его жанровые и стилистические разновидности подчинены типовым коммуникативно-содержательным доминантам текста: субъекту научной речи, объекту описания и адресату научной коммуникации. Фактор субъекта во многом предопределяет модальную организацию научного текста. Фактор объекта научной речи представляет содержание научной информации, ее экстралингвистическое наполнение, а значит, и построение текста, отбор языковых средств.

Основные аспекты обучения научной речи: обучение чтению научных текстов по специальности и слушанию лекций, обучение устной научной речи и письму — некоторым жанрам научных или учебно-научных сочинений в соответствии с существующими типовыми учебными программами и планами. В то же время, основные аспекты обучения научной речи студентов оказываются ключевыми для освоения и конкретных языков специальностей, ибо тот практический опыт методической работы по научному стилю, который представлен в пособии разными авторами, в каждом случае реализуется на конкретном языковом материале и в каждом случае практически использует основные принципы отбора и системности, свойственные научному стилю языка. Главной операционной единицей обучения языкам специальностей является научный текст, который студенты должны уметь читать, понимать, репродуцировать и создавать.

Приведем для примера текст и упражнения к нему, нацеленные на усвоение лексики по специальности и на закрепление грамматической темы. В рамках изучения лексической темы «Научный стиль», к примеру, студентам предлагается поработать с текстом «Заболевания органов дыхания. Бронхит». Вначале выполняются пред- и притекстовые задания:

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. БРОНХИТ**

**1. Подберите соответствующие понятия и термины к данным научным определениям, используя материал для справок.**

1. ... — это патологические (цилиндрические или отёчные) расширения сегментарных и субсегментарных бронхов с хроническим воспалением бронхиальной стенки.

2. ... — богатая белком жидкость, содержащая форменные элементы крови, выходящая из мелких вен и

капилляров в окружающие ткани и полости тела при воспалении.

3. ... – выделяемый при влажном кашле и отхаркивании патологический продукт воспаленных слизистых оболочек трахеи, бронхов и легких.

4. ... – появление в мокроте крови в виде прожилок или равномерной примеси ярко-красного цвета.

5. ... – одно из хронических обструктивных заболеваний легких, к которым также относятся хронический бронхит, муковисцидоз и бронхоэктатическая болезнь.

6. ... – подвижность (густота) жидкообразных («полужидких») и твердообразных («полутвердых») продуктов и материалов.

Материал для справок: экссудат, консистенция, мокрота, бронхоэктазы, кровохарканье, эмфизема лёгких.

**2. К данным словам и словосочетаниям подберите синонимичные и запишите их парами. Используйте материал для справок.**

Деформация и расширение бронхов (с наличием отёчных или цилиндрических выпячиваний стенки), форма грудной клетки, выстукивание, воспалительная жидкость, альвеолярное дыхание, заразный, густота, острая респираторная вирусная инфекция.

Материал для справок: *конфигурация грудной клетки, бронхоэктазы, перкуссия, экссудат, везикулярное дыхание, инфекционный, консистенция, ОРВИ.*

**3. С названиями заболеваний из задания 2 составьте предложения по моделям:**

1. что относится к каким заболеваниям;
2. что принадлежит к группе каких заболеваний;
3. что относится к числу каких заболеваний;
4. что является каким заболеванием.

**4. Прочитайте текст «У больного бронхит». Определите, из каких смысловых фрагментов он состоит.**

Бронхит – это воспалительный процесс в бронхах. По характеру течения заболевания бронхиты подразделяются на острые и хронические. Бронхиту могут предшествовать такие заболевания, как грипп, острые респираторные заболевания, корь, коклюш. Бронхит может также вызываться воздействием на слизистую оболочку бронхов химических агентов или пыли. Развитию бронхитов способствуют переохлаждение и простуда. Заболевшие бронхитом жалуются на постоянный или приступообразный кашель (вначале сухой, затем с мокротой), заложенность в грудной клетке, общее недомогание, озноб. Иногда больные жалуются на першение, саднение, царапание в горле, на охриплость голоса, потливость. При мучительном сухом кашле больные жалуются на боли в нижнебоковых отделах грудной клетки и даже в животе. В тех случаях, когда бронхит начинается с острых респираторных заболеваний, развитию бронхита предшествует насморк, слезотечение, отёк век. При длительном течении бронхита развивается эмфизема лёгких и нарастает одышка. В большинстве случаев острый бронхит заканчивается выздоровлением. Недолеченные острые бронхиты переходят в хроническую форму, особенно у лиц, подвергающихся переохлаждению, и у курящих. При хронической форме бронхита могут развиваться бронхоэктазы (расширение и деформация бронхов). Больные с бронхоэктазами жалуются на выделение полным ртом (главным образом по утрам) большого количества слизисто-гнойной мокроты со зловонным запахом и на периодическое появление кровохарканья. При осмотре больного острым бронхитом отклонений в конфигурации грудной клетки не наблюдается. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. При затяжных формах бронхита и развитии эмфиземы лёгких грудная

клетка приобретает бочкообразную форму. При осложнённой форме бронхита (при наличии бронхоэктазов) может изменяться форма ногтей и концевых фаланг пальцев рук и ног. Ногти приобретают форму «часовых стёкол», фаланги – «барабанных палочек». При перкуссии больного острым бронхитом отмечается ясный лёгочный звук. При бронхите, осложнённом эмфиземой лёгких, перкуторный звук приобретает коробочный оттенок. Нижняя граница лёгких опущена, подвижность лёгочного края уменьшена. При аускультации больного определяются жёсткое дыхание и сухие жужжащие (басовые) и свистящие (дискантовые) хрипы, которые увеличиваются или уменьшаются после кашля. В период «разрешения» (стихания) воспалительного процесса в бронхах и разжижения вязкой мокроты наряду с сухими хрипами могут прослушиваться и влажные незвучные хрипы.

**5. Составьте номинативный план текста. Пункты плана должны соответствовать разделам истории болезни.**

**6. Ответьте на вопросы.**

1. Что такое бронхит?
2. Каковы причины заболевания бронхитом?
3. На что жалуются больные бронхитом?
4. Какие симптомы ОРВИ могут предшествовать развитию бронхита?
5. В каком случае острый бронхит переходит в хроническую форму?
6. Что такое бронхоэктазы?
7. Что отмечает врач при осмотре больного бронхитом?
8. Какие звуки отмечает врач при перкуссии больного бронхитом, хроническим бронхитом?
9. Что отмечает врач при аускультации больного острым бронхитом?

**7. Одной – двумя фразами скажите о:**

- а) разновидностях бронхита по течению;
- б) причинах бронхита;
- в) жалобах больных;
- г) хронической форме бронхита;
- д) осложнённой форме бронхита;
- е) обострениях бронхитов;
- ж) результатах осмотра;
- з) результатах перкуссии;
- и) результатах аускультации.

**8. Расскажите всё, что вы узнали из текста о бронхите.**

**9. Составьте подробный вопросник к части текста «Жалобы» по плану.**

1. Общие жалобы больного.
2. Характер кашля: наличие или отсутствие мокроты; интенсивность кашля; его продолжительность.
3. Характер мокроты: наличие слизи или гноя; количество мокроты в течение суток; время её появления.
4. Характер болей, место их локализации.
5. Начало заболевания.
6. Развитие заболевания.
7. Причины, которые могли вызвать бронхит.
8. Перенесённые до бронхита заболевания.

**10. На основе данных ситуаций сделайте запись в медицинской карте, составляя предложения по модели: «причиной чего, по словам больного, является что».**

1. Больной простудился.
2. Больной сильно продрог под дождём.
3. Больной перед этим заболеванием перенёс острое респираторное заболевание.
4. Больной длительно находился в пыльном помещении.

**11. Расскажите профессиональным языком о жалобах больного и причинах его заболевания.**

**12. По данному плану сформулируйте варианты вопросов к больному.**

- а) время начала заболевания;
- б) начало самого заболевания (первые признаки болезни);
- в) причины заболевания;
- г) перенесённые ранее заболевания (в детском, юношеском или зрелом возрасте);
- д) наследственность (заболевания органов дыхания у родственников).

**13. По ответам больного восстановите вопросы врача.**

- ...
- Заболел 3 дня назад.
- ...
- Болезнь началась с насморка и кашля.
- ...
- Сначала появились насморк и кашель, а потом заложено грудь, появилась одышка, поднялась температура.
- ...
- Незадолго перед этим переболел гриппом.
- ...
- В детстве болел два раза воспалением лёгких.
- ...
- Год назад у брата было воспаление лёгких.
- ...
- Простудился на рыбалке. Промочил ноги.

**14. а) Прочитайте вслух вопросы, выделяя интонацией вопросительные слова или слова, в которых заключён основной смысл вопроса.**

- б) Разыграйте диалог, используя данные вопросы.**
- На что вы жалуетесь?
  - Кашель сухой или с мокротой?
  - Кашель небольшой или сильный, мучительный?
  - Когда у вас бывает кашель: днём или ночью? (Когда вы кашляете больше: днём или ночью?)
  - Какой у вас кашель: постоянный или приступообразный?
  - Кашель сопровождается потливостью?
  - Что вас беспокоит?
  - В каком месте чувствуете боли? Покажите.
  - Когда чувствуете боль в грудной клетке: когда глубоко дышите или при кашле?
  - Какую мокроту откашливаете: жидкую или вязкую?
  - Какого цвета мокрота?
  - Мокроту откашливаете равномерно в течение дня или только по утрам?
  - Мокроту откашливаете полным ртом или плевком?

- Сколько мокроты откашливаете за один раз и в течение суток: много или мало?
- Имеет ли запах мокрота?
- В мокроте бывает кровь?
- Какого цвета мокрота с кровью: алого, малинового, ржавого (коричневого), тёмного?
- Вас беспокоит одышка?
- Когда она появляется: при физических нагрузках или в покое?
- Ночью потеете?
- Как вы спите?
- Какой у вас аппетит?

**15. Составьте диалог врача и больного по данному плану.**

1. Анкетные данные.
2. Жалобы.
3. История настоящего заболевания.
4. Причины заболевания.

**16. Попросите больного выполнить следующие команды:** Посмотреть вверх, показать язык, высунуть язык больше вперёд, сказать «а», закрыть рот, раздеться до пояса, стать лицом ко мне, стать спиной ко мне, дышать глубоко, дышать глубже, не дышать, лечь на правый бок, встать, опустить руки вниз, скрестить руки на груди, сесть, опустить руки на колени, положить руки на колени.

Таким образом, наш преподавательский опыт показывает, что систематическое воздействие научного текста способствует более эффективному и полному пониманию учебного материала, а также формированию знаний, важных для практической профессиональной деятельности будущего специалиста. Опора на личный жизненный опыт студентов и связь новых знаний с задачами будущей практической деятельностью активизирует личностный потенциал студентов, повышает мотивацию к обучению и способствует формированию различных видов компетенции специалиста.

#### **Литература:**

1. Матвеева Г.Г. Актуализация прагматического аспекта научного текста. – Ростов н/Д: Изд-во Ростовского университета, – 1984. – 132 с.
2. Варгина Е. И. Научный текст: функция воздействия: Дисс. ... доктора филол. наук. – СПб., 2004. – 270 с.
4. Буре Н.А., Быстрых М.В. Основы научной речи. СПбГУ. Академия, 2003. – 272 с.
5. Кислик Н.В. Профессиональное общение: врач и пациент: учебно-метод. пособие / Кислик Н.В., Адашкевич И.В., Кожухова Н.Е. – Минск: БГМУ, 2011. – 165 с.

#### **Тұжырым**

#### **МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІНДЕ ОҚИТЫН СТУДЕНТТЕРДІ ҒЫЛЫМИ СОЙЛЕУГЕ УЙРЕТУ**

**Э.О. Балтабаева, Л.С. Бекпентаева, К.А. Байбурина**

**С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.**

*Берілген мақалада студент-медиктерді ғылыми стильді оқыту барысындағы тәжірибиені қолдану туралы айтылған. Ғылыми мәтіндердің жүйелі түрде әсер беруі, оқу материалдарын толық түсінуге бейімдейді және келешек маманның тәжірибелік және кәсіптік білімін қалыптастыруға маңызды болып саналады.*

**Негізгі сөздер:** ғылыми стиль, таңдау принципі, жүйелік принцип, маман тілі, кәсіби сөз.

#### **Summary**

#### **EDUCATION OF STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY TO SCIENTIFIC STRAIN**

**E.O. Baltabaeva, L.S. Bekpentaeva, K.A. Bayburina**

**Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty**

*This article deals with the experienced using of teaching scientific style speech to medical students. Systematical influence of the scientific texts promote to understand materials more effectively, and also to form knowledge which is important for practical professional activities of future specialist.*

**Key words:** scientific style speech, principle of the selection, systematical principle, language on specialty, professional speech.

УДК614.876-314.14

Т.К. Рахымбеков<sup>1</sup>, Н.Е. Аукиенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, К.Н. Апсаликов<sup>2</sup>,  
Т.И. Белухина<sup>2</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup><sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. СемейСТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАЙОНОВ,  
ПОДВЕРЖЕННЫХ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

## Аннотация

В статье представлены структура заболеваемости населения Глубоковского района ВКО, Лебяжинского, Майского районов Павлодарской области включая лиц, подвергавшихся прямому облучению, и их потомков, прошедших скрининговое обследование.

**Ключевые слова:** радиационное воздействие, заболеваемость населения, распространенность.

**Актуальность.** Выбор направления нашего исследования обусловлен необходимостью изучения комплексной оценки и разработки алгоритма индивидуального и популяционного прогнозирования рисков развития мультифакторных заболеваний, оценки вклада радиационного и нерадиационных факторов риска в формирование основных социально значимых заболеваний, способных снизить качество и продолжительность жизни населения, проживающего в условиях экологического неблагополучия Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана.

**Цель исследования:** явилось изучения структуры заболеваемости населения подверженных радиационному воздействию районов.

**Материал и методы исследования** Объектом исследования послужило население Глубоковского района ВКО, Лебяжинского, Майского районов Павлодарской

области включая лиц, подвергавшихся прямому облучению, и их потомков, прошедших скрининговое обследование.

**Результаты и обсуждения.** При обследовании заболеваемости населения, в изучаемых районах, в подавляющем большинстве случаев регистрировались 8 рубрик и классов заболеваний, которые и были проанализированы нами. В соответствии с таблицей 1 в структуре распространенности заболеваний 1 и 2 ранговое место занимали болезни системы кровообращения (38,2%; 40,6%; 37% соответственно по основной группе, группе сравнения и контрольной группе); болезни эндокринной системы (20,3%; 22,3%; 31,4% соответственно). Третье и четвертое ранговое место занимали болезни костно-мышечной и соединительной ткани (10%; 9,3%; 8,6% соответственно) и болезни органов дыхания (10,1%; 6,6%; 9,4% соответственно).

Таблица 1.

Структура заболеваемости в исследуемых группах, %.

Рубрики, классы болезней (МКБ -10)	Группы исследования		
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
(Д50 – Д89) – болезни крови и кроветворной ткани	4,7	3,5	5,4
(Е00 – Е90) – болезни эндокринной системы	20,3	22,3	21,4
(G00 – G99) – болезни нервной системы	5,8	7,5	5,9
(I00 – I99) – болезни системы кровообращения	38,2	40,6	37,0
(J00 – J99) – болезни органов дыхания	10,1	6,6	9,4
(K00 – K93) – болезни органов пищеварения	6,7	6,2	7,5
(M00 – M99) – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	10,0	9,3	8,6
(N00- N99) – болезни мочеполовой системы	4,2	4,0	4,8

Как следует из таблицы 2, уровень общей заболеваемости в основной группе (население Глубоковского и Майского районов) составил 1812,5 случая на 1000 населения,  $p < 0,05$ ;  $p < 0,05$ ). По 8 рубрикам и классам уровни распространенности заболеваний основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе; что касается группы сравнения, то только по болезням нервной системы уровень распространенности был выше, чем в контрольной группе ( $RR=1,3$ ,  $p < 0,05$ ).

Среди лиц основной группы уровень болезней крови и кроветворной ткани составил 86,2 случая на 1000 населения, в контрольной группе – 68,4 случая ( $RR=1,26$ ;  $p < 0,05$ ). Наиболее высокие уровни распространенности заболеваний зарегистрированы по БСК и болезням эндокринной системы. Так уровень БСК в основной группе составил 692,8 случая на 1000 населения, в контрольной группе 471,8 случая ( $RR=1,47$ ;

$p < 0,05$ ). Существенных различий в группе сравнения и контрольной группе не установлено. Уровень распространенности болезней эндокринной системы составил 367,5 случая на 1000 населения в основной группе, в контрольной группе – 272,6 случая ( $RR=1,35$ ;  $p < 0,05$ ), в группе сравнения по сравнению с контрольной группой разница была не существенной (290,1; 272,6 случая соответственно). Низкий уровень распространенности болезней органов дыхания зарегистрирован среди лиц группы сравнения (85,3 случая на 1000 населения), высокий в основной группе, достоверно превышающий показатели контроля (183,2; 120,2 случая соответственно,  $RR=1,53$ ;  $p < 0,05$ ). Та же картина наблюдалась при анализе заболеваний органов пищеварения. В основной группе уровень распространенности этих заболеваний составил 121,3 на 1000 населения, в контрольной группе – 95,8 случая ( $RR=1,27$ ;  $p < 0,05$ ). Достаточно высокие показатели уровней болезней костно-мышечной и со-

единительной ткани (180,6 случая на 1000 населения, RR=1,64; p<0,05) зарегистрированы в основной группе по сравнению с контрольной группой (110,1 случая) и группе сравнения (120,4 случая). Уровни распростра-

ненности болезней мочеполовой системы среди лиц основной группы были достоверно выше, чем в контрольной группе и составили 75,3; 60,4 случая на 1000 населения (RR=1,25; p<0,05).

Таблица 2.

**Распространенность уровней заболеваемости в исследуемых группах, (случаев на 1000 населения).**

Рубрики, классы болезней (МКБ -10)	Группы исследования			RR1	RR2	AR(%)	p1	p2
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа					
Все классы, в том числе:	1812,5	1297,4	1274,9	1,42	-	29,6	<0,05	-
(D50 – D89) – болезни крови и кроветворной ткани	86,2	45,6	68,4	1,26	-	21,0	<0,05	-
(E00 – E90) – болезни эндокринной системы	367,5	290,1	272,6	1,35	1,06	25,2	<0,05	-
(G00 – G99) – болезни нервной системы	105,6	98,3	75,6	1,39	1,30	28,0	<0,05	<0,05
(I00 – I99) – болезни системы кровообращения	692,8	526,8	471,8	1,47	1,12	32,0	<0,05	-
(J00 – J99) – болезни органов дыхания	183,2	85,3	120,2	1,53	-	34,6	<0,05	-
(K00 – K93) – болезни органов пищеварения	121,3	80,6	95,8	1,27	-	21,3	<0,05	-
(M00 – M99) – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	180,6	120,4	110,1	1,64	-	39,0	<0,05	-
(N00 – N99) – болезни мочеполовой системы	75,3	50,3	60,4	1,25	-	20,0	<0,05	-

Как следует из таблицы 2, высокие атрибутивные риски в основной группе регистрировались по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани – 39%, БСК – 32%, болезням органов дыхания– 34,6%, болезням нервной системы – 28% и болезням эндокринной системы 25%. Такое распределение атрибутивных рисков свидетельствовало о высоком вкладе общесредовых факторов риска в формировании анализируемых заболеваний и предполагало наличие анализа сопряженности относительных рисков и атрибутивных рисков, формирующих дополнительных к ожидае-

мым случаев заболеваний, при действии общесредовых факторов риска и, в том числе, радиационных факторов.

**Вывод:** таким образом, в структуре распространенности заболеваний среди исследуемых групп населения - первые два ранговые места занимали болезни системы кровообращения (в среднем 38,6%) и болезни эндокринной системы (в среднем 24,7%). Третье, четвертое ранговое место занимали болезни костно-мышечной и соединительной ткани (в среднем 9,3%) и болезни органов дыхания (в среднем 8,7%).

**Тұжырым**

**РАДИАЦИЯҒА ДУШАР БОЛҒАН АУДАНДАРДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ АУРУЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ**

*Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Н.Е. Ауенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, К.Н. Апсаликов<sup>2</sup>,*

*Т.И. Белихина<sup>2</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті*

<sup>2</sup>*Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей қ.*

Мақалада ШҚО Глубокий ауданының, Лебяжий, Майский ауданы Павлодар облысын қосқанда тікелей сәулеленуге дұшар болу және солардың тұқымдарын, ауру сырқаудың құрылымын байқау үшін скринингті тексеруден өткен деректері ұсынылады.

**Негізгі сөздер:** радиацияның әсері, тұрғындардың ауру сырқауы, таралуы.

**Summary**

**POPULATION STRUCTURE OF DISEASE AREAS EXPOSED TO RADIATION**

*T.K. Rahypbekov<sup>1</sup>, N.E. Aukenov<sup>1</sup>, N.K. Shaimardanov<sup>1</sup>, K.N. Apsalikov<sup>2</sup>,*

*T.I. Belihina<sup>2</sup>, L.M. Pivina<sup>1</sup>, M.R. Masabaeva<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Semey State Medical University*

<sup>2</sup>*Research Institute for Radiation Medicine and Ecology, Semey*

The article presents data population Glubokovsky area EKR Lebyazhinsky, May areas of Pavlodar region including persons exposed to direct irradiation, and their descendants, the last screening for the study of patterns of disease.

**Key words:** radiation exposure, morbidity, prevalence.

УДК 616.1-616.2-614.876-616-036(574.41)

Л.М. Пивина<sup>1</sup>, Н.Е. Аукунов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, К.Н. Апсаликов<sup>2</sup>, Т.И. Белихина<sup>2</sup>, М.Р. Масабаяева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ

### Аннотация

В данной статье приводятся данные по распространенности заболеваний сердечно – сосудистой и дыхательной систем у лиц, проживающих на территории Восточно-Казахстанской области, перенесших прямое или опосредованное радиационное облучение.

**Ключевые слова:** радиационный риск, сердечно - сосудистая система, дыхательная система.

При оценке состояния здоровья лиц трудоспособного возраста, проживающих на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению, необходимо учесть, что помимо радиационного воздействия в минимальных дозах, эти лица рождены от подвергавшихся прямому облучению родителей. Не вызывает сомнения, что при изучении влияния факторов радиационного риска на популяционном уровне одним из фундаментальных вопросов является оценка стабильности функционирования генетического аппарата, так как повреждение генома при прямом радиационном воздействии является патогенетической основой нарушений в ведущих гомеостатах организма их потомков [Гусев Б.И. 2008]. Изучение состояния здоровья лиц, проживающих на экологически неблагоприятных территориях и несущих груз цитогенетических нарушений родителей, должно проводиться как по количественной оценке уровня распространенности отдельных классов заболеваний, так и по качественной оценке неспецифической резистентности организма, проявляющейся в нарушении целого комплекса адаптационных механизмов и формировании хронического дизадаптационного синдрома [Балмуханов С., 2006].

**Цель работы:** Изучить распространенность заболеваний у населения проживающих на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону.

**Материалы исследования.** Объектом исследования послужило население Восточно-Казахстанской области Казахстана, подвергшееся прямому действию

ионизирующего излучения, и их потомки во 2-3 поколениях, среди которого проводились скрининговые клинические и инструментально-лабораторные исследования. Исследования за отчетный период проводились в Абайском, Бескарагайском и Бородулихинском районах. Всего проанализировано 3953 скрининговых анкет.

За период с мая 2012 г. по ноябрь 2012 г. сотрудниками временного научного коллектива проведены скрининговые обследования населения Абайского, Бескарагайского и Бородулихинского районов с выездами на места. Выбор данного метода исследования был обусловлен необходимостью предварительного анализа показателей заболеваемости и её структуры среди дезактивированного населения, подвергшегося прямому или опосредованному радиационному воздействию, для последующего проведения углубленных клинических исследований по наиболее социально значимым и актуальным направлениям. Кроме того целью данных исследований было приближение качественной консультативно-диагностической помощи к пострадавшему населению. Всего проанализировано 3953 скрининговых анкет.

Анализ распространённости заболеваний сердечно-сосудистой системы среди опрошенного населения показал, что артериальная гипертензия, ИБС инфаркт миокарда, ИБС стенокардия напряжения имеют наибольший процент в возрастной группе 50-59 лет - 31,6%, далее следует возрастная группа 60-69 лет - 22,2%. Процент перенесших ОНМК превалирует в возрастной группе 50-59 лет, который составил 31,3%, далее следует возрастная группа 40-49 лет, в данной группе перенесших ОНМК было 28,1% (таблица 1).

Таблица 1.

### Возрастная структура болезней системы кровообращения.

Возраст (лет)	АГ		ИБС инфаркт миокарда		ИБС Стенокардия напряжения		ОНМК	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
20-29	24	2,1%	2	3,3%	19	3,2%	2	3,1%
30-39	90	7,9%	0	0	44	7,6%	2	3,1%
40-49	223	19,4%	10	20,0%	105	18,1%	15	28,1%
50-59	362	31,6%	20	40,0%	170	29,2%	17	31,3%
60-69	255	22,2%	9	16,7%	136	23,4%	10	18,8%
70-79	172	15,0%	10	20,0%	94	16,1%	9	15,6%
80 и выше	7	0,6%	0	0	7	1,2%	0	0
до 19	15	1,3%	0	0	7	1,2%	0	0
Всего	1148	100,0%	51	100,0%	582	100,0%	55	100,0%

Согласно опроса, бронхиальная астма наиболее распространена среди пациентов, принадлежащих к

возрастной категории 70-79 лет (26,8%). Наименьшее число пациентов переболевших пневмонией принадле-

жит возрастной группе до 19 лет, который составил 6,5%, наибольшее количество перенесших пневмонию принадлежит возрастной группе 50-59 лет - Если сравнить остальные возрастные группы, процент переболевших пневмонией одинаковый. Распространённость

хронического бронхита во всех возрастных группах одинаковая. Чаще всего страдают частыми простудными заболеваниями люди молодого возраста до 19 лет, меньше всего болеют данной нозологией люди 30-39 лет (таблица 2).

Таблица 2.

**Структура заболеваний органов дыхания.**

Возраст (лет)	Бронхиальная астма		Пневмонии		Хронический бронхит		Простудные заболевания		Туберкулез	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
20-29	3	4,9%	7	4,3%	10	2,3%	37	4,90%	3	9,1%
30-39	5	7,3%	19	12,0%	52	11,5%	70	9,20%	7	18,2%
40-49	12	17,1%	25	16,3%	85	19,2%	104	13,60%	7	18,2%
50-59	19	26,8%	60	38,0%	114	25,8%	173	22,80%	12	31,8%
60-69	7	9,8%	19	12,0%	88	20,0%	78	10,30%	5	13,6%
70-79	19	26,8%	17	10,9%	52	11,5%	46	6,00%	3	9,1%
до 19	5	7,3%	10	6,5%	39	8,8%	252	33,10%	0	0
Всего	70	100,0%	157	100,0%	440	100,0%	760	100,00%	37	100,0%

Наибольший процент хронического гастрита отмечен в возрастных группах 40-49 - 22,3% лет и 50-59 лет - 25,1%, меньше всего болеют хроническим гастритом

люди, принадлежащие возрастной группе 70-79 лет - 7,5% (таблица 3).

Таблица 3.

**Структура заболеваний желудочно-кишечного тракта.**

Возраст (лет)	Хронический гастрит		Хронический холецистит		Хронический панкреатит		Язвенная болезнь		Хронический гепатит	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
20-29	39	6,4%	7	2,7%	7	2,9%	3	4,3%	0	0
30-39	85	13,9%	33	12,7%	31	12,9%	9	10,9%	12	11%
40-49	136	22,3%	56	22,0%	63	26,6%	19	23,9%	39	36%
50-59	153	25,1%	82	32,0%	71	30,2%	27	34,8%	29	27%
60-69	63	10,3%	43	16,7%	41	17,3%	12	15,2%	20	19%
70-79	46	7,5%	19	7,3%	20	8,6%	5	6,5%	7	6%
до 19	88	14,5%	15	6,0%	3	0,7%	3	4,3%	2	2%
Всего	610	100,0%	255	100,0%	236	100,0%	78	100	109	100,0%

Наибольшее количество респондентов 30,2%, болеющих хроническим холециститом и хроническим панкреатитом, опять же принадлежит возрастной группе 50-59 лет, меньше всего страдают данной патологией в старшей возрастной группе люди 70-79 лет, лишь 8,6% из них отметили у себя хронический панкреатит. Хронический гепатит чаще всего встречается в возрастной категории 40-49 лет.

Таким образом, анализ распространённости заболеваний сердечно-сосудистой системы среди обследованного населения показал, что наибольший удельный вес по заболеваемости БСК и дыхательной системы имеют лица перенесшие прямое и опосредованное радиационное облучение.

**Тұжырым**

**СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫНЫҢ ІРГЕЛЕС АУМАҚТАРЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУЫН ТАЛДАУ**

**Л.М. Пивина<sup>1</sup>, Н.Е. Ауқенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, К.Н. Апсаликов<sup>2</sup>, Т.И. Белихина<sup>2</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

<sup>2</sup>Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей қ.

Айтылған мақалада Шығыс Қазақстан облысының тікелей немесе бірегей радиациялық сәулеленуі, жүрек-қан тамыр жүйесі және тыныс алу жүйесі ауруларының таралуына алып келуі.

**Негізгі сөздер:** радиациялық тәуекел, жүрек-қан тамыр жүйесі, тыныс алу жүйесі.

**Summary**

**ANALYSIS PREVALENCE OF DISEASES POPULATION LIVE IN THE TERRITORY ADJACENT TO SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE**

**L.M. Pivina<sup>1</sup>, N.E. Aukenov<sup>1</sup>, N.K. Shaimardanov<sup>1</sup>, K.N. Apsalikov<sup>2</sup>, T.I. Belihina<sup>2</sup>, M.R. Masabaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Semey State Medical University

<sup>2</sup>Research Institute for Radiation Medicine and Ecology, Semey

This article presents data on the prevalence of cardio - vascular and respiratory systems in individuals of East Kazakhstan region, suffered direct or indirect exposure to radiation.

**Key words:** radiation risk, cardio - vascular system, the respiratory system.

УДК 616.12-008-614.76

Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, Н.Е. Аукунов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>,  
К.Н. Ансаликов<sup>2</sup>, Т.И. Белихина<sup>2</sup>, М.Р.Масабаева<sup>1</sup><sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ГРУПП РАДИАЦИОННОГО РИСКА, ПРОШЕДШИХ СКРИНИНГОВОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ****Аннотация**

В статье отражено распространённость болезней системы кровообращения среди групп лиц, рожденных от облученных родителей населения Восточно-Казахстанской области в Абайском, Бескарагайском и Бородулихинском районах прошедших скрининговое обследование.

**Ключевые слова:** система кровообращения, распространённость, радиационный риск.

Территории Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана во время проведения ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне подверглись радиационному загрязнению, а население – многократному острому и хроническому сочетанному внешнему и внутреннему облучению в диапазоне средних и малых доз. Демографическая структура населения указанных территорий в последние годы свидетельствует, что лица трудоспособного возраста являются потомками разных поколений лиц, подвергшихся прямому облучению. Нами был проведен скрининг населения Абайском, Бескарагайском и Бородулихинском районах Восточно-Казахстанской области в рамках научно-технической программы ГМУ г.Семей «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения».

**Целью настоящего исследования** явилось изучение распространённости болезней системы кровообращения среди групп радиационного риска, прошедших скрининговое обследование.

**Материал и методы исследования:** Объектом исследования послужило население Восточно-Казахстанской области Казахстана, подвергшееся прямому действию ионизирующего излучения, и их потомков во 2-3 поколениях, среди которого проводились скрининговые клинические и инструментально-лабораторные исследования. Исследования за отчет-

ный период проводились в Абайском, Бескарагайском и Бородулихинском районах. Всего проанализировано 3953 скрининговых анкет.

**Результаты и обсуждения:**

Анализ материалов по оценке заболеваемости совокупной группы исследования, представленной населением Абайского (334 человека в возрасте 30-70 и старше лет), Бескарагайского района (265 человек в возрасте 40-70 и старше лет) и Бородулихинского района (204 человека в возрасте 20-70 и старше лет), был предварительным, а методы расчета показателей – экстенсивными (уровни заболеваний на 1000 населения). В каждой группе проанализирован вклад отдельных нозологических форм БСК, представленных артериальной гипертензией (I<sub>10</sub>-I<sub>15</sub>), ишемической болезнью сердца (I<sub>20</sub>-I<sub>25</sub>) и последствиями цереброваскулярных болезней (инсульт) (I<sub>69</sub>). Среди лиц Абайского района с установленными возрастными группами суммарная численность зарегистрированных отдельных нозологических форм БСК составила 423 случая, из них в возрастной страте 30-39 лет – 17 (5,1%), 40-49 лет – 63 случая (18,9%); 50-59 лет – 91 (27,2%); 60-69 – 107 (32%); 70 лет и старше – 145 (43,4%). Сумма случаев в процентах учитывала наличие более одной нозологической формы у пациента. Экстенсивный показатель заболеваемости по 4 нозологическим формам составил для лиц Абайского района – 1266,5 случая на 1000 населения (таблица 1).

Таблица 1.

**Возрастное распределение числа зарегистрированных случаев отдельных нозологических форм БСК среди лиц Абайского района (абс. цифры).**

Нозологические формы БСК	Возрастные группы, лет														
	30-39			40-49			50-59			60-69			70 и старше		
	м	ж	вс	м	ж	вс	м	ж	вс	м	ж	вс	м	ж	вс
ИБС	-	-	-	6	3	9	9	4	13	13	13	26	23	18	41
АГ	9	8	17	15	37	52	21	53	74	14	51	65	22	47	69
Инфаркт миокарда	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4	5	9	16	16	32
Последствия инсультов	-	-	-	1	-	1	3	1	4	3	4	7	2	1	3
Всего			17			63			91			107			145

Обращала на себя внимание закономерность существенного превышения частоты ИБС среди женщин, по сравнению с таковым среди мужчин. Тогда как по АГ в различных возрастных стратах эта нозологическая форма среди женщин регистрировалась 2,1 (возрастная страта 70 и старше лет) и 3,6 раза (возрастная страта 60-69 лет) чаще, чем среди мужчин. По частоте регистрации отдельных нозологических форм на первом месте была АГ (20,6%), на втором ИБС

(12,3%) и на третьем инфаркт миокарда (9,6%). Установлена четкая возрастная зависимость увеличения частоты, изучаемых нозологических форм БСК с возрастом лиц (30-39 лет -5,1%, 70 лет и старше - 43,4%). Приблизительно та же динамика зарегистрирована при анализе возрастного распределения частоты четырех нозологических форм БСК среди обследованного населения Бескарагайского района (таблица 2).

Таблица 2.

**Возрастное распределение зарегистрированных случаев отдельных нозологических форм БСК среди лиц Бескарагайского района (абс. цифры).**

Нозологические формы БСК	Возрастные группы, лет														
	30-39			40-49			50-59			60-69			70 и старше		
	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС
Ишемическая болезнь сердца	-	-	-	1	2	3	9	11	20	8	16	24	10	16	26
Артериальная гипертония	-	-	-	9	12	21	18	73	91	12	42	54	13	30	43
Инфаркт миокарда	-	-	-	-	-	-	3	2	5	2	1	3	6	11	17
Последствия инсультов	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	-	1	1
Всего							24		116			84			87

В возрастных стратах 40-70 лет и старше всего зарегистрировано 311 случаев заболеваний системы кровообращения, а их экстенсивный показатель на всю совокупную группу составил 1173,6 случая на 1000 населения. Частота ИБС по различным возрастным стратам составила 23,5% от общего числа всех зарегистрированных случаев заболеваний, а по отдельным стратам: 40-49 лет -1%; 50-59 лет - 6,4%; 60-69 лет - 7,7%; 70 и старше лет - 8,4%. Наиболее высокая частота изучаемых форм БСК зарегистрирована по АГ - 67,2% от общего числа зарегистрированных случаев заболеваний. Распределение АГ по полу показало многократное превышение среди женщин по сравнению с мужчинами. В возрастных стратах 40-49 лет в 1,3 раза; 50-59 лет - в 4,1 раза; 60-69 лет - 3,5 раза, 70 лет и старше - 2,3 раза. Наиболее часто АГ среди мужчин и женщин регистрировалось в возрастной страте 50-59 лет - 34,3%. Довольно редко регистрировались последствия цереброваскулярных болезней (инсульт) -1,3% и

инфаркт миокарда - 8%. Вклад отдельных возрастных групп в распределение суммарной частоты исследуемых нозологических форм заболеваний составил: для возрастной страты 40-49 лет -7,7%, 50-59 лет -37,3%, 60-69 лет -27,1%, 70 лет и > - 27,9%.

Среди исследуемой группы населения Бородулинского района зарегистрирована приблизительно одинаковая частота ИБС (12,7% от общего числа зарегистрированных случаев) и АГ (12,3%). Инфаркт миокарда был зарегистрирован в 2,5%, последствия цереброваскулярных болезней (инсульт) - 1 случай (0,4%) (таблица 3). ИБС в возрастных стратах 50-59 и 70 и старше лет в 1,6 - 2,1 раза регистрировалась чаще среди женщин по сравнению с мужчинами. В возрастной страте 50-59 лет ИБС среди мужчин и женщин регистрировалась в 6,3% от общего числа зарегистрированных случаев БСК; 60-69 лет - 10,2%; 70 и старше - 12,7%.

Таблица 3.

**Возрастное распределение числа зарегистрированных случаев отдельных нозологических форм БСК среди лиц Бородулинского района (абс. цифры).**

Нозологические формы БСК	Возрастные группы, лет																	
	20-29			30-39			40-49			50-59			60-69			70 и старше		
	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС	М	Ж	ВС
Ишемическая болезнь сердца	-	-	-	-	-	-	2	1	3	7	11	18	9	20	29	12	24	36
Артериальная гипертония	-	1	1	-	8	8	4	24	28	17	45	62	16	32	48	10	25	35
Инфаркт миокарда	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	5	7	-	7
Последствия инсультов	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	2	-	-	-	-	1	1
Всего			1			8			32			82			82			79

Так же как и среди населения Абайского и Бескарагайского районов, АГ регистрировалась значительно чаще среди женщин, чем среди мужчин. В возрастной страте 40-49 лет в 6 раз; 50-59 лет - в 2,9 раза; 60-69 лет - в 2 раза; 70 и старше лет - в 2,5 раза. Наиболее часто АГ регистрировалась в возрастной страте 50-59 лет, составляя 21,8% от общего числа зарегистрированных форм БСК. Во всех возрастных стратах АГ составила 181 случай (63,7%). Частота суммы заболеваний в возрастной страте 30-39 лет составила 2,8%; 40-49 лет -11,6%; 50-59 и 60-69 лет - по 28,9%; 70 и старше лет - 27,8%.

Полученные результаты не могут претендовать на законченное эпидемиологическое исследование по оценке связи заболеваемости с радиационным воздействием, так как требуются соответствующие дополнения, связанные с увеличением численности групп исследования, выбора контрольной группы для корректного сравнения, расчета относительных, атрибутивных рисков, установления пато-

генетических механизмов, в том числе связанных с пострадиационными цитогенетическими нарушениями. Однако, на наш взгляд, поставленная задача конкретного исследования нами выполнена - разработан метод, в результате которого сформирована база данных, представляющая регистр лиц с заболеваниями системы кровообращения. Дальнейшие работы по увеличению численности тематического регистра позволят создать достаточно представительные репрезентативные группы по результатам анализа распространенности заболеваний, в которых могут решаться проблемы оценок связи прямого и опосредованного радиационного воздействия (потомки) с общесоматическими заболеваниями. В то же время, полученные результаты позволили разработать алгоритм формирования тематических регистров (не только по БСК) среди населения контролируемых районов, что, в свою очередь, можно весьма эффективно использовать для организации целенаправленных скрининговых обследований населения Казахстана (рисунок 1).

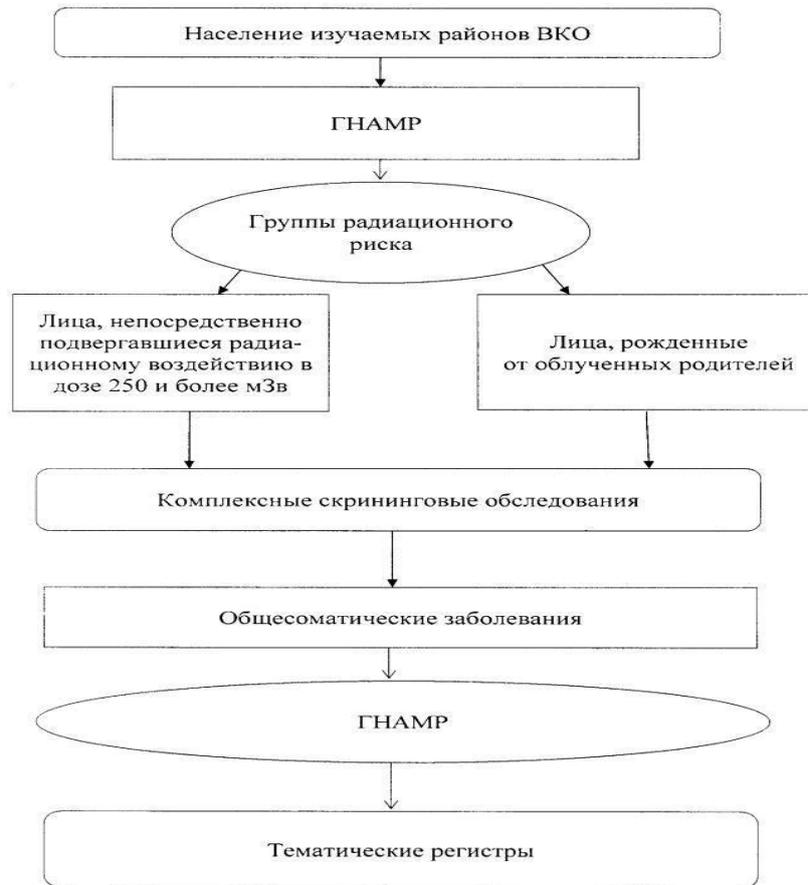


Рисунок 1 – Алгоритм формирования тематических регистров общесоматических заболеваний.

**Выводы**

Особенности коронарного риска среди лиц, рожденных от облученных родителей, заключаются в снижении возраста риска развития ишемической болезни сердца, более высоких показателей артериального давления, уровня общего холестерина и отягощенной наслед-

ственности по БСК. В группе лиц, рожденных от облученных родителей, установлен достоверно более высокий процент лиц с высоким (55%) и умеренно высоким (35,2%) риском коронарных осложнений, чем в контроле (44,3% и 26,5% соответственно).

**Тұжырым**

**СКРИНИНГТІ ТЕКСЕРУДЕН ӨТКЕН РАДИАЦИЯҒА ТӘУЕКЕЛ ТОПТЫҢ ІШІНДЕГІ ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІ АУЫРЫНЫҢ ТАРАЛУЫН ТАЛДАУ**

**Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Л.М. Пивина<sup>1</sup>, Н.Е. Ауқенов<sup>1</sup>, Н.К. Шаймарданов<sup>1</sup>, К.Н. Апсаликов<sup>2</sup>, Т.И. Белихина<sup>2</sup>, М.Р. Масабаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

<sup>2</sup>Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей қ

Скрининг тексеруден өткен қан айналу жүйесі ауруының тарауы мына топтардың арасындағы Шығыс Қазақстан облысының Абай, Бескарағай және Бородулиха аудандарындағы тұрғындардың сәулеленген ата-аналардың тұқымдары мақалада көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** қан айналу жүйесі, таралуы, радиациялық тәуекел.

**Summary**

**ANALYSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE PREVALENCE AMONG GROUP OF RADIATION RISK SUBJECTED TO SCREENING**

**T.K. Rakhypbekov<sup>1</sup>, L.M. Pivina<sup>1</sup>, N.E. Aukenov<sup>1</sup>, N.K. Shaimardanov<sup>1</sup>, K.N. Apsalikov<sup>2</sup>, T.I. Belihina<sup>2</sup>, M.R. Masabaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Semey State Medical University

<sup>2</sup>Research Institute for Radiation Medicine and Ecology

The article reflected the prevalence of cardiovascular diseases among groups of individuals born to exposed parents population of the East Kazakhstan region in Abai, Beskaragai Borodulikha areas and past screening.

**Key words:** circulatory system, prevalence, radiation risk.

УДК 616.127-005.8

Л.К. Каражанова<sup>1</sup>, Г.Д. Абилямажинова<sup>2</sup>, М.И. Мадиева<sup>2</sup>, Л.В. Гернер<sup>3</sup><sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей.<sup>2</sup>Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар,<sup>3</sup>Городская больница №2, кардиологическое отделение, г. Павлодар.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

## Аннотация

Авторами в данной статье представлен случай инфаркта миокарда у молодой женщины, где показано влияние традиционных факторов риска и метаболического синдрома на развитие ишемической болезни в молодом возрасте.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, женщины молодого возраста, метаболический синдром.

Показатели заболеваемости, инвалидности и смертности населения вследствие основных болезней системы кровообращения (БСК) имеют тенденцию к неуклонному росту во всем мире, в том числе и в Казахстане. В структуре общей смертности во всем мире БСК занимают лидирующие позиции. Так по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 55% смертей и нетрудоспособности вызваны заболеваниями сердца. Ежегодно в мире 17,3 миллиона человек умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, которые лидируют среди причин смертности, как среди мужского, так и среди женского населения. Число таких смертей, по прогнозам, к 2030 году возрастет до 23,3 миллиона случаев. Порядка 8,6 миллиона, включая летальные случаи ишемической болезни сердца, сегодня приходится на женщин. Женщины, пережившие сердечный приступ ишемической природы в возрасте до 50 лет, в два раза чаще умирают по сравнению с мужчинами этого возраста. Женщины, перенесшие приступ в возрасте старше 65 лет, чаще, чем мужчины, умирают на протяжении года после госпитализации: 42% против 24%. [1]

Традиционно распространенность ишемической болезни сердца среди женщин была недооценена из-за высоких показателей этого заболевания у мужчин в молодом возрасте [2]. Также общепризнанным было мнение, что у женщин ИБС начинается позже, чем у мужчин, когда исчезает фактор «эстрогеновой защиты». Эстрогены повышают уровень ЛВП и снижают ЛНП, а прогестерон оказывает противоположное действие. Дефицит эстрогенов сопровождается также усугублением вазоспастических реакций и агрегации тромбоцитов. Эстрогены увеличивают ЛВП на 20–30%, а также фракцию ЛВП 2. Этот эффект опосредуется через увеличение продукции аполипопротеина AI и уменьшение скорости его клиренса. Эстрогены снижают уровень ХС ЛНП на 10–20% посредством усиления рецепторного устранения ЛНП клетками печени. ЛПНП ингибируют эндотелийзависимую релаксацию сосудов. Снижение уровня эстрогенов приводит к уменьшению биодоступности NO, что также приводит к вазоконстрикции. Однако при этом, на фоне лечения эстрогенами отмечается повышение уровня триглицеридов (ТГ). [7,25,26]. Таким образом, под влиянием эстрогенов происходит изменение качественного состава и уменьшение размеров ЛПНП, но увеличивается концентрация С-реактивного белка (СРБ). В последнее время установлено, что С-РБ является предиктором не только сердечно-сосудистых событий, но и скорости прогрессирования атеросклероза. Уровень С-РБ находится в прямой корреляции с тяжестью ИБС у женщин [30,31]. По данным исследова-

ний HERS, ERA и WHI при применении гормонзаместительной терапии при отслеживании динамики коронарного атеросклероза, несмотря на благоприятные сдвиги в липидном спектре крови, не отмечено достоверных различий с группой плацебо по таким ангиографическим показателям, как минимальный диаметр стенозированных артерий, число новых стенозов, число больных с прогрессией или регрессией атеросклероза [7,28,29].

Статистические данные последних лет показывают, что в настоящее время общеизвестная «эстрогеновая» защищенность женщин «не препятствует» развитию ИБС. Последние исследования показали, что у женщин имеются особые, специфические факторы риска, свойственные только лицам женского пола. Это дисфункция половых гормонов в, связанная с их центральной дисрегуляцией или заболеваниями половой сферы, различные эндокринопатии. Эти нарушения способны приводить к развитию патологической менопаузы и повлечь за собой раннее развитие ССЗ, в частности, ИБС. Следует отметить, что у относительно молодых женщин при хирургическом климаксе возможность возникновения инфаркта миокарда резко (в 9–10 раз) возрастает [1,2,22]. Кроме того, такие состояния как гестационный диабет и преэклампсия беременных, поликистозные яичники, значительно увеличивают шансы на ишемию [1,20].

Следует учитывать, что распространенность традиционных факторов риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС) среди женщин в последние десятилетия постоянно возрастала. В связи с эмансипацией женщины в настоящее время подвергаются множественным стрессам, поэтому в женской популяции растет заболеваемость сахарным диабетом (СД), артериальной гипертензией (АГ), дислипидемией (ДЛП), ожирением. Становится актуальной проблема гиподинамии и нерационального питания, курения. [2] Согласно данным исследователей из Университета Огайо, лишний вес увеличивает риск развития ишемической болезни сердца у женщины на 64%, тогда как у мужчины только на 46% [1]. У женщин чаще встречаются дислипидемия и нарушения углеводного обмена, а повышенный уровень общего холестерина (ОХС) в большей, чем у мужчин, степени увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Взаимосвязь между уровнем холестерина ЛПВП и ИБС более выражена у женщин, чем у мужчин [4,7,16]. Повышение уровня холестерина ЛПВП на 1 мг/дл сопровождается снижением риска ИБС у мужчин на 2%, а у женщин – на 3%. У представительниц слабого пола большее прогностическое значение имеют снижение уровня холестерина ЛПВП и повышение триглицеридов (ТГ) [2,3,7, 16–17]. По данным Фремингемского исследования, несмотря на более низкий по сравнению

с мужчинами уровень ТГ, у женщин коэффициент регрессии между этим показателем и риском развития ИБС был в 5 раз больше, чем у мужчин [5, 16, 17]. Частота АГ у женщин с ИБС вдвое выше, чем у мужчин с ИБС [7]. У женщин, выкуривающих более 35 сигарет в сутки, риск в 20 раз выше, чем у некурящих женщин [7]. В общем же частота развития острого инфаркта у курящих молодых женщин (до 60 лет) составляла 15 лет назад 2-3%, на сегодняшний день – 7 – 8% [8]. Малоподвижный образ жизни также в три раза повышает риск развития этого заболевания [1].

В последние 10-15 лет большое внимание уделяется метаболическому синдрому (МС), который включает тканевую инсулинорезистентность, гиперинсулинемию, артериальную гипертензию, атерогенную дислипидемию, абдоминальное ожирение, нарушение толерантности к углеводам или сахарный диабет 2 типа (G.M. Reaven, 1988). Клиническое значение МС заключается в наличии комплекса факторов риска, которые создают предпосылки к развитию атеросклероза и его осложнений. Возрастание в несколько раз суммационного индивидуального сердечно-сосудистого риска при сочетании компонентов МС обуславливает его основную медико-социальную значимость. У больных МС в 10 раз чаще развивается ИМ. Общая смертность возрастает в 2,4 раза [23, 24].

Под нашим наблюдением находилась пациентка М., 28 лет. Пациентка поступила в декабре 2013 года в городскую больницу №2, г. Павлодара с жалобами на загрудинные боли давящего характера, иррадиирующие в левую руку, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, одышкой, потливостью, при ходьбе в пределах 100 м и в покое, длились в течении 5 – 30 мин, проходили самостоятельно в покое, также отмечала головные боли, подъемы артериального давления (АД) до 180/90 мм рт.ст., сердцебиение, слабость, утомляемость.

*Из анамнеза:* Считает себя больной с июня 2013г, когда впервые в жизни стала отмечать подъемы АД до 180/100 мм рт.ст. Обратилась за помощью к участковому терапевту, согласно рекомендациям регулярно принимала таб. индапамида 2.5мг х 1раз в день, таб. берлиприла 10мг х 1р в день. В середине ноября 2013г стала отмечать давящие загрудинные боли, иррадиирующие в левую руку, чувство нехватки воздуха, одышку при ходьбе, боли длились в течении около 5 мин, проходили в покое. Обратилась за помощью в поликли-

нику, был выставлен диагноз артериальной гипертензии 2ст, риск 3, шейно-грудного остеохондроза. В течение недели принимала противовоспалительную и метаболическую терапию. Эффекта от лечения не получила, загрудинные боли стали более продолжительными, вновь обратилась за помощью к терапевту, была снята электрокардиограмма (ЭКГ), на которой зарегистрировано - ритм синусовый, правильный, ЧСС89 в мин, нормальное положение ЭОС, QS V1-V3, подъем ST V1-V3, (+)T V1-V3, (-)T V4-V6 (рис.1). В экстренном порядке была направлена в ургентную клинику, госпитализирована с острым коронарным синдромом.

*Из анамнеза жизни:* Курит в течении 10 лет по 12 сигарет в сутки, алкоголь не употребляет. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), коронарных событий и смертей в молодом возрасте у родственников не отмечает. В течение последних 2-х лет отмечает увеличение веса на 20 кг.

*Особенности гинекологического анамнеза:* Менструации с 13-лет, регулярные, умеренные, с циклом в 28 дней. Замужем в течении 3-х лет. Беременностей и родов не было, средствами контрацепции не пользовалась.

*Объективно:* Общее состояние относительно удовлетворительное. Рост153см, Вес 88 кг, ИМТ (индекс массы тела) 37 кг/м<sup>2</sup>. Ожирение 2 ст. Объем талии (ОТ) 115 см, объем бедер (ОБ) – 121 см, Отношение ОТ/ОБ – 0,95. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Форма грудной клетки: гиперстеническая. Перкуторный звук над легкими: легочный. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 80 уд/мин, PS 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения. АД 150/90 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот при пальпации мягкий, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, чувствителен в эпигастрии, левом подреберье. Печень по краю реберной дуги. Поверхность - гладкая, ровная, консистенция мягко-эластичная, пальпация чувствительна. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления не нарушены. Периферических отеков нет.

*По данным лабораторных исследований:* Группа крови А (II) вторая, резус отрицательный.

**Общий анализ крови:**

Нв, г/л	Эр, х 10 <sup>12</sup> /л	ЦП	Нт, %	Лей, х 10 <sup>9</sup> /л	П, %	С, %	Э, %	М, %	Л, %	Тр, х 10 <sup>9</sup> /л	СОЭ, мм/ч
136	4.86	0.83	40	7.0	1	42	2	7	48	348	23

**Биохимический анализ крови:**

Общ.белок, г/л	Мочевина, моль/л	Креатинин, мкмоль/л	Глюкоза, моль/л	Са, моль/л	К, моль/л	Na, моль/л	АЛТ, ед/л	АСТ, ед/л	СРБ
60	3,5	69,2	4,9	2,62	4,4	135,0	24,5	22,7	Отр.

Холестерин, моль/л	ЛПВП, моль/л	ЛПНП, моль/л	ТГ, ммоль/л	Индекс атерогенности
4,1	0,78	2,54	2,7	4,2

Уровень МВ-фракции креатининфосфокиназы (МВ-КФК) на протяжении всего времени госпитализации не превышал допустимых норм, уровень тропонина Т при поступлении составил - 0,2, при повторном исследовании через 6 часов тропонин Т - 0,15.

В овуляторную фазу цикла было проведено исследование следующих гормонов: было выявлено снижение уровня лютеинизирующего гормона – 10,5 Мед/л

(при норме 24 – 150), снижение уровня пролактина 1,68 нг/мл (при норме 4-23), незначительное снижение фолликулостимулирующего гормона 5,32 Мед/л (при норме 5,8 – 21).

*По данным инструментальных исследований:*

При первичном проведении эхокардиографии (ЭХОКГ) выявлено: Фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) составила 47%. Обнаружены признаки

гипертрофии миокарда ЛЖ. Гипокинез верхушечного, передне-перегородочного сегментов ЛЖ. Митральная регургитация 1 ст. Трикуспидальная регургитация 1 ст.

По данным ЭХО КГ в динамике – ФВЛЖ составила 52%. Зон гипо –, акинзии не обнаружено.

По данным электрокардиографии (ЭКГ) - ритм сердца синусовый, правильный, ЧСС 89 в мин, нормальное

положение ЭОС, QS V1 – V3, подъем ST V1-V3, (±)T V1-V3, (-)T V4-V6).

ЭКГ в динамике - Ритм синусовый, правильный, ЧСС 63 в мин, нормальное положение ЭОС, QS V1V2, снижение ST V1-V3 ближе к изолинии, (±)T V1-V3, (-) T V4, (-) изоэлектричные T V5- V6.

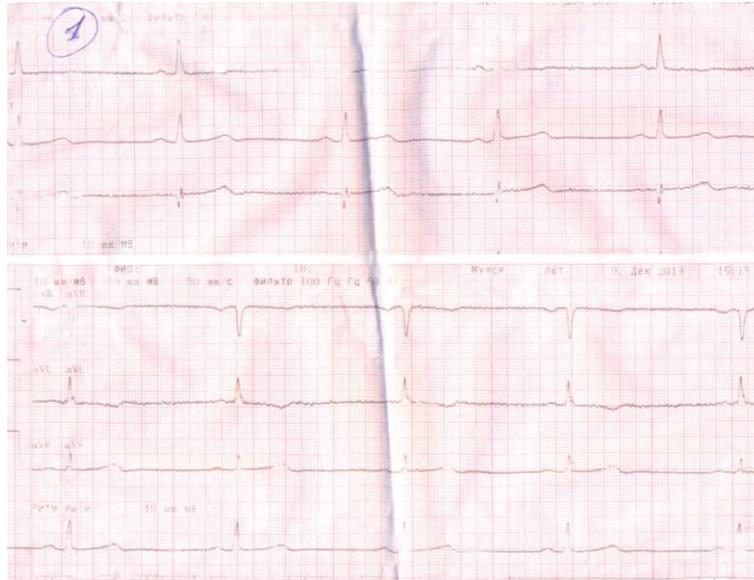


Рис.1. ЭКГ в динамике

По данным суточного мониторирования ЭКГ - Усредненная частота сердечных сокращений (ЧСС) составила 72 уд/мин. Минимальная ЧСС составила 46 уд/мин в 2:29 AM. Максимальная ЧСС составила 138 уд/мин в 10:57 AM. Не было обнаружено пауз с использованием установки > 1.5 сек. Было обнаружено 38 эпизодов тахикардии, Длительность эпизода тахикардии составила 43 мин. 37 сек. Не было обнаружено эпизодов брадикардии. Было обнаружено 3 желудочковые экстрасистолы (ЖЭС), 6 предсердных экстрасистол (ПЭС). Не было обнаружено эпизодов абсолютной аритмии.

По данным проведенной коронароангиографии: тип кровообращения сбалансированный Left main - с ровным контуром проходима на всем протяжении.

LAD - с неровным контуром, в среднем сегменте протяженный стеноз 99%. В устье стеноз 30%.

CF- с ровным контуром проходима на всем протяжении. RCA - с ровным контуром проходима на всем протяжении.

Было произведено стентирование LAD стентом с лекарственным покрытием Medtronic Resolute Integrity 2.75 mm x 14 mm. Результат после стентирования удовлетворительный. (рис 2, 3).

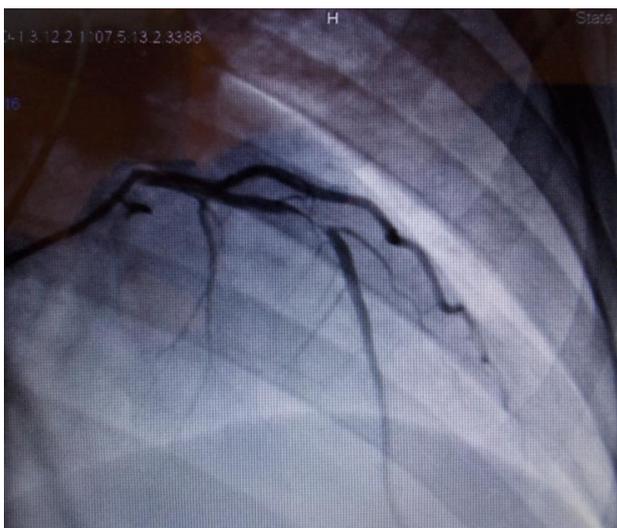


Рис. 2

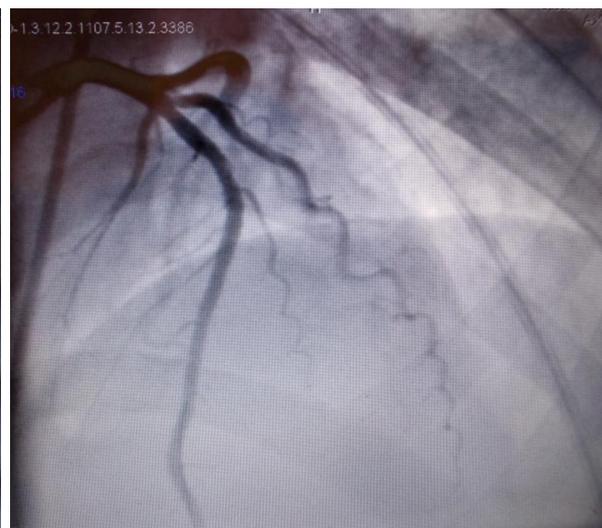


Рис. 3

На основании всего выше перечисленного был выставлен диагноз: ИБС, подострый инфаркт миокарда с подъемом ST переднеперегородочной области, верхушки левого желудочка. Однососудистое пора-

жение коронарного русла: стеноз среднего сегмента LAD 99% Состояние после стентирования LAD. 1 класс сердечной недостаточности по Killip Артериальная гипертензия 2 риск 4.

За время нахождения в стационаре на фоне проводимой антиангинальной терапии самочувствие пациентки значительно улучшилось, ангинозных болей не отмечала, сохранялись редкие дискомфортные в области сердца, одышки не отмечала, гемодинамические показатели были стабильны, выписалась в удовлетворительном состоянии.

#### Заключение

Представленный клинический случай интересен тем, что инфаркт миокарда с подъемом ST развился у молодой 28 летней женщины, тогда, когда ИБС, непосредственно инфаркт миокарда, традиционно рассматривается как болезнь мужчин среднего и пожилого возраста. Наличие таких факторов риска, как ожирение 2 степени, дислипидемия, курение, наследственная предрасположенность, признаки гипоэстрогемии, возможно, привели к раннему атеросклерозу коронарного русла с развитием инфаркта миокарда. По данным литературы отмечается факт увеличения частоты развития инфаркта миокарда у молодых женщин, увеличение смертности от инфаркта миокарда у молодых женщин [1,7,8]. Эксперты связывают данный факт с запоздалой диагностикой. Отмечается факт неправильной интерпретации элевации сегмента ST по ЭКГ у молодых женщин, в связи с отсутствием признания роста заболеваемости ИБС у данного контингента больных [8]. Любому пациенту вне зависимости от возраста и пола с жалобами на наличие типичной или атипичной боли в грудной клетке, должна производиться электрокардиография. Электрокардиографические признаки ишемии миокарда должны диагностироваться вне зависимости от пола и возраста пациента.

#### Литература:

1. Coronary Artery Disease in Women: A 2013 Update - Global Heart, June 2013.
2. Терещенко С.Н., Ускач Т.М., Косицына И.В. и др. // Кардиология. – 2005. – № 1. – С. 98–104.
3. Bush T.L., Miller V.T. // Menopause physiology and pharmacology. – New York.: Year Book Medical Publishers Inc., 1987. – P. 187–208.
4. Gordou D.J., Probstfeld J.L., Garrison R.J. et al. // Circulation. – 1989. – Vol. 79. – P. 8–15.
5. Сметник В.П. // Рус. мед. журнал. – 2001. – Т. 9, № 9 (128). – С. 354–358.
6. Бойцов С.А., Сусеков А.В., Аронов Д.М. и др. Актуальные вопросы терапии статинами в клинической практике. Совещание совета экспертов. // Атеросклероз и дислипидемии. – 2011. – № 1. – С. 65–66.
7. Лякишев А.А. Особенности ишемической болезни сердца у женщин. - Медицинская энциклопедия. - Медицинские статьи. - Кардиология. - 2007. – 320с.
8. Jaimison M, ST Elevation Myocardial Infarction is Underdiagnosed and Undertreated in Women, ACLS certification Institute. - May 2013.
9. Berger JS, Elliott L, Gallup D, Roe M, Granger CB, Armstrong PW, Simes RJ, White HD, VandeWerf F, Topol EJ, Hochman JS, Newby LK, Harrington RA, Califf RM, Becker RC, Douglas PS. Sex differences in mortality following acute coronary syndromes. JAMA. - 2009. - Vol. 302. - 874–882.
10. Gulati M., Leslee J. Shaw, C. Noel Bairey Merz, Myocardial Ischemia in Women - Lessons from the NHLBI WISE Study, Clin Cardiol. - 2012 March. -35(3). – P. 141–148.
11. Kochaneck KD, Xu J, Murphy SL, Minino AM, Kung H-C. Deaths: Preliminary Data for 2009. National Vital Statistics Reports. - 2011. – 59. – P. 1–51.
12. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics–2011 update: a report from the American Heart Association. Circulation. - 2011. – 123. – P. 18–209.
13. Smilowitz NR, Sampson BA, Abrecht CR, Siegfried JS, Hochman JS, Reynolds HR. Women have less severe and extensive coronary atherosclerosis in fatal cases of ischemic heart disease: an autopsy study. American heart journal. - 2011. – 161. - P. 681–8.
14. Reynolds HR, Srichai MB, Iqbal SN, et al. Mechanisms of myocardial infarction in women without angiographically obstructive coronary artery disease. Circulation. - 2011. – 124. - P. 1414–25.
15. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2003. – 289. - P. 76–9.
16. Lerner DJ, Kannel WB. Patterns of coronary heart disease morbidity and mortality in the sexes: a 26-year follow-up of the Framingham population. Am Heart J. 1986. – 111. - P. 383–90.
17. Hokanson JE, Austin MA. Plasma triglyceride level is a risk factor for cardiovascular disease independent of high-density lipoprotein cholesterol level: a meta-analysis of population-based prospective studies. J Cardiovasc Risk. 1996. – Vol. 3. - P. 213–9.
18. Spencer EA, Pirie KL, Stevens RJ, et al. Diabetes and modifiable risk factors for cardiovascular disease: the prospective Million Women Study. Eur J Epidemiol. - 2008. – 23. - P. 793–9.
19. Bairey Merz CN, Johnson BD, Sharaf BL, et al. Hypoestrogenemia of hypothalamic origin and coronary artery disease in premenopausal women: a report from the NHLBI-sponsored WISE study. Journal of the American College of Cardiology. - 2003. –Vol. 41. - P. 413–9.
20. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. Bmj. - 2007. – P. 335 - 974.
21. Mehta PK, Goykhman P, Thomson LE, et al. Ranolazine improves angina in women with evidence of myocardial ischemia but no obstructive coronary artery disease. JACC Cardiovasc Imaging. - 2011. – Vol. 4. - P. 514–22.
22. Kennedy JW, Killip T, Fisher LD et al. The clinical spectrum of coronary artery disease and its surgical and medical management: the Coronary Artery Surgery Study.// Circulation. - 1982;66 (5 Pt 2): 11-116
23. Prasad A., Stone G., Stuckey T. et al. Impact of diabetes mellitus on myocardial perfusion after primary angioplasty in patients with acute myocardial infarction // J. Am. Col. Cardiol. 2005. - Vol. 45. – P. 508-514.
24. Yoshioka M., Doucet E., St.-Pierre S. et al. Impact of high-intensity exercise on energy expenditure, lipid oxidation and body fatness // Int. J. Obes. - 2001. - Vol. 25. – P. 332-339.
25. Nabulsi A.A. et al. // New Engl. J. Med. 1993. V.- 328. P. 1069–1075.
26. Soma M. et al. // Lancet. 1991. V. -337. -P. -612.
27. Климов А.Н., Нагорнев В.А., Денисенко А.Д. // Мед. академ. журнал. – 2005. – Т. 5. - № 2. – P. 18–32.
28. Signorelli S.S., Neri S., Sciacchitano S. et al. // Maturitas. – 2001. – Vol. 39. – P. 39–42.

29. Rosano G.M.C., Cerquetani E., Gebara O. et al. // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 592.  
30. Tataru M.C., Heinrich L. et al. // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 21. – P. 1000–1008.

31. Van ger Meer I.M., Moniek P.M. C-reactive protein predicts progression of atherosclerosis measured at various sites in the arterial tree. – 2002.

#### Тұжырым

**ЖАС ӘЙЕЛДЕ ИНФАРКТ МИОКАРДЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ**  
Л.К. Каражанова, Г.Д. Абильмажинова, М.И. Мадиева, Л.В. Гернер  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Павлодар филиалы,  
Павлодар қалалық екінші аурухана, кардиологиялық бөлімшесі

Ұсынылып отырған мақаланың авторлары жас әйелдерде болған инфаркт миокард жағдайларын көрсеткен, онда жас адамдарда дәстүрлі факторлар қауіпінің және ЖИА дамуына метаболкалық синдромның әсері көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** Инфаркт миокарды, жас әйелдер, метаболкалық синдром.

#### Summary

**CASE REPORT ON A MYOCARDIAL INFARCTION IN A YOUNG WOMAN**  
L.K. Karazhanova, G.D. Abilmazhinova, M.I. Madieva, L.V. Gerner  
State Medical University of Semey,  
Pavlodar branch of the Semey Medical University,  
Cardiological Division of the Pavlodar city hospital №2

Authors present a case of myocardial infarction in a young woman where both traditional risk factors and metabolic syndrome caused development of coronary disease in a young age.

**Key words:** myocardial infarction, young woman, metabolic syndrome.

УДК 616.716.4-001.5-085:612.313.3:612.017.1

Г.П. Рузин<sup>1</sup>, А.И. Чирик<sup>1</sup>, С.В. Калиниченко<sup>2</sup>

Харьковский национальный медицинский университет, Украина<sup>1</sup>  
Государственное учреждение «Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова  
Национальной академии медицинских наук Украины», Украина<sup>2</sup>

### ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЛЮНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

#### Аннотация

Исследовано содержание уровня секреторного иммуноглобулина А и лизоцима в слюне у больных с переломами нижней челюсти в зависимости от наличия антибактериальных препаратов в схеме медикаментозного лечения. Установлена обратная зависимость между временем поступления пациентов в стационар и показателями местного иммунитета в слюне травмированных до начала лечения. По окончании лечения определено, что у лиц, получавших антибиотики, уровень sIgA в слюне был ниже в 1,4 раза по сравнению с пациентами, которые не применяли антибактериальные средства и в 2,1 раза ниже по сравнению с показателями здоровых лиц. Содержание лизоцима было ниже в 1,6 и в 2,07 раз соответственно. Данное исследование поднимает вопрос о целесообразности обязательной антибиотикопрофилактики у больных с переломами нижней челюсти без нарушенных собственных компенсаторных реакций.

**Ключевые слова:** перелом нижней челюсти, иммунитет, иммуноглобулины, лизоцим

**Актуальность.** Частота повреждений, в т.ч. и челюстно-лицевой области, неуклонно увеличивается в связи с нарастанием техногенности общества. В структуре травм лица переломы нижней челюсти занимают особое место вследствие наибольшей распространенности [1, 5]. Это обусловлено анатомическим расположением нижней челюсти относительно других костей черепа (выдвинутое положение, относительно большие размеры), её подвижностью. Большинство пациентов составляет преимущественно молодая и наиболее трудоспособная часть населения. Данные исследователей свидетельствуют о том, что пик переломов нижней челюсти приходится на третье десятилетие жизни больных [2, 6].

На сегодняшний день при госпитализации лиц с переломами нижней челюсти, без учёта возраста больного, наличия сопутствующей соматической патологии, срока поступления в стационар и т.д., назначается стандартная комплексная медикаментозная терапия, в состав которой обязательно входят антибиотики, которые применяются с профилактической целью. Однако анализ литературы свидетельствует, что антибактериальные препараты являются мощными иммунодепрессантами [4, 7]. То есть, на фоне дисбаланса иммунореактивности, они вызывают дополнительное подавление иммунной системы. Такое намеренное ослабление защитных сил организма, в свою очередь, может привести, на фоне инфицирования щели перелома патоген-

ными и условно-патогенными микроорганизмами ротовой полости, к последующему развитию воспалительных осложнений [3].

Общезвестно, что слизистые оболочки, в том числе слизистая оболочка полости рта, являются первым защитным барьером между окружающей средой и внутренней средой человека. Слизистые оболочки обладают комплексом факторов неспецифической и специфической иммунологической защиты, что обеспечивает в большинстве случаев надежный барьер на пути проникновения патогенов. К этим факторам, в первую очередь, относятся секреторный иммуноглобулин А (sIgA) и лизоцим.

Лизоцим препятствует свободнорадикальному окислению, участвует в регуляции иммунных и метаболических процессов, в антигистаминных, антианцидных, антиоксидантных процессах, является общим звеном систем, обеспечивающих мембраностабилизирующий эффект. Кроме того, лизоцим препятствует проникновению чужеродных агентов во внутреннюю среду организма путем стимуляции фагоцитоза, способствует распознаванию антигенов, усиливает кооперативные функции Т-популяций лимфоцитов, бактериолитические и антиадгезивные свойства sIgA.

Секреторный иммуноглобулин А является одним из главных факторов гуморального иммунитета слизистых оболочек, который обеспечивает подавление адгезии и колонизации этих оболочек патогенными и условно-патогенными бактериями, способен нейтрализовать вирусы, связывать токсины, агглютинировать бактерии и связываться с различными пищевыми аллергенами. Он представляет собой димер, ковалентно связанный с секреторным компонентом, придает молекулам устойчивость к протеазам воспалительного экссудата и микроорганизмов, а также способствует транспорту IgA и IgM. В комплексе с лизоцимом и комплементом sIgA обладает выраженной бактерицидной и противовирусной активностью [5, 6].

Учитывая анатомо-функциональные особенности изучаемой области возникает вопрос о целесообразности обязательной антибиотикопрофилактики у больных без нарушений собственных компенсаторных реакций.

**Целью исследования** стало изучение уровня концентраций sIgA и лизоцима в слюне у лиц молодого возраста с переломами нижней челюсти до и после лечения в зависимости от наличия антибиотиков в схеме лечения.

**Объект и методы исследования.** Обследовано 80 человек в возрасте 18-35 лет с травматическими пере-

ломами нижней челюсти, без сопутствующей соматической патологии, которые находились на лечении в клинике кафедры челюстно-лицевой хирургии ХНМУ: I группа (50 человек) – больные, которые в схеме лечения не получали антибактериальную терапию, II группа (30 человек) – пациенты, принимавшие противомикробные препараты. Всем больным проводили репозицию и фиксацию костных фрагментов с использованием проволочных шин с зацепными петлями (по Тигершtedту). Зубы устанавливали в прикус и фиксировали резиновой тягой. Показатели иммунитета исследовались в слюне пациентов, забор которой производили в день поступления и через месяц после лечения при снятии шин. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц, не имеющих хронической патологии в анамнезе и не получавших какой-либо медикаментозной терапии за месяц до обследования.

Концентрацию секреторного иммуноглобулина А и лизоцима определяли с помощью соответствующих иммуноферментных тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» (Россия), в соответствии с инструкциями производителя, с измерением оптической плотности проб на планшетном фотометре Bio-Tek ELx800 (США).

Статистическая обработка данных осуществлялась по правилам рядовой и альтернативной вариационной статистики. Для выборок оценивалось соответствие эмпирических распределений нормальному закону (распределение Гаусса) по критериям Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка и Лиллиефорса. Поскольку распределение исследуемых выборок отличалось от нормального, для обработки данных использовали непараметрические критерии: различия между двумя выборками оценивали по критерию Манна-Уитни, корреляционные связи – по коэффициенту корреляции Спирмена.

Результаты обрабатывали с помощью персонального компьютера с применением компьютерных программ Statistica-8, Microsoft Office Excel 2003.

**Результаты и их обсуждение.**

Определены концентрации sIgA и лизоцима в слюне пациентов I и II групп при госпитализации и пациентов контрольной группы. Выяснено, что исследуемые показатели местного иммунитета у лиц контрольной и клинических групп соответствовали уровню референс-показателей. То есть определено, что местное звено иммунитета функционировало без отклонений от возрастных норм, установленных для практически здоровых людей (табл. 1).

Таблица 1.

**Средние показатели местного иммунитета полости рта у пациентов с переломами нижней челюсти при поступлении в стационар.**

Группа пациентов	Средние показатели местного антимикробного иммунитета (M±m)	
	sIgA (мг/л)	лизоцим (мкг/мл)
Пациенты I и II групп (n=80)	158,53±4,2	47,27±1,09
Контрольная группа (n=20)	207,5±10,3	59,8±9,70
Референс-показатели	115,3-299,7	40-70

Установлено, что у пациентов обеих клинических групп, поступивших в стационар до 3 суток после получения травмы указанные показатели отвечали референс-значениям лаборатории. При поступлении на 4

сутки после получения травмы и позже показатели местного иммунитета у травмированных оказались ниже соответствующих референтных показателей (табл. 2).

Таблица 2

**Показатели местного иммунитета у пациентов с переломами нижней челюсти при поступлении в стационар**

Сутки поступления больного в стационар после травмы	Показатели местного иммунитета в слюне (M±m)	
	sIgA (мг/л)	лизоцим (мкг/мл)
0-1 (n=39)	180,28±3,67	52,97±0,85
2-3 (n=28)	150,43±7,11	45,11±1,57
4-7 (n=13)	110,77±4,12	34,77±2,67

Так, содержание sIgA в слюне пациентов, поступивших в стационар на 2-3 сутки после перелома было ниже, в среднем, в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ) в сравнении с показателями пациентов, поступивших в стационар в первые сутки после перелома. Тогда, как у пациентов, попавших в стационар на 4-7 сутки после травмы, количество sIgA в слюне было ниже, в среднем, в 1,6 раза ( $p < 0,05$ ). Аналогично изменялось и содержание лизоцима: у больных, поступивших в клинику на 2-3 сутки после перелома количество этого энзима в слюне было

ниже, в среднем, в 1,17 раз ( $p < 0,05$ ), а на 4-7 сутки после травмы – в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ) в сравнении с соответствующими показателями пациентов, поступивших в стационар в первые сутки после перелома.

При проведении корреляционного анализа установлена обратная зависимость между временем поступления пациентов в стационар и показателями местного иммунитета в слюне травмированных до начала лечения (рис. 1, 2).

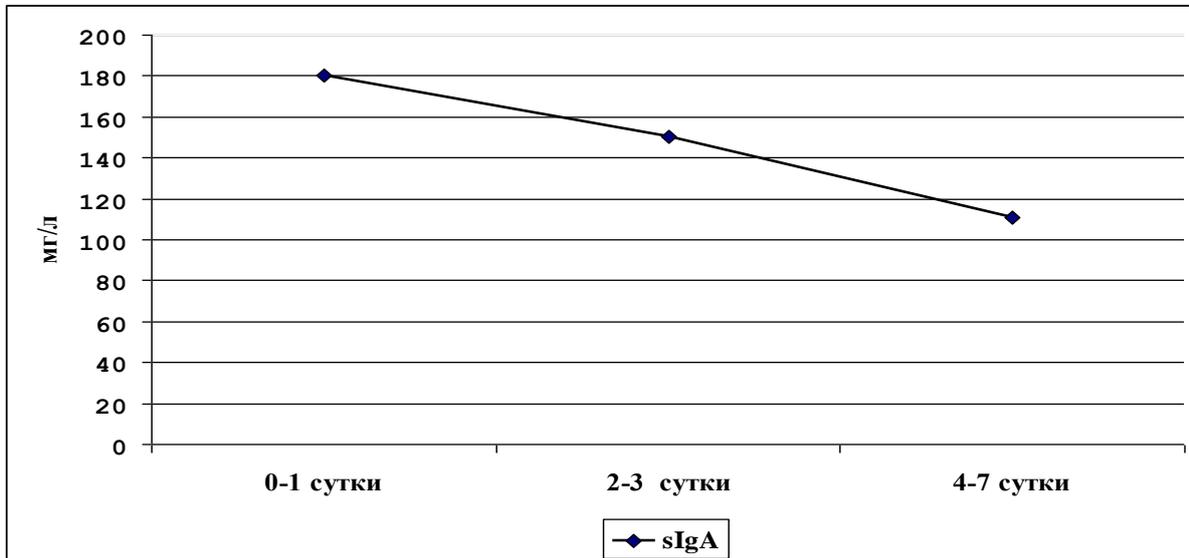


Рис. 1. Корреляционный анализ уровня sIgA в слюне пациентов с переломами нижней челюсти в зависимости от суток их поступления в стационар (коэффициент корреляции  $r = - 0,77$ )

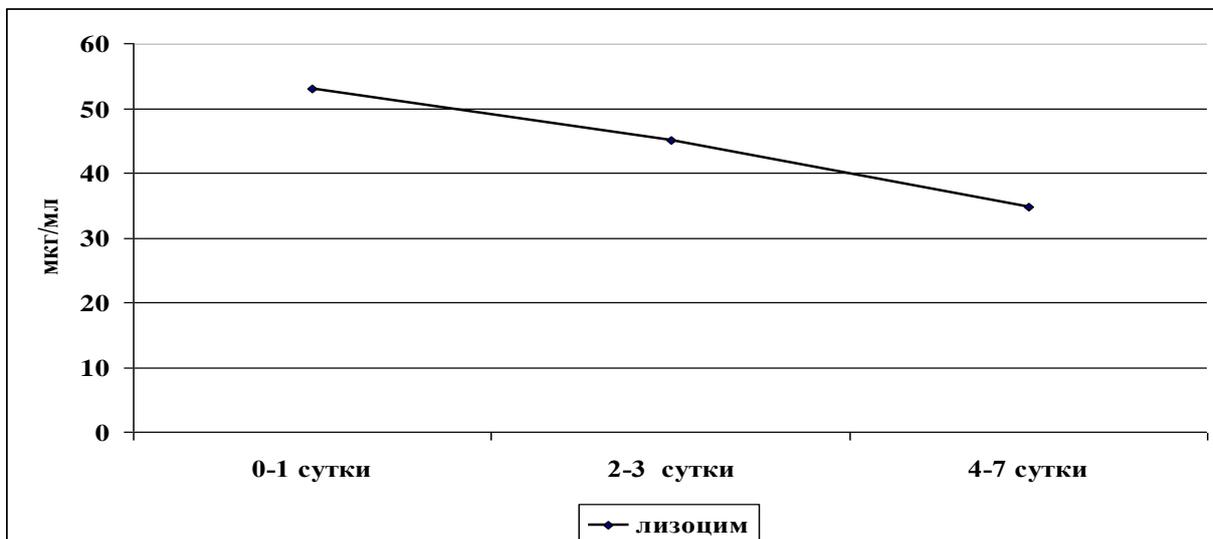


Рис. 2. Корреляционный анализ уровня лизоцима в слюне пациентов с переломами нижней челюсти в зависимости от суток их поступления в стационар (коэффициент корреляции  $r = - 0,78$ )

Полученные результаты свидетельствуют о постепенном угнетении местных бактерицидных факторов у обследованных, что может привести к избыточной сенсibilизации организма микробными или другими антигенами и обусловить нарушение равновесия иммунологического гомеостаза.

Следующим этапом исследований стало изучение реакций местного иммунитета на применение антибактериальных препаратов в комплексе проводимого лечения.

Выяснено, что у пациентов обеих групп после проведенного лечения уровень sIgA достоверно снижался. Так, по сравнению с исходными показателями в слюне

пациентов I клинической группы уровень sIgA снижался, в среднем, в 1,18 раз ( $p < 0,05$ ), тогда как уровень лизоцима практически не менялся. Однако, несмотря на некоторое снижение уровня sIgA после проведенного лечения у пациентов, не получавших в комплексной терапии антибактериальные препараты, содержание sIgA и лизоцима в слюне отвечало референтным значениям лаборатории.

У пациентов II клинической группы содержание sIgA и лизоцима в слюне достоверно ( $p < 0,05$ ) снижалось в 1,57 и 1,56 раз соответственно по сравнению с исходными показателями и было ниже соответствующих референс-показателей (табл. 3).

Таблица 3.

Показатели местного иммунитета у пациентов с переломами нижней челюсти после применения различных схем лечения.

Клиническая группа больных	Показатели местного иммунитета в слюне (M±m)	
	slgA (мг/л)	лизоцим (мкг/мл)
I (n=50)	136,12±1,56	47,62±0,5
II (n=30)	97,53±0,94	28,93±0,83

Сравнение показателей местного иммунитета у лиц, получавших антибиотики, с соответствующими показателями пациентов I клинической группы и по референс-значениям установило достоверные отличия. Так, уровень slgA в слюне пациентов, принимавших антимикробные препараты был ниже, в среднем, в 1,4 раза ( $p<0,01$ ) по сравнению с пациентами, которые не применяли ан-

тибактериальные средства и в 2,1 раза ( $p<0,01$ ) ниже, по сравнению с показателями здоровых лиц.

Содержание лизоцима в слюне лиц II клинической группы по сравнению с больными I клинической группы было ниже, в среднем, в 1,6 раз ( $p<0,01$ ), а по сравнению с практически здоровыми лицами – в 2,07 раз ( $p<0,01$ ) (рис. 3).

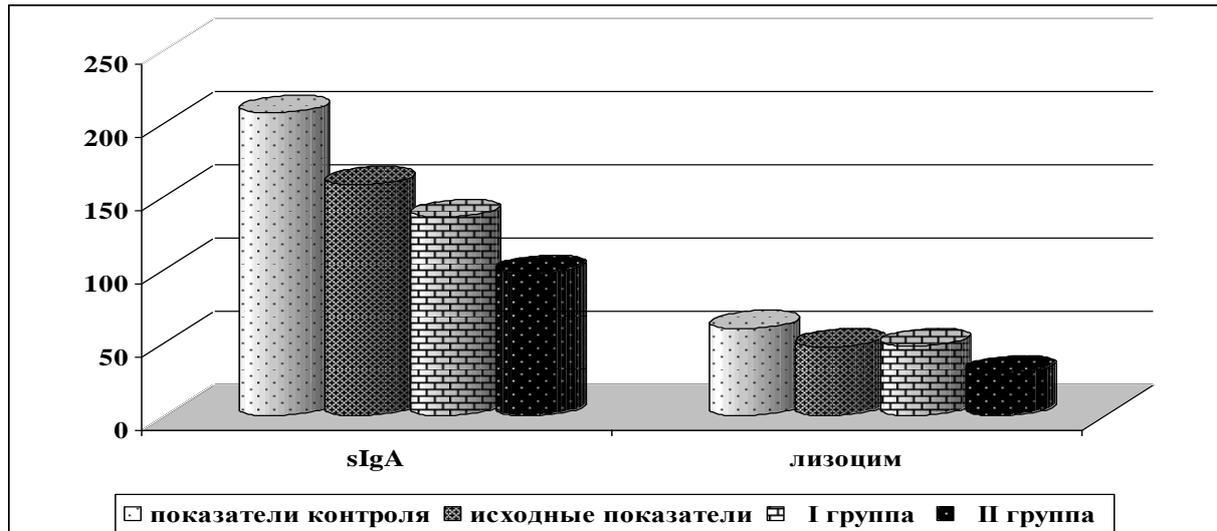


Рис. 7. Показатели местного иммунитета у пациентов с переломами нижней челюсти (показатели I и II групп – после соответствующего лечения).

Таким образом, полученные данные подтверждают угнетающее действие антибактериальных препаратов на иммунную систему. Указанное диктует необходимость определения состояния местного иммунитета для дальнейшего дифференцированного назначения схемы медикаментозного лечения больных с переломами нижней челюсти.

#### Литература:

1. Григоров С.М. Патогенетичні механізми, діагностика та профілактика ускладненого перебігу пошкоджень лицевого черепа : автореф. дис. доктора мед. наук: спец. 14.01.22 / С.М. Григоров. – Харків, 2012. – 32 с.
2. Иващенко Н.И. Травмы лица у юношей (опыт и размышления) / Н.И. Иващенко. – М. : Медицина, 2006. – 328 с.
3. Савичук Н.О. Колонізаційна резистентність порожнини рота / Н.О. Савичук // Укр.мед.часопис – 2012. – №4(90). – С. 57-63.

4. Laftavi M.R. The role of antibiotic prophylaxis in the new era of immunosuppression / M.R. Laftavi, R. Rostami, L. Feng [et al.] // Transplantation Proceedings. – 2011. - №43. – P. 533-535

5. Mijiti A. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures treated at a university hospital, Xinjiang, China: A 5-year retrospective study (Electronic resource) / A. Mijiti, W. Ling, M. Tuerdi [et al.] // J. Cran. Maxillofac. Surg. – 2013. – Mode of access: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcms.2013.05.005>

6. Rashid A. Incidence and patterns of mandibular fractures during a 5-year period in a London teaching hospital / A. Rashid, J. Eyeson, D. Haider [et al.] // Br J Oral Maxillofac Surg. – 2013. – Vol.51. – P. 794-798

7. Ubeda C. Antibiotics, microbiota, and immune defense / C. Ubeda<sup>1</sup>, E.G. Pamer // Trends in Immunology. – 2012. – Vol. 33, No. 9. – P. 459-466

#### Summary

### EVALUATION OF ORAL LOCAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES WITHOUT ANTIBIOTICS IN THE MEDICATION

G. Ruzin<sup>1</sup>, O. Chyryk<sup>1</sup>, S. Kalinichenko<sup>2</sup>

Kharkiv National Medical University, Ukraine<sup>1</sup>

Mechnikov Institute of Microbiology and Immunology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine<sup>2</sup>

It was studied the levels of secretory immunoglobulin A and lysozyme in saliva of patients with mandibular fractures, depending on the availability of antimicrobials in the scheme of medical treatment. It was determined the inverse relationship between the day of hospitalisation and local immunity in saliva. After treatment, it was determined that, the level of slgA in saliva of the patients treated with antibiotics was 1.4 times lower compared with patients treated with no antibiotics, and 2.1 times lower compared with those of healthy controls. The level of lysozyme was 1.6 times lower and 2.07 times lower respectively. This study opens the question of the desirability of mandatory antibiotic prophylaxis in patients with mandibular fractures without any disturbances of their compensatory reactions.

**Key words:** mandibular fractures, immunity, immunoglobulins, lysozyme.

УДК 616.381-002.3-06

М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова,  
А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова

Государственный медицинский университет города Семей  
Кафедра хирургии и травматологии

## ВТОРИЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

### Аннотация

Перитонит является тяжелым и частым осложнением острых заболеваний органов брюшной полости, встречается до 90% больных. Летальность при разлитом гнойном перитоните колеблется 10 - 65% [1,4,8]. Причинами неудовлетворительных результатов лечения вторичных перитонитов является прогрессирование гнойно-воспалительных осложнений. Перитонит - это одна из вечных проблем в хирургии. Воспаление брюшины, сопровождается местными и общими симптомокомплексами. Основная причина развития перитонита - инфекция, ученые называют микробный перитонит. Брюшина выполняет защитную, выделительную, пластическую функцию. Общая площадь брюшины колеблется от 1700-2040 см<sup>2</sup>. Брюшина за сутки может всасывать до 70 л. жидкости, это её ведущая защитная функция. Летальность остается высокой. Прогноз всегда серьезный, особенно при вторичных перитонитах. В патогенезе перитонитов основная роль принадлежит быстро развивающейся интоксикации. Спасает таких больных с запущенным разлитым гнойным перитонитом в токсической стадии детоксикационные способы: гемосорбция, гипербарическая оксигенация, лимфосорбция и плазмофорез, эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов широкого спектра действия [1,5,7].

**Ключевые слова:** эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

### Актуальность

В хирургии есть не стареющие проблемы – к ним относится перитонит. Перитонит по своей природе – вторичное заболевание. Острый гнойный перитонит развивается вследствие осложнений при острой патологии органов брюшной полости: острый деструктивный аппендицит - 53,3%, заболевания желчного пузыря, поджелудочной железы - 22,2%, послеоперационный вторичный перитонит - 13,2%, перитониты вследствие перфорации язв желудка, при некрозе кишечника - 11,3%. Первичные перитониты встречаются 1%. Прогноз серьезный, летальность при тяжелых формах гнойного перитонита составляет - 25-30%, полиорганной недостаточности - 90%. При перитонитах операция в первые часы дает до 90% выздоровления, в первый день - 50%, позже третьего дня смертность - 99%.

**Цель:** Выявление наиболее важных осложнений разлитого гнойного перитонита и роли ранней радикальной операции в профилактике вторичных осложнений.

**Задачей** наших клинических исследований являются: выявление частоты вторичных осложнений разлитого гнойного перитонита, причины, систематизация часто встречающихся в послеоперационном периоде; это описание «вторично-прогрессирующего» разлитого перитонита, тактика введения; роли ранней экстренной релапаротомии у больных с «вторично-прогрессирующим» разлитым гнойным перитонитом. Об осложнениях разлитого гнойного перитонита имеются сообщения, что они входят в разряд вторичных осложнений. Однако, по сегодняшнее время, отсутствует четкая общепринятая классификация послеоперационных осложнений разлитого гнойного перитонита, которые встречаются в послеоперационном периоде. В больнице скорой медицинской помощи наблюдавшихся в хирургическом отделении 137 пациентов за 10 лет выявлены вторичные осложнения, которые были разделены на четыре группы: это осложнения, развивающиеся со стороны брюшной полости: «вторично-прогрессирующий» разлитой перитонит, острая спаечная непроходимость кишечника, эвентрация кишечника, тазовые гнойники, инфильтраты, межкишечные абсцессы и инфильтраты, кишечные свищи, нагноение раны. К

сердечно-сосудистым отнесены: острая сосудисто-сердечная недостаточность, тромбоэмболия крупных сосудов, флебиты, тромбофлебит, флеботромбиты. Легочные заболевания: это пневмонии, бронхиты, отек легкого, обострение хронического бронхита, трахео-бронхиты, сочувственный плеврит. К прочим осложнениям относятся: острая печеночная недостаточность и почечная недостаточность, поражения нервной системы, септические состояния, полиорганная недостаточность.

Вторичные осложнения разлитого гнойного перитонита: вторично - прогрессирующий разлитой гнойный перитонит – 22 (6,1%) больных, острая спаечная кишечная непроходимость - 18 (5%) пациентов, нагноение раны брюшной стенки - 17,2% (4,8%), эвентрация кишечника – 17 (4,7%), межкишечные и тазовые абсцессы – 9 (2,5%) больных, кишечные свищи - у 7 (1,9%) больных, острый холецистит – 2 (0,6%) больных.

У некоторых больных, после проведенных первичных оперативных вмешательств при гнойном перитоните, часто наступает прогрессирование заболевания в результате проведенного вмешательства, иногда у больных наблюдается короткий период «затишья», за которым следует дальнейшее развитие гнойного процесса. Такое быстрое прогрессирование воспалительного процесса после операции в первые дни, назвали условно «вторично-прогрессирующим» разлитым перитонитом [4]. В такой ситуации, следует подумать, что плохая сопротивляемость организма у больного, но не исключается высокая вирулентность инфекции. Возможно недостаточная радикальность проведенной операции. Своевременно источник перитонита не был устранен. Незамеченное повреждение органа, несостоятельность швов, неадекватное дренирование, санация брюшной полости. Для установления диагноза вторично-прогрессирующего разлитого гнойного перитонита значение имеют - клинические, лабораторные исследования: резкое учащение пульса, легочная недостаточность, гипотония, гектическая температура, напряжение мышц брюшной стенки, ослабление перистальтики кишечника, высокий лейкоцитоз, СОЭ-повышенное, токсическая зернистость лейкоцитов, повышенное содержание палочек в развернутом анализе формулы крови. При вторично-прогрессирующем раз-

литом гнойном перитоните большинство больных на следующее утро после проведенной операции и в последующие дни становятся беспокойны, часто эйфоричны, брюшная стенка в акте дыхания слабо участвует, дыхание учащается, напряжение брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины, гематологические и гемодинамические показатели ухудшаются, появляется сухость в ротовой полости, отмечаются лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг, концентрация С-реактивного белка не снижается, а даже, нарастает. Показано оперативное лечение - релапаротомия. В последующем перечисленные признаки вторично-прогрессирующего разлитого перитонита стираются, состояние больного и самочувствие улучшается, интоксикация на 4-5-е сутки у больных, напряжение брюшной стенки становится маловыраженным, симптомы раздражения брюшины могут проявляться слабее, болевые ощущения в животе уменьшаются, частота пульса 80 в минуту, температура 37,3°C, лейкоциты – 8350, СОЭ – 26, отмечается тенденция к нормализации артериального давления. Применение комплексного стимулирования перистальтики кишечника магнитотерапии, назогастрального зондирования желудка, лекарственных стимуляторов, внутривенного введения раствора NaCl, введение прозерина в целях улучшения перистальтики кишечника, при «вторично-прогрессирующем» разлитом перитоните не всегда приводит к одинаковому результату. У многих больных после такой стимуляции эффект бывает устойчивым, хорошим, у других больных длительно удерживается метеоризм, приходится осуществлять перидуральную анестезию, которые приводят к хорошему эффекту. Больные с вторично-прогрессирующим разлитым перитонитом относятся к наиболее тяжелой группе, поэтому им необходимо оказывать интенсивную помощь вплоть до реанимационных мероприятий, а в ряде наблюдений требуется повторное оперативное вмешательство, экстренную релапаротомию. В данном случае разбирается вопрос об экстренных релапаротомиях при вторичных осложнениях вялотекущего разлитого гнойного перитонита. Опыт показывает, что при этих осложнениях часто имеются значительные трудности не только в диагностическом, но и в тактическом отношении. Комплекс лечебных и реанимационных мероприятий у этой категории больных состоял в следующем: проведение интенсивной инфузионно - трансфузионной предоперационной подготовки, которая необходима в целях улучшения функционального состояния органов и систем, снятия интоксикационного синдрома. Ранняя диагностика и своевременно выполненная операция, является основным и важным этапом в лечении разлитого гнойного перитонита с применением современных методов детоксикации: гемосорбция, плазмофореза, лимфосорбции, эндолимфатического введения антибиотиков широкого спектра действия [5,6,7]. Это способствует улучшению показателей летальных исходов у пациентов с разлитым распространенным гнойным перитонитом.

Из анамнеза историй болезни - у 137 больных с перитонитом экстренная релапаротомия по поводу вторично-прогрессирующего разлитого перитонита была произведена - у 22 пациентов, причинами перитонита были деструктивный аппендицит - у 8, прободная язва желудка – у 2, гангрена тонкой кишки с перфорацией – у 4, гинекологические заболевания и травма живота – у 4, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость кишечника – у 4.

Показаниями к экстренной релапаротомии при перитоните были прогрессирующее ухудшение общего со-

стояния после первой операции лапаротомии, нарастание объективных изменений со стороны живота, характерных при разлитом гнойном перитоните, парез кишечника [3,4]. При экстренной релапаротомии, кроме разлитого перитонита, у 14 из 22 больных имелись признаки ранней спаечной кишечной непроходимости. У ряда больных отмечались истощение, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, гипостатическая пневмония. При вторично-прогрессирующем разлитом перитоните релапаротомии проводились под интубационным наркозом, использовались мышечные релаксанты из срединного разреза живота с ревизией брюшной полости, аспирацией экссудата электроотсосом, устранения гнойных скоплений, разделением рыхлых спаек, тщательная санация, адекватное дренирование брюшной полости. Решающее значение в лечении больных с вторично-прогрессирующим разлитым перитонитом имеет ранняя экстренная релапаротомия. При необходимости ее завершают наложением контрапертур в подвздошных областях с введением трубок и наложением илеостомы в целях декомпрессии паретичного кишечника в послеоперационном периоде [3]. Вторичные осложнения перитонита, тяжелые вторичные межкишечные выявлены - у 2,5% больных, клинически проявлялись через 6-8 дней после операции по поводу разлитого перитонита. Эвентрации кишечника частичные были - у 4,7% больных с разлитым гнойным перитонитом, они связаны с истощением, прогрессированием перитонита, нагноением раны брюшной стенки, особенно у больных с вялотекущим течением перитонита [2]. Кишечные свищи появлялись - у 1,9% больных, острая спаечная странгуляционная кишечная непроходимость была - у 3,8 % больных разлитым гнойным перитонитом. Всем больным были повторно выполнены оперативные пособия, наиболее важные вторичные осложнения разлитого гнойного перитонита наступали у больных в течение первых 2-3 недель. Осложнения со стороны органов дыхания выявлялись - у 35,5% больных, из них пневмонии - у 12,4%, сердечно-сосудистые осложнения - у 20,8% больных.

#### Выводы:

- Наиболее важными вторичными осложнениями разлитого гнойного перитонита являются «вторично-прогрессирующий» гнойный разлитой перитонит, острая спаечная непроходимость кишечника, образования межкишечных и тазовых гнойников, кишечные свищи, эвентрация кишечника.

- Важное значение в профилактике вторичных осложнений гнойного перитонита, является ранняя диагностика заболевания и своевременная операция по устранению первичного источника развившегося перитонита.

- Одной из основных причин тяжести состояния больных с разлитым гнойным перитонитом является выраженный синдром эндогенной интоксикация, борьба с которым должна проводиться на всех основных этапах его формирования.

- Гемосорбция-эффективный метод элиминации из крови и тканевых депо токсинов, что дает возможность рассматривать, её как патогенетический обоснованный метод дезинтоксикации при гнойном разлитом перитоните.

#### Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Национальное руководство: Хирургические болезни. Том 2. - Москва, 2009 - С. 298-316.

2. Куташевский В. Д., Вкн.: Актуальные вопросы патологии органов брюшной полости. – Киев. – 1975. – С. 26-29.
3. Савчук Б.Д., Острый перитонит. – Москва. - 1979. – 78 с.
4. Сельцовский П.Л., Разлитые гнойные перитониты. – Москва. - 1963. – 75с.
5. Федоров В. Д., Лечение перитонита. Москва, - 1974. – 124с.
6. Астапенко В.Г.- В КН.: Острый перитонит. Диагностика, патогенетические основы лечения. Гродно, - 1981, - С. 3-12.
7. Кирковский В.В. Применение гемосорбции в комплексном лечении синдрома эндогенной интоксикации у больных перитонитом и ожоговой болезнью. Автореферат дис.... Канд.мед.наук., Минск, - 1983, - 20с.
8. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. Киев, - 1981. – 285с.

#### Тұжырым

#### ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТТЫҢ ЕКІНШІЛІК АСҚЫНУЛАРЫ

**М.М. Гладинец, А.Б. Кульмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова, А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,**  
**Хирургия және травматология кафедрасы**

Ірінді перитониттің екіншілік асқынуы негізгі себебі болып 2-к прогрессирлеуші ірінді перитонит, жедел спастикалық ішек өтімсізді, ішек аралық және жамбастың іріндеуі, ішектік жыланкөздер, ішек эвентрациясы.

Ірінді перитониттің 2-к асқынуы кезінде ерте диагностика жүргізу профилактиканы алдын алу мақсатында уақытылы операция жүргізу, перитониттің 1-к кезін жою.

Ірінді перитониттің ең негізгі себебі болып айқын эндогенді интоксикация синдром болып табылады, барлық негізгі этаптарда күрес жүргізу.

Гемосорбция - тіндік қордан токсиндердің және қаннан элиминациялауды эффективті әдісі, ірінді перитонит кезінде дезинтоксикацияның негізгі патогенетикалық әдісі.

**Негізгі сөздер:** эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

#### Summary

#### SECONDARY COMPLICATIONS OF DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

**M.M. Gladinets, A.B. Kulmagambetova, E.V. Efendiyeva, A.S. Zhanybekova, Z.R. Zaripova, A.A. Seliverstova, G.N. Abisheva, Zh.T. Bultrikova**  
**Semey State Medical University,**  
**Department of surgery and traumatology**

The most important secondary complications of diffuse purulent peritonitis are "secondary-progressive" purulent diffuse peritonitis, acute adhesive intestinal obstruction, formations of interintestinal and pelvic abscesses, intestinal fistulas, eventration of intestine.

The early diagnostics of the disease and timely operation directed to elimination of primary source of developed peritonitis are significant for prevention of secondary complications of purulent peritonitis.

The one of the main reasons of severity of condition of patients with diffuse purulent peritonitis is the expressed syndrome of endogenous intoxication, which should be treated on all main stages of its development.

Hemabsorption – is an effective method of toxin elimination from the blood and tissue depot, it gives opportunity to consider it as a pathogenically proved method of detoxication at purulent diffuse peritonitis.

**Key words:** eventration, endotoxiosis, detoxication, decompression, relaparotomy.

УДК 616.381-007.87

**О.Г. Таштемирова, М.А. Ансеев, Г.А. Жакупова**

**Государственный Медицинский университет города Семей,**  
**Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар**

#### АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

#### Аннотация

Проведен подробный анализ выполненных 561 операций лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и их осложнений. Сделан вывод, что за этот период ЛХЭ стала операцией выбора у больных с доброкачественными заболеваниями желчного пузыря, а залогом успешного выполнения ЛХЭ являются хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование пациентов, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, а также внимательное послеоперационное наблюдение за больными.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационные осложнения, постоперационные осложнения.

**Актуальность**

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным статистических исследований последних лет ЖКБ страдают почти каждая пятая женщина, и каждый десятый мужчина [1]. За последние 20 лет лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) стали золотым стандартом в лечении калькулезного холецистита. Выполнение операции стало доступным не только в ведущих клиниках, но в городских и районных больницах [2,3]. Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связанными, прежде всего, с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время число осложнений после лапароскопических операций остается значительным [4]. Хотя общее количество осложнений и летальность при ЛХЭ значительно меньше, чем при открытой операции. К опасным осложнениям, возникающим непосредственно во время вмешательства, большинство авторов относят ранение внепеченочных желчных протоков, повреждение органов брюшной полости, массивные кровотечения в зоне операции. Среди осложнений послеоперационного периода наиболее часто встречаются желчный перитонит, кровотечения и абсцессы брюшной полости [5,6,7]. Развитие у больных послеоперационных грыж в местах троакарных ран встречается в 0,1–0,3 % случаев. Такие осложнения, как миграция клипс или желчных камней в брюшную полость, вообще не были известны в открытой хирургии. Частота других осложнений при ЛХЭ не превышает 1:1000 операций [8]. Вопросы профилактики, диагностики и лечения осложнений во время ЛХЭ далеки от окончательного решения. Тщательное изучение особенностей ЛХЭ, выявление осложнений и опасностей операции позволило бы повысить безопасность и эффективность данного вмешательства за счет разработки комплекса профилактических мер.

**Цель исследования.** Изучить частоту осложнений при ЛХЭ и холецистэктомией открытым способом (ОХЭ).

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 731 медицинских карт стационарных больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита в различных формах его проявления в хирургическом отделении Областной больницы им. Г. Султанова г.

Павлодара. За период с 2008г. по 2012г ЛХЭ выполнено 561 (76,7%) больному, открытая холецистэктомия проведена 170 (23,3%) больным. Среди больных, перенесших ЛХЭ, большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов от 20 до 60 лет - 459 (81,8%) человека, старше 60 лет было 102 (18,2%) человека. Мужчин оперировано было 156 (27,8%) человек, женщин - 405 (72,2%) человек.

В анамнезе у 54 (9,6 %) больных были различные операции на органах брюшной полости и малого таза, а также других частях тела. Более одной операции до ЛХЭ перенесли 76 пациентов. Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаев. Средняя продолжительность заболевания составила  $5,3 \pm 0,4$  года.

Все операции ЛХЭ выполнены под эндотрахеальным наркозом. Операционная бригада состояла из хирурга, ассистента и операционной сестры. В обязательном порядке вводился в желудок назогастральный зонд, катетер в мочевой пузырь, а нижние конечности бинтовались эластичными бинтами. Операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz». ЛХЭ выполнялась по стандартной методике: наложение пневмоперитонеума, введение троакаров, ревизия брюшной полости, холецистэктомия и удаление желчного пузыря из брюшной полости. Практически на всех операциях использовали атравматические зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как их следствие – геморрагий и перфораций. У 100% оперированных больных операция заканчивалась дренированием подпечёночного пространства. Дренаж удаляли на 1-е сутки после операции при отсутствии активных выделений (серозная жидкость, желчь) из брюшной полости. Длительность операции ЛХЭ колебалась от 25 до 185 минут в зависимости от характера морфологических изменений органов и тканей, в среднем 40-60 минут.

**Методы исследования.** В работе использовались клинические, лабораторные, аппаратно-инструментальные, статистические методы исследования.

**Результаты исследования.** При исследовании установлено, что в течение пяти лет имеется тенденция роста лапароскопических холецистэктомий над холецистэктомиями, выполненными открытым способом (рисунок 1).



**Рисунок 1- Соотношение ЛХЭ и открытых холецистэктомий за период с 2008 по 2012 год.**

Из представленной диаграммы (рисунок 1) видно, что доля ЛХЭ ежегодно остается высокой и в среднем ОХЭ выполняют только 23% больным.

В предоперационном периоде у больных, перенесших ЛХЭ выявлены следующие сопутствующие патоло-

гии: артериальная гипертония, ИБС, ожирение I – IV степени, бронхиальная астма, цирроз печени, пупочная грыжа.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Сопутствующие патологии у больных, перенесших ЛХЭ.**

№	Сопутствующее заболевание	Количество больных n=561	%
1	Артериальная гипертония	404	72
2	Ишемическая болезнь сердца	353	63
3	ожирение I- IV ст.	107	19
4	ХОБЛ	39	7
5	Цирроз печени	19	3,4
6	Пупочная грыжа	24	4,3

По данным таблицы 1 видно, что чаще у пациентов выявлялась артериальная гипертония (72%), на втором месте стоит ишемическая болезнь сердца (63%), далее следует ожирение той или иной степени (19%), в 7% (39 человек) случаев – ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких). Сопутствующие заболевания, затрудняющие технически выполнение ЛХЭ такие как цирроз печени и пупочная грыжа составили 3,4% (19 человек) случая и 4,3% (4,3 человека) случая соответственно.

ЛХЭ проведено 93 (16,6%) больным с хроническим калькулезным холециститом, а 468 (83,4%) больным с острым калькулезным холециститом.

У 557 (99,3%) пациентов проведение ЛХЭ было успешной, а в 4 (0,7%) случаях наблюдениях произведена конверсия на традиционную холецистэктомию. Причиной перехода на лапаротомию были: выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря в трех случаях и в одном случае интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря.

Интраабдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ диагностированы у 9

(1,6%) пациентов. Билома в подпеченочном пространстве наблюдалась у одного больного, которая разрешена консервативно, у двух пациенток на вторые сутки после операции по дренажной трубке стала активно выделяться желчь. Однако, перитонеальные явления отсутствовали, желчеистечение прекратилось на 5-6-ые сутки, дренаж удален на 7-8-ые сутки соответственно. В дальнейшем выздоровление. У одного больного сформировался желчный свищ, через месяц свищ закрылся самостоятельно, у двоих больных развился острый панкреатит, который при консервативном лечении был купирован. У одного больного в послеоперационном периоде развился желчный перитонит. Больному проведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, устранен источник желчеистечения – ушивание ложа желчного пузыря. Больной выписан с выздоровлением. Тошнота и рвота после ЛХЭ отмечены у 8,9% (50 человек) больных, боли в плечах (френикус-симптом) - у 11,9% (67 человек) больных. Характеристика осложнений в послеоперационном периоде представлена в таблице 2.

Таблица 2.

**Характеристика осложнений после лапароскопической холецистэктомии.**

№	Характер осложнений	Число случаев n	%
1	Билома в подпеченочном пространстве	1	0,2
2	Желчеистечение по дренажной трубке	2	0,4
3	Желчный свищ	1	0,2
4	Острый панкреатит	2	0,4
5	Желчный перитонит	1	0,2
6	Тошнота и рвота	50	8,9
7	Боли в плечах (френикус-симптом)	67	11,9

В связи с незначительностью травмы, наносимой передней брюшной стенке, послеоперационный период у пациентов после ЛХЭ протекал легче, чем после аналогичной традиционной хирургической операции, выполненной посредством лапаротомии. Уже в первые сутки после вмешательства боли беспокоят больных умеренно, что позволяет сократить дозировку наркотических анальгетиков или вообще отказаться от их применения. Использование антибиотиков решалось индивидуально. На вторые сутки больные начинали ходить, функция кишечника восстанавливалась на третьи сутки после операции. Общее состояние больных позволяло выписать их на 3-4 сутки после ЛХЭ, однако, часто больных выписывали на 5-6-ые сутки, учитывая, что некоторые осложнения могут появиться в более поздний период.

**Обсуждение**

В результате нашего исследования еще раз подтвердили, что операция ЛХЭ стала операцией выбора у пациентов с желчнокаменной болезнью. Внедрения ЛХЭ в клиническую практику такие сопутствующие заболевания, как пороки сердца с нарушением гемодинамики, хроническая форма ишемической болезни сердца

— ИБС (стенокардия малых напряжений и покоя), артериальная гипертония (АГ) II Б, нарушения ритма сердца, гормонозависимая бронхиальная астма (БА), ожирение высокой и крайней степени, позволило успешно выполнять операции при подобных заболеваниях и состояниях [9,10]. Переход с лапароскопической на открытую холецистэктомию в вышеприведенных случаях мы, так же как и В.С. Савельев, С.И. Емельянов [11,12], не считаем осложнением оперативного вмешательства. Открытую холецистэктомию необходимо рассматривать как наиболее целесообразный в этой ситуации способ оперирования. Выполнение холецистэктомии открытым способом при внезапном возникновении неисправности в работе лапароскопической видеотехники, не поддающейся немедленному устранению, и наличии больших технических трудностей, связанных с образованием плотного инфильтрата и грубых рубцовых сращений в гепатодуоденальной зоне, обеспечивает профилактику серьезных осложнений. Грубых ошибок во время выполнения ЛХЭ помогают избежать следующие меры: тщательный учет всех факторов риска (выраженный спаечный процесс, парапузырный инфильтрат и др.); своевременное выполнение операции по поводу желч-

нокаменной болезни; оптимальное интраоперационное исследование ЖП и желчных протоков; проведение операции в плановом порядке; учет аномалий ЖП, протоков и сосудов; повышение квалификации хирурга; четкое видение элементов ЖП и протоков во время операции; также не следует останавливать кровотечение в воротах печени слепым способом. Профилактика травм ЖП и протоков во время операции более перспективна, чем лечение их последствий [13,14]. Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня.

#### Выводы

Таким образом, интраоперационные осложнения ЛХЭ не носят неизбежный характер. Соблюдая технику оперативных вмешательств, большинства из них можно избежать или устранить их, не прибегая к лапаротомии. Мы видим перспективы снижения подобных осложнений в более тщательном предоперационном обследовании больных, особенно пожилого возраста, с длительным анамнезом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями желчнокаменной болезни, в проведении антибиотикопрофилактики, а также динамическом контроле в послеоперационном периоде.

#### Литература:

1. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. (2004) Потребность медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // Терапевтический архив. - 2004. - Т. 2. - С. 83-87.
2. Седов В.М. (2002) Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика // СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство. - 2002.-С. 180.
3. Sheth K.R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis // Shackelford's surgery of the alimentary

tract. - 6<sup>th</sup> edition. - Philadelphia: WB Saunders. - 2007. - С.1471 - 1481.

4. Агапов М.А., Горский В.А., Ованесян Э.Р. Причины формирования грыж после лапароскопической холецистэктомии // Научно — практическая конференция. Красноярск, 2007. – С. 121-123.
5. Bernard H.R., Hartmann T.W. Complications after cholecystostomy // Am. J. Surg. - 1993. - Vol. 165. - P. 533-535.
6. Clavien P.A., Sanabria J.R., Mentha G., et al. Recent results of elective open cholecystectomy in North American and European center // Ann. Surg.-1992. - P.618-626.
7. Ganey J.B., Johnson P.A., Prillman P.E., et al. Cholecystectomy: Clinical experience with a large series // Am. J. Surg.-1986.- Vol. 151. - P.352-357.
8. Lien H.H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.- 2007. - Vol. 17(3). - P.164-170.
9. Carroll B.J., Chandra M., Phillips E.H, Margulies D.R. Laparoscopic cholecystectomy in critically ill cardiac patients. Ann Surg. – 1993 - N 59. - Vol.12. - P.783-785.
10. Амелина М.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением 3-4 степени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук., 2005. - 24с.
11. Емельянов С.И., Евдошенко В.В Фединко В.В., Матвеев Н.Л. Лапароскопическая хирургия острого холецистита // Эндоскоп, хир.- 1995. - № 4. - С. 17-22.
12. Савельев В.М., Сажин В.П., Сажина Л.С. и др. Осложнения и их профилактика при эндоскопических операциях // Междунар. симп. «Лапароскопическая хирургия»: Тез. - М. - 1994. - С. 54-55.
13. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. -М, - 2004. - С. 366-372
14. Langrehr J.M., Schmidt S.C., Raakow R. et al. Bile duct injuries after laparoscopic and conventional cholecystectomy: operative repair and long-term outcome. // Abstract book. 10 International Congress European Association for Endoscopic Surgery. Lisboa, - 2002. - P.155.

#### Тұжырым

### ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРҒА ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

О.Г. Таштемирова, М.А. Апсеев, Г.А. Жакупова

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті,  
Г. Султанова атындағы облыстық аурухана, Павлодар қ.

Өткізілген 561 лапароскопиялық холецистэктомия (ЛХЭ) операциялары мен олардың асқынулары бойынша толық талдау жүргізілді. Қорытындылай келсек: осы қысқа кезең ішінде ЛХЭ өт қабаның қатерсіз ауруларын емдеуде таңдамалы операция болып келеді. ЛХЭ операцияларының табысты орындалуы операциянды бәлімшенің толықтай техникалық жабдықтануына, лапароскопиялық операцияларды өткізетін хирургтардың жоғары кәсіби дайындығына, науқастарға операцияға дейінгі толық тексерудің жүргізілуіне, лапароскопиялық операцияларды өткізудің ережелерін бұлжытпай орындалуына және операциядан кейін науқасқа мұқият көңіл бөлуге негізделген.

**Негізгі сөздер:** лапароскопиялық холецистэктомия, интраоперационды асқынулар, операциядан кейінгі асқынулар

#### Summary

### ANALYSIS OF COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

O. Tashtemirova, M. Apseyev, G. Zhakupova

Semey State Medical University,  
Regional hospital. Mr. Sultanov, Pavlodar

The detailed analysis of 561 operations performed laparoscopic cholecystectomy (LCE) and their complications. Concluded that during this period LCE became the operation of patients' choice with a benign gall bladder diseases, and the key to a successful implementation of LCE are good technical equipment of operating room, highly professional preparation of surgeons performing laparoscopic surgery, a meticulous preoperative examination of patients, strict adherence to the rules of performing laparoscopic surgery and attentive postoperative supervision of patients.

**Key words:** Laparoscopic cholecystectomy, intraoperative complications, postoperative complications

УДК: 617.55-007.43.616-056.52

О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова

Государственный медицинский университет г.Семей,  
Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар

## АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

## Аннотация

Проведено обследование 65 больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением. В результате исследования установлено, какие методы пластики грыжевых ворот применялись, какие осложнения встречались в раннем послеоперационном периоде. Отслежены отдаленные результаты хирургического лечения. Полученные данные показали, что применение ненатяжных методов пластики грыжевых ворот, снижает процент осложнений и рецидивов грыж.

**Ключевые слова:** вентральная грыжа, аллопластика.

## Актуальность

Ожирение среди населения получило на сегодняшний день большую распространенность и тенденцию к росту [1,2]. Ожирение является не только первопричиной таких серьезных терапевтических заболеваний, как гипертоническая болезнь, ИБС, ранний атеросклероз сосудов, сахарный диабет 2 типа, гормональные нарушения, значительно повышающих риск преждевременной смерти [3,4,5,6], но и способствует появлению вентральных грыж, как первичных, так и после различных вмешательств на органах брюшной полости [7,8,9]. Как правило, такой контингент больных представляет определенную сложность для хирургов по причине имеющих серьезные сопутствующих заболеваний, вероятных предстоящих технических трудностей во время операции, а также высокого риска развития осложнений в послеоперационном периоде. Проблема выбора рационального способа хирургического лечения грыж передней брюшной стенки была и остается актуальной, так как разработка и применение более 400 оперативных методик не исключает рецидива грыжи и послеоперационные осложнения [10,11,12,13]. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику новых хирургических технологий частота рецидивов при использовании аутопластических методов лечения грыж передней брюшной стенки превышает 25% [14,15]. При обширных и гигантских грыжах передней брюшной стенки количество рецидивов еще более значительно и составляет 64% [16,17,18]. Наиболее эффективными оказались способы с использованием ненатяжных технологий закрытия грыжевых ворот, которые значительно снизили рецидив заболевания. Толчком к широкому распространению этих операций послужило внедрение в клиническую практику полипропиленовых сетчатых эндопротезов. Современная химическая промышленность в последние годы выпускает синтетические протезы, которые обладают большой прочностью и биологической инертностью [19,20,21,22]. Вместе с тем, многие нюансы операций, а также отдаленные результаты операций требуют своей оценки. Существующее сегодня разнообразие хирургических школ, методик герниопластики и увеличение количества пациентов с ожирением диктуют необходимость систематизации и правильной оценки имеющихся знаний по данной проблеме. Необходимо выявить особенности хирургического лечения грыж у таких пациентов, разработать оптимальный безрецидивный хирургический метод, выявить возможные осложнения в послеоперационном периоде, разработать меры по их предупреждению, обеспечивая успех операции, а вместе с ним укрепляя веру пациента

в излечение и в возможность улучшить качество своей жизни.

**Цель исследования.** Провести анализ оперативного лечения больных с вентральными грыжами, страдающими ожирением.

**Материал и методы.** В хирургическом отделении областной больницы им. Г. Султанова г. Павлодар в течение года наблюдалось 65 больных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющие ожирение различной степени. Для постановки диагноза мы использовали классификацию вентральных грыж (ВГ) Chevrel-Rath (SWR-classification) (Chevrel J. и Rath A., 1999г). Она основана на определении трех основных параметров грыж: анатомическая локализация на брюшной стенке – срединная (М): М1 – над пупочная, М2 – около пупочная, М3 – под пупочная, М4 – в области мечевидного отростка или лона; боковая (L): L1 – подреберная, L2 – поперечная, L3 – подвздошная, L4 – поясничная; ширина грыжевых ворот (W): W1 – до 5 см (грыжа малых размеров), W2 – 5-10 см (грыжа средних размеров), W3 – 10-15 см (грыжа больших размеров), W4 – более 15 см (гигантские грыжи); наличие и количество рецидивов грыжи после герниопластики (R): R0, R1, R2, R3 и т.д. Размеры грыжевых ворот (ГВ) у больных с вправимыми грыжами определялись клинически, при невправимых грыжах – при помощи УЗИ, окончательно размеры ГВ устанавливали на операции. Всем больным определяли наличие ожирения по индексу массы тела (ИМТ), согласно рекомендациям ВОЗ (Adolphe Quetelet, 1869г The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI) и другие сопутствующие патологии.

**Метод лечения.** Вольным выполнялась герниотомия традиционным способом, а закрытие грыжевых ворот проводилось одним из двух способов: аутопластика или аллопластика сетчатым эндопротезом. В зависимости от состояния грыжевых ворот аллопластика сетчатым эндопротезом одним из трех вариантов: методом «Onlay», при котором грыжевые ворота ушивались край в край. И сверху пришивалась сетка, выступающая на 2-3 см за линию швов на апоневрозе. Пластика «Inlay» способом (метод заплатки), при котором сопоставление краев грыжевых ворот не проводилось, и последние закрывались сверху сеткой, выступающей на 2-3 см за края дефекта. Сетка также фиксировалась узловыми швами к апоневрозу. Методом «Sublay» проводилось подапоневротическое расположение эксплантата с последующим сопоставлением над ним краев грыжевых ворот край в край. Подапоневротическая пластика исключала контактирование сетки с петлями кишечника. В основе аутопластического закрытия грыже-

вых ворот лежало формирование продольной или поперечной мышечно-апоневротической дубликатуры. После выписки обследование проводилось через 1, 6, 12 месяцев.

**Методы исследования.** В работе использовались клинические методы, аппаратно-инструментальные методы, социологические методы и статистические методы.

**Результаты исследования.** Из 65 больных с послеоперационными вентральными грыжами, имеющие ожирение, в плановом порядке госпитализировано – 39(60%) больных, в неотложном порядке – 26 (40%) больных. Возраст больных колебался от 29 до 79 лет, средний возраст составил 56,06 ± 3,4 года. Из них мужчин оперировано 11 (17%) человек, женщин 54 (83%) человека. Продолжительность заболевания у больных колебалась от 3 месяцев до 10 лет. У 41 (63%) больного имелись сопутствующие заболевания: сердечнососудистой системы – у 28 (43%) больных, хроническая обструктивная болезнь легких у 5 (7,6%) больных, заболевания желудочно-кишечного тракта у 3 (4,6%) больных, сахарный диабет был у 5 (7,6%) больных. Согласно

классификации, срединные грыжи (М) отмечались у 51 (78,4%) больных: М1 – у 8 (15,6%) больных, М2 – у 30 (58,8%) больных, М3 – у 14 (27,4) больных, М4 – у 8 (15,6%) больных; боковые (L) – у 14 (21,5%) пациентов. Ширина грыжевых ворот была в пределах W1 – у 8 (12,3%) пациентов, W2 – у 36 (55,3%) больных, W3 – у 13 (20%) больных, W4 – у 7 (10,7%) больных. Рецидивные грыжи наблюдались: R0 – 56 (86,1%) больных, R1 – 4 (6,1%) больных, R2 – 3 (4,6%) больных, R3 у 2 (3,07%) пациентов. В соответствии со значениями ИМТ пациентов разделили по степени ожирения на 4 группы: I степени ожирение установлено у 14 (21,5%) пациентов, II степени ожирение у 34 (52,3%) больных, III степени ожирение у 14 (21,5%) больных, IV степени ожирение 3 (4,6%). В 52% (34 человека) случаев проводилась аллопластика грыжевых ворот с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза, а в 48% (31 человек) случаев проводилась аутопластика грыжевых ворот. При аллопластике методом «Onlay» оперировано 18 (27,7%) больных, методом «Inlay» - 6 (9,2%) пациентов, методом «Sublay» - 10 (15,4%) больных. Распределение проведенных операций представлено в таблице 1.

Таблица 1.

**Распределение проведенных операций по группам.**

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
n	%	n	%	n	%	n	%		
1	I ст. n=14	12	18,5	2	3,1	-	-	-	-
2	II ст. n=34	12	18,5	14	21,5	-	-	8	12,3
3	III ст. n=14	7	10,8	-	-	3	4,6	4	6,2
4	IV ст. n=3	-	-	-	-	3	4,6	-	-
Всего:		31	48	16	24,6	6	9,2	12	18,5

Из данных представленных в таблице 1 видно, что больным с вентральными грыжами и ожирением I ст. в основном выполнялась аутопластика грыжевых ворот (85,7% случаев от числа больных ожирением I ст.), у больных с ожирением II ст. - проводилась аллопластика сетчатым эндопротезом (64,7% случаев от числа больных ожирением II ст.), у больных с ожирением III ст. – в 50% случаев (от числа больных ожирением III ст.) выполнялась как аутопластика, так и аллопластика, а

больные с ожирением IV ст. в 100% случаев выполнялась аллопластика грыжевых ворот.

После операции осложнения наблюдались в 16,9% случаев, из них у 8 (12,3%) больных после аутопластики грыжевых ворот (нагноение послеоперационной раны 3 больных, инфильтрат послеоперационного рубца 5 больных) и у 3 (4,6%) больных после аллопластики сетчатым эндопротезом (развитие серомы). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2.

**Распределение ранних послеоперационных осложнений после проведенных операций.**

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
n	%	n	%	n	%	n	%		
1	I ст. n=14	2	3,08	-	-	-	-	-	-
2	II ст. n=34	2	3,08	-	-	-	-	-	-
3	III ст. n=14	4	6,15	-	-	-	-	-	-
4	IV ст. n=3	-	-	-	-	3	4,6	-	-
Всего:		8	12,3	-	-	3	4,6	-	-

Таблица 3.

**Частота рецидива заболевания после аутопластики и использования сетки при грыжах передней брюшной стенки.**

Период	Вид пластики			
	Аутопластика (n=31)		Аллопластика (n=34)	
	n	%	n	%
1 месяц	-	-	-	-
6 месяцев	-	-	1	1,5
12 месяцев	2	3,1	-	-

Как видно из таблицы 2, наибольшее количество осложнений наблюдается у больных с третьей и четвертой степенью ожирения. При исследовании отдаленных результатов после проведенных операций рецидив наблюдался в 3,1% (2 человека) случаев после аутопластики и 1,5% (1 человек) случаев после аллопластики (таблица 3).

При распределении по группам установлено, что рецидивы грыж отмечались у больных с ожирением второй (1 человек) и третьей степени (1 человек) после

аутопластических операций. После аллопластики методом «Inlay» отмечается один случай рецидива в группе больных с ожирением четвертой степени (таблица 4).

Таблица 4.

**Распределение рецидивов грыж после проведенных операций.**

№	Степени ожирения n=65	Виды пластики							
		Аутопластика n=31		Аллопластика (n=34)					
				«Onlay»		«Inlay»		«Sublay»	
n	%	n	%	n	%	n	%		
1	I ст. n=14			-	-	-	-	-	-
2	II ст. n=34	1	1,5	-	-	-	-	-	-
3	III ст. n=14	1	1,5	-	-	-	-	-	-
4	IV ст. n=3			-	-	1	1,5	-	-
	Всего:	2	3	-	-	1	1,5	-	-

**Обсуждение результатов**

В результате исследования установлено, что в основном отмечались осложнения в послеоперационном периоде у больных с вентральными грыжами после аутопластики. Развитие гнойных раневых осложнений при использовании натяжных технологий мы связываем с нарушениями микроциркуляции, а наличие ожирения усугубляет данные изменения в тканях. Применение полипропиленовых сеток у больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением показали, что использование эксплантатов позволяет сшивать ткани без значительного натяжения, что предотвращает развитие нарушения микроциркуляции, обеспечивая оптимальные условия для заживления раны. Единственным недостатком применения эндопротезов являются медленно ликвидируемые серомы. На современном этапе при лечении послеоперационных вентральных грыж аллопластику следует рассматривать как операцию выбора. У больных с большими и гигантскими грыжами закрытие грыжевого дефекта возможно только при фиксации эксплантата onlay или inlay+ onlay, вследствие чего образуются дополнительные карманы, что приводит к образованию гематом, лимфорееи [14,20].

**Выводы**

Таким образом, внедрение в практику новых технологий и материалов позволило значительно снизить количество рецидивов и осложнений при пластике брюшной стенки у больных с вентральными грыжами, страдающих ожирением. Решение этой проблемы особенно важно для общехирургических стационаров районных больниц, являющихся основным звеном в оказании хирургической помощи больным с грыжами брюшной стенки, и позволит осуществлять дифференцированный выбор способа герниопластики.

**Литература:**

1. Ахметов А.С. Ожирение эпидемия XXI века // Тер. архив. - №10. - С. 5-7.
2. Diosmuke S.E., Wagner E.H. Pulmonary embolism as a cause of death; the changing mortality in hospitalized patients.// JAMA. - 1986. - Vol.255:15. - P. 2039-2042.
3. Леонов С.А. (2005) Частные хирургические аспекты абдоминопластики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва, 2005. – 24 с.
4. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клиническая хирургия. - 2002. - №1. - С. 5-9.
5. Седов В.М., Тарбаев С.Д., Гостевский А.А. Эффективность герниопластики с использованием по-

липропиленового сетчатого импланта в лечении ПОВГ // Вестник хирургии. - 2005. - Т. 164. - №3. - С. 85-87.

6. Ajabnoor M.A., Mokhter A.M., Rafee A.A. Defective collagen metabolism in Saudi patients with hernia.// Ann Clin Bichem. - 1992. - Vol.29. - P. 430-436.

7. Рехачев В.П. Послеоперационные вентральные грыжи. Диастазы прямых мышц живота.// Архангельск. Изд. центр АГМА. - 1999. - С. 197

8. Burch J.M., Moore E.E. et al. The abdominal compartment syndrome // Surg Clin North Am. - 1996 Aug. - Vol.76 (4). - P.833-842,

9. Pans A., Elen P., Dewe W. // World J. Surg. - 1998. - Vol.22. - P.479-482, discuss. P.482-483.

10. Гостевской А.А. Нерешенные вопросы протезирования передней брюшной стенки при грыжах (часть 1) // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - № 4. - С. 114-117.

11. Егиев В.Н. Современное состояние и перспективы герниологии // Герниология. - 2006. - № 2(10). - С. 5-10.

12. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. - Симферополь: Бизнес-Информ, - 2002. - 440с.

13. Чугунов А.Н. Современное состояние проблемы лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. - 2005.- № 4(8).-С. 35-41.

14. Саенко В. Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки // Клини. Хирургия. - 2002. - № 1. - С. 5-9.

15. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения хирургии грыж живота. - М.: «Профиль», - 2005. - 174 с.

16. Самойлов А.В. Протезирующая вентропластика в onlay технике // Герниология. - 2006. - № 2(10). - С. 11-13.

17. Gislason H. Burst abdomen and incisional hernia after major gastrointestinal operations – comparison of three closure techniques // Eur. J. Surg.- 1995.- Vol. 161.- № 5.- P. 349-354.

18. Rath A. M. Classification of incisional hernias of the abdominal // Hernia. - 2000. - Vol. 4. - № 1. - P. 1-7.

19. Егиев А.С. Ненатяжная герниопластика. - М.: Медпрактика - М., - 2002. - 148с.

20. Мошкова Т.А. Оценка способов размещения полипропиленовых сеток при аллопластике вентральных грыж // Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - № 2. - С. 78-81.

21. Ware J.E. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. - Boston: Nimrod Press, 1993. - 114 p.

22. Ware J.E. The MOS 36-item Short-Form health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med. Care.-1992. - Vol. 30.- P. 473-483.

**Тұжырым**  
**СЕМІЗДІККЕ ҰШЫРАҒАН НАУҚАСТАРДАҒЫ ВЕНТРАЛДЫ ЖАРЫҚТАРДЫҢ**  
**ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІНЕ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ**

О.Г. Таштемирова, А.К. Абитанова, Г.А. Жакупова  
 Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті,

Г. Султанова атындағы облыстық аурухана, Павлодар қ.

Семіздікке ұшыраған вентралды жарығы бар 65 науқасқа тексеру жүргізілді. Зерттеу нәтижесінде жарық қақпасының пластика әдістерінің қандай түрлері қолданылды, операциядан кейінгі ерте кезеңде қандай асқынулар кездестіндігі анықталды. Хирургиялық емнің шалғай нәтижелері қадағаланды. Алынған мәліметтер бойынша жарық қақпасының созылмалы пластика әдістерін қолдану, жарық асқынуларының және рецидивтерінің пайызын азайтатыны анықталды.

**Негізгі сөздер:** вентралды жарық, аллопластика.

**Summary**

**ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRAL HERNIA FOR PATIENTS WITH OBESITY**

O. Tashtemirova, A. Abitanova G. Zhakupova

Semey State Medical University, RK

Regional hospital. Mr. Sultanov, Pavlodar

The 65 patients with ventral hernia suffering obesity were examined. As a result of research the used methods of hernioplasty and complications in the early postoperative period were determined. The further results of surgical treatment were observed. The obtained data prove that application of non-tension methods of hernioplasty reduces the percent of complications and recurrences of hernia.

**Key words:** ventral hernia, alloplastica.

УДК 616.831-002.951/36-089

Д.К. Калиева, Е.М. Тургунов, М.М. Тусупбекова

Карагандинский Государственный медицинский университет, Караганда

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**Аннотация**

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 149 больных эхинококкозом печени. Проведено сравнение традиционных методов хирургического лечения и разработанного метода на основе применения импульсного электрического разряда.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, хирургическое лечение.

**Актуальность**

Эхинококкоз человека, являясь тяжелым паразитарным заболеванием, распространенным во многих странах мира, остается серьезной проблемой [1]. Наиболее часто поражается печень от 59% до 78% случаев. В легких эхинококкоз локализуется в 15-27%. Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени по сей день остается хирургический. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии заболевания, лечение его остается сложной проблемой. Доказательство этому является большое число послеоперационных осложнений - 6,7-47,5%, высокая летальность - до 4,5%-10,2% и значительная частота рецидивов заболевания - 3,3-54% [3].

**Цель исследования.** Провести анализ хирургического лечения эхинококкоза печени.

**Объектом клинического исследования являлись** 149 больных находившихся на стационарном лечении в КГП УЗКО Областной клинической больнице г. Караганды с 2009 по 2013 гг. в возрасте от 16 до 70 лет, которым проведено оперативное лечение эхинококкоза.

Количество пациентов мужского пола составило 58 (48,9%), женщин - 91 (61,1%).

Средний возраст больных составил 36,3. Средний возраст мужчин составил 43,1, женщин - 37,3.

По месту проживания пациенты разделены на сельских жителей, что составило в общем - 63 (42,3%) человек, городских жителей - 86 (57,7%).

Все больные проходили клинический комплекс обследования, который включал жалобы, анамнестические и общеклинические данные, а также лабораторно-инструментальные методы исследования, проводимые по стандартным методикам.

Больным проведены различные методы оперативного лечения эхинококкоза печени: перицистэктомия, резекция печени, эхинококкэктомия.

Перицистэктомия проводилась в 72 (48,3%) случаях, резекция печени - 14 (9,3%), эхинококкэктомия - 63 (42,3%).

Во время операции при необходимости проводилась обработка остаточной полости химическим методом с применением 80% раствора глицерина (Гафаров Ч.Б., Шамсиев Ж.А., 2007г.) [4] 44 (32,0%) пациентам и

разработанным на кафедре хирургических болезней №2 Карагандинского государственного медицинского университета физическим методом с применением импульсного электрического разряда (18,1%).

Для проведения оценки результатов лечения больные были поделены на 2 группы сравнения: основную, где производились оперативные вмешательства с обработкой остаточной полости электроимпульсным разрядом и контрольную, где проведено оперативное лечение традиционными способами, с обработкой остаточной полости химическим методом.

**I группа, основная,** состояла из 25 (18,1%) пациентов. Мужчин было 13 (52,0%), женщин 12 (48,0%). Средний возраст больных составил  $37,8 \pm 0,8$ .

Единичные кисты отмечены в 16 (64,0%) случаях, множественные в 9 (36,0%).

Первичные кисты наблюдались 20 (80,0%) случаях, рецидивные в 5 (20,0%).

По размерам кисты до 10 см верифицированы в 8 (32,0%) случаях, от 10 см до 20 см в 15 (60,0%) случаях, от 20 см и больше – 2 (8,0%).

По локализации кист в печени отмечались следующие данные: в I S (сегмент) составило-3 (14,1%) наблюдения, II S-2 (20,3%), III S-2 (20,3%), IV S-3 (18,5%), V S-4 (38,9%), VI S-6 (43,3%), VII S-11 (51,3%), VIII S-11 (46,9%).

Сопутствующая патология отмечалась следующая: артериальной гипертензией страдали 2 (8,0%) пациентов, ишемической болезнью сердца 1 (4,0%), хроническим гастритом 1 (4,0%), хронический компрессионный перелом L<sub>1</sub> 1 (4,0%), хроническим холециститом 1 (4,0%), непаразитарная киста яичника 1 (4,0%).

**II группа, контрольная,** состояла из 113 (81,8%) больных. Количество пациентов мужского пола составило 42 (37,1%), женщин - 71 (62,8%). Средний возраст больных составил  $38,3 \pm 0,8$ .

По частоте возникновения кист первичные кисты встречались у 91 (80,5%) пациента, рецидивные у 22 (19,5%).

По количеству единичные кисты отмечены у 69 (61,1%) больных, множественные у 44 (38,9%).

По локализации поражения печени отмечались следующие данные I S составило - 16 (14,1%), II S-23 (20,3%), III S-23 (20,3%), IV S-21 (18,5%), V S-44 (38,9%), VI S-49 (43,3%), VII S-58 (51,3%), VIII S-53 (46,9%).

По размерам кисты до 10 см верифицированы в 90 (79,6%) случаях, от 10 см до 20 см в 56 (49,5%) случаях, от 20 см и больше – 5 (4,4%).

Сопутствующая патология отмечалась следующая: артериальной гипертензией страдали 7 (6,2%) пациентов, ишемической болезнью сердца - 8 (7,1%), анемией - 9 (7,9%), ожирением - 4 (3,5%), непаразитарные кисты яичников наблюдались у 2 (1,8%) пациенток, хронический пиелонефрит был у 1 (0,8%) больного, тиреоидит у 1 (0,8%), хронический холецистит - 1 (0,8%), хронический бронхит-2 (1,8%).

#### Результаты и их обсуждение.

В основной группе проведены следующие виды операций с обработкой фиброзной капсулы ИЭР. Эхинококкэктомия проведена у 22 (53,0%) пациентов, резекция - 2 (12,0%), перицистэктомия - 1 (6,0%).

Средний объем кровопотери составил  $320,6 \pm 363,8$  мл. Объем гемотрансфузии составил в среднем  $40,0 \pm 37,0$  мл. Послеоперационные осложнения отме-

чены в 3 (12,0%) случаях. Средние сроки госпитализации составили  $12,8 \pm 2,2$  койко-дней.

В контрольной группе больным проведены различные методы оперативного лечения эхинококкоза печени: перицистэктомия, резекция печени, эхинококкэктомия.

Перицистэктомия проводилась в 56 (49,5%) случаях, резекция печени - 11 (9,7%), эхинококкэктомия - 46 (41,1%).

Средняя продолжительность оперативного лечения составила  $128,8 \pm 46,2$  мин.

Объем кровопотери  $393,5 \pm 350,1$  мл.

Гемотрансфузия проводилась в объеме  $636,9 \pm 640,2$  мл.

В послеоперационном периоде отмечались осложнения 19 (76,5%) случаях.

Средние сроки госпитализации составили  $14,0 \pm 5,8$  койко-дней.

Сопоставляя данные обеих групп отмечено следующее: по продолжительности операции достоверных различий в обеих группах нет ( $p > 0,05$ ). Достоверные изменения были выявлены в сроках госпитализации, объеме кровопотери, которая в основной группе в 1,2 раза была меньше, чем в основной ( $p < 0,05$ ). Так же достоверные изменения выявлены в необходимости и объеме гемотрансфузии, которая в основной группе была меньше в 15 раз, чем в контрольной группе  $p < 0,05$ . Количество послеоперационных осложнений в контрольной группе было в 6 раз больше  $p < 0,05$ .

Анализ приведенных сведений показывает, что применение импульсного электрического разряда не оказывает отрицательного влияния на степень операционного риска и травматичность операции, не влияет на ее продолжительность.

Разработанный метод не усугубляет сопутствующую патологию, не оказывает повреждающее действие на печень и прилежащие органы, а так же на организм в целом.

Эхинококкэктомия дополненная данным методом обработки может быть применена при интимном прилегании кист к крупным сосудам, желчевыводящим путям, соседним органам, в случае локализации кист по задней поверхности печени, внутривнутрипеченочном расположении, при множественных кистах.

Данный метод хирургического лечения эхинококкоза может являться альтернативой таким радикальным операциям как перицистэктомия и резекция печени.

#### Литература:

1. Алышева Н.О. Эпидемиологический надзор за паразитарными инвазиями на примере эхинококкоза: автореф. ... к. м. н. - Алматы, 2010. - 21 с.

2. Skeletal Manifestations of Hydatid Disease in Serbia: Demographic Distribution, Site Involvement, Radiological Findings, and Complications/Djurđja Bracanovic, Marija Djuric, Jelena Sopta et. al // Korean J Parasitol. - 2013.- 51(4): 453-459.

3. Мнацаканян Э. Г. Место и значение высокотемпературных плазменных технологий в профилактике рецидивов заболевания при хирургическом лечении эхинококкоза печени: автореф. ... к. м. н. - Ставрополь, 2007. - 26с.

4. Гаффаров У.Б., Шамсиев Ж.А. // «Наука о человеке» Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов / Под ред. Л.М. Огородовой, Л.В. Капилич. - Томск: Сиб ГМУ. - 2007. - С. 273

## Тұжырым

## БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Д.К. Калиева, Е.М. Турғынов, М.М. Тусупбекова

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды, Қазақстан

Жұмыста 149 бауыр эхинококкозмен науқастардың хирургиялық емінің сараптамаларының нәтижелері анықталған. Дәстүрлі хирургиялық емдеу әдістері және импульстік электрлік разряд негізінде дайындалған әдістер жүргізілген.

**Негізгі сөздер:** бауыр эхинококкозы, хирургиялық ем.

## Summary

## THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

D.K. Kaliyeva, Y.M. Turgunov, M.M. Tussupbekova

Karaganda state medical university, Karaganda, Kazakhstan

The result of surgical treatment of 149 patient with liver echinococcosis were analyzed. The traditional methods of surgical treatment and the method with using impulse electric discharge were compared.

**Key words:** hidatid disease of liver, surgical treatment.

УДК 616.831-005

Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,

Е.Х. Сулейменов, А.М. Нуременов, Р.С. Бакиева

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

## Аннотация

В статье анализируются результаты хирургического лечения 372 больных с нетравматическими внутримозговыми гематомами, в том числе с субкортикальными – 141, латеральными – 135, смешанными – 60 и гематомами мозжечка – 31. Применялись пункционно-аспирационный и открытый способы операции. Общая летальность составила 19,1% и зависела в большей степени от возраста и состояния больных и в меньшей степени от объема гематомы и сроков операции.

**Ключевые слова:** нетравматические внутримозговые гематомы, пункционно-аспирационный способ, открытый способ.

**Актуальность.** Нетравматические внутримозговые гематомы (НВМГ) встречаются у 10-20% больных с инсультом [1], летальность при этом достигает по данным различных публикация от 35 до 85% [1, 2]. Около 80% кровоизлияний располагаются супратенториально, примерно 20% - в задней черепной ямке, из них 10% - в мозжечке и 10% - в стволе мозга. Супратенториальные НВМГ подразделяют на субкортикальные (лобарные) и далее, по отношению к внутренней капсуле – на латеральные (путаменальные) и медиальные (таламические). Отдельно выделяют смешанные гематомы, сочетающие признаки перечисленных супратенториальных кровоизлияний. До настоящего времени дискутируется вопрос целесообразности хирургического лечения НВМГ, не существует стандартов лечения больных с гематомами, предлагаются только рекомендации и опции [1, 3].

**Цель исследования:** определение возможности и эффективности хирургического лечения НВМГ в условиях нейрохирургического отделения региона Республики Казахстан.

**Материал и методы исследования:** работа основана на анализе результатов хирургического лечения 372 больных с геморрагическим инсультом в отделении нейрохирургии Медицинского центра Государственного медицинского университета г. Семей в 2001-2012 гг. В группу вошли 167 мужчин и 205 женщин в возрасте от 19 до 82 лет. Причиной кровоизлияний у 84,9% пациентов предположительно была артериальная гипертензия. Диагноз НВМГ во всех наблюдениях подтвержден компьютерной или магнитно-резонансной томографией.

При этом оценивались локализация, объем гематомы, состояние желудочковой системы, базальных цистерн, срединных структур и ствола мозга. С кровоизлияниями в мозжечок оперирован 31 (8,3%) пациент, с НВМГ супратенториальной локализации – 336 (90,3%), из них 141 (37,9%) – с субкортикальными, 135 (36,3%) – с латеральными, 60 (16,1%) – со смешанными гематомами. Также оперировано 5 (1,3%) больных с внутримозжечковыми кровоизлияниями. Операции производились на 1-31 сутки от начала заболевания.

Удаление НВМГ производилось двумя способами. При пункционно-аспирационном способе после наложения фрезевого отверстия на своде черепа производилась пункция гематомы мозговой канюли и ее удаление-аспирация шприцем. Способ применен у 198 (54,0%) больных в основном с латеральными и смешанными латерально-медиальными кровоизлияниями на глубине 3,5-4 см. При типичной латеральной гематоме фрезевое отверстие располагалось на 4 см выше и 2 см впереди наружного слухового прохода.

При открытом способе фрезевое отверстие, наложенное над проекцией гематомы и с учетом функционально значимых зон мозга, расширялось до 3,0-3,5 см в диаметре, дугообразно вскрывалась твердая мозговая оболочка, производилась энцефалотомия длиной до 1,5-2 см, мозговая рана разводилась шпательями, гематома удалялась с помощью электроотсоса и отмывания раствором фурацилина.

Способ использован у 169 (46,0%) лиц преимущественно с субкортикальными и смешанными латераль-

но-субкортикальными гематомами с глубиной расположения до 1,5-2 см от коры мозга. Гематомы мозжечка удаляли из парамедиального доступа при их локализации в полушарии мозжечка и из срединного субокципитального доступа при локализации или распространении на червь мозжечка.

При вентрикулярных кровоизлияниях с острой окклюзионной гидроцефалией производилось наружная вентрикулостомия через правую переднюю точку Кохера.

Срок дренирования составлял от 2 суток до 2 недель в зависимости от клинической картины, санации ликвора от крови, внутрижелудочкового давления, количества суточного выделения ликвора по системе Арэндта, плеоцитоза.

**Результаты исследования:** из 372 оперированных больных с НВМГ умерло 71 (19,1%). В таблице отражены результаты лечения в зависимости от локализации гематом.

Таблица.

#### Результаты лечения в зависимости от локализации НВМГ.

Локализация гематом	Всего	Умерло	Летальность (%)
Субкортикальные	141	24	17,0
Латеральные	135	23	17,0
Смешанные	60	22	36,7
Гематомы мозжечка	31	2	6,5
Вентрикулярные кровоизлияния	5	-	-
<i>Итого:</i>	372	71	19,1

Наибольшее влияние на результаты лечения оказывали тяжесть состояния и возраст пациентов. Тяжесть состояния в основном определялась уровнем сознания. Операции, выполненные у больных с НВМГ в состоянии глубокого или умеренного оглушения, сопровождались 11% летальностью, в состоянии сопора – умерло 23,1%, умеренной комы – 35,0%, глубокой комы – 76,2%. У пациентов в возрасте 40-59 лет летальность составила 10,2%, в возрасте 60-69 лет – возростала до 23,5% и резко увеличивалась до 63,0% у лиц 70 лет и старше. Определенное влияние на исход операции оказывал объем гематомы: при кровоизлияниях до 50 мл умерло 17,3% оперированных, до 100 мл – 24,4%, более 100 мл – 35,3%. Менее значимо влияли на летальность сроки операции: снижаясь от 21,5% в 1-3 сут до 19,0% на 4-7 сут, 13,9% на 8-14 сут и 11,8% при операциях, выполненных на 15 и более сут от начала заболевания. Наименьшее число больных (6,5%) умерло при гематомах мозжечка, одинаково (по 17,0%) при субкортикальных и латеральных, и наибольшее (36,7%) при смешанных НВМГ.

#### Обсуждение

Эпизодические операции удаления НВМГ в нашей клинике проводились в 80-90 гг. прошлого столетия, использовался метод одномоментного пункционного удаления гематомы. При этом было отмечено, что при операциях, выполненных после 6-8 сут от начала заболевания, в подавляющем большинстве наблюдений удавалось удалить 70-90% предполагаемого объема гематомы, что мы связывали с естественным (самопроизвольным) лизисом (разжижением) гематомы к данному сроку. Однако не все пациенты «доживали» до конца первой недели, а также у части пациентов углублялись нарушения сознания и (или) развивались осложнения инсульта (пневмонии, острый коронарный синдром, почечная недостаточность и т.д.), которые препятствовали проведению операции. Стремление к максимальному раннему удалению НВМГ привело нас в 2002 г. к внедрению открытого способа удаления субкортикальных гематом, а позже – смешанных латерально-субкортикальных кровоизлияний. Во время операций удается удалить до 100% гематомы, произвести под визуальным контролем гемостаз. Способ отсроченного после 4-8 сут от начала инсульта одномоментного пункционного удаления (ООПУ) мы используем до настоящего времени при латеральных и смешанных латерально-медиальных гематомах.

Обобщая изложенное, повторим, в зависимости от локализации НВМГ нами использовались два способа

их удаления. Открытый способ в 43,7% наблюдений использовал в 1-3 сут и в 43,1% случаев – на 4-7 сут, т.е. в 87,0% - в течение первой недели. ООПУ у 48,5% пациентов применялся на 4-7 сут и 47,3% - на 7-14 сут, т.е. у 95,6% - к концу первой недели и позже. Летальность при открытом способе (22,4%) была выше, чем при ООПУ (16,7%), что мы объясняем сроком операции. При геморрагическом инсульте летальность максимальна в первые несколько суток от начала заболевания [1, 2].

Используя уже более 10 лет дифференцированную по локализации тактику удаления НВМГ, мы были приятно удивлены, ознакомившись с вышедшей недавно монографией В.В. Крылова и соавт. [1]. Авторы исследования, работающие в НИИ Скорой помощи г. Москва, также рекомендуют использовать открытый способ удаления субкортикальных гематом.

Операции наружного дренирования желудочковой системы при внутрижелудочковых кровоизлияниях, осложненных окклюзионной гидроцефалией, мы выполняем последние 3 года, выполнено 5 операций – умерших нет. При отсутствии у нас систем для наружного дренирования желудочков мозга мы использовали катетеры для центральных вен (подключичные), несколько укоротив их и сделав дополнительные отверстия на их дистальном конце. Отметим, что послеоперационный период у данной группы пациентов протекал тяжело, 3-м из них потребовалась трахеостомия, четверо находились в стационаре более 30 сут.

Резюмируя, отметим, что В.В. Крылов и В.В. Лебедев [3] считали хирургическое лечение НВМГ оправданным, если летальность при латеральных гематомах не превышает 30%, субкортикальных – 20%, кровоизлияниях в мозжечок – 12-15%. Наши результаты, соответственно 17,0%, 17,0% и 6,5%, вполне приемлемы и, на наш взгляд, применяемая нами тактика лечения оправдана. Высокая летальность (36,5%) при смешанных гематомах обусловлена большими их объемами и со значительной частотой (около 75%) сочетания с внутрижелудочковыми кровоизлияниями (прорыв крови в желудочковую систему).

Таким образом, в условиях региона Республики Казахстан при отсутствии средств нейронавигации, эндоскопического оборудования, препаратов локального фибринолиза, возможности динамического томографического мониторинга головного мозга (главным образом, из-за стоимости исследования и доступности аппаратуры), необходимых расходных материалов (например, вентрикулярных катетеров) возможно удаление

НВМГ с приемлемыми результатами. Надеемся, что при соответствующем в ближайшем будущем материальном оснащении мы сможем освоить и другие способы удаления гематом, в том числе представляющийся нам перспективным эндоскопический способ.

#### Выводы:

1. Успешное удаление НВМГ возможно в условиях нейрохирургических отделений регионов Республики Казахстан.
2. При недостаточном материальном обеспечении (средства навигации, локального фибринолиза и т.д.) возможно применение открытого способа и ООПУ.
3. Открытый способ целесообразно использовать при субкортикальных и латерально-субкортикальных

гематомах, ООПУ – при латеральных и латерально-медиальных гематомах.

#### Литература:

1. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Бузов С.А., Петриков С.С. Хирургия геморрагического инсульта. - М., 2012, - 336 с.
2. Крылов В.В., Лебедев В.В. Принципы организации хирургического лечения больных с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», - 2002, - №2. - С. 62-65
3. Крылов В.В. и соавт. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями. // «Вопросы нейрохирургии», 2007. - №2., - С. 3-8.

#### Тұжырым

### ЖАРАҚАТТЫҚ ЕМЕС МИ ІШІЛІК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Р.Ш. Ишмухаметов, Д.К. Сағимбаев, Т.Н. Койшыбаев, Р.С. Калиев,

Е.Х. Сулейменов, А.М. Нурекепов, Р.С. Бакиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Мақалада жарақаттық емес ми ішілік гематомасы бар 372 науқастың, оның ішінде субкортикалды – 141, латералды – 135, аралас – 60 және мишық гематомалары – 31, хирургиялық емінің нәтижелері талданады. Операцияның пункциялық-аспирациялық және ашық әдістері қолданылды. Жалпы летальдылық 19,1% құрап, жасы мен жағдайына және көп түрде гематома көлемі мен операция уақытына байланысты болды.

**Негізгі сөздер:** жарақаттық емес ми ішілік гематомалар, пункциялық-аспирациялық әдіс, ашық әдіс.

#### Summary

### SURGICAL TREATMENT OF NON-TRAUMATIC INTRACEREBRAL HAEMATOMAS

R.Sh. Ishmukhametov, D.C. Sagimbaev, T.N. Koyshybaev, R.S. Kaliyev,

E.H. Sulejmenov, A.M. Nurekenov, R.S. Bakiyeva

Medical Center State Medical University of Semey

They analyze results of a surgical treatment of 372 patients with non-traumatic intracerebral haematomas in the article. That amount includes 141 patients with subcortical haematomas, 135 – with lateral, 60 ones with mixed and 31 – with cerebellar haematomas. We performed the puncture-aspiration and the opened ways of the operations. The general lethality was 19,1% and depended in most cases on the patients' age, state and least on the volume of the haematoma with the term of the operation.

**Key words:** non-traumatic intracerebral haematomas, puncture-aspiration way, opened way.

УДК: 616.381-072.15

Е.Ш. Нурашев

Медицинский центр Государственного медицинского университета г. Семей

### ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

#### Аннотация

Проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группе проводился эндоскопический гемостаз в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов. Во 2 группе проводился только эндоскопический гемостаз. В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Результаты подтверждают высокую эффективность сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

**Ключевые слова:** эндоскопический гемостаз, болюс контролок.

**Целью** нашего исследования явилось определение эффективности эндоскопического гемостаза в сочетании с внутривенным болюсным введением контролока у больных с эрозивно-язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

#### Материал и методы исследования

Нами проанализированы результаты эндоскопического гемостаза всего 49 пациентов с эрозивно-

язвенными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Всем больным было проведено исследование эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС).

Все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу и другим признакам. 1 группа - основная, 20 пациентов, которым эндоскопический гемостаз проводился в сочетании с внутривенным бо-

люсным введением контролока 40 мг 2 раза в сутки через 12 часов. 2 группа - контрольная, 29 пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями эрозивно-язвенного генеза, которым проводился только эндоскопический гемостаз. В клинике нами применяются два основных способа эндоскопического гемостаза - это диатермокоагуляция и инъекционный гемостаз.

В качестве ведущего фактора риска, который способствует раннему рецидиву кровотечения, наряду с такими известными стигматами как эндоскопические признаки кровотечения, наличие видимого сосуда в дне язвы, артериальное кровотечение, наличие свежего тромба является и высокий уровень кислотности. Для того, чтобы под воздействием кислоты и пепсина не произошло растворения тромба, рН в желудке должен быть выше 6,0, так как только при таких условиях происходит стойкая агрегация тромбоцитов. Таким образом, быстрое достижение и сохранение уровня внутрижелудочного рН 6,0 следует рассматривать как абсолютно необходимое условие, как для остановки язвенного кровотечения, так и для профилактики его раннего рецидива.

Понятно, что быстрого снижения кислотной продукции можно достичь только в том случае, если антисекреторный препарат будет применен парентерально. К таковым относится пантопразол - препарат, имеющий более лучший профиль безопасности, чем все другие ингибиторы протонной помпы. Единичная в/в доза пантопразола обеспечивает быструю (в течение 1 часа) дозо-зависимую ингибицию кислотной продукции: при введении 40 мг - кислотная продукция уменьшается на 86%, 60 мг - на 98%, 80 мг - на 99%, причем уменьшается не только кислотная продукция, но и объем желудочной секреции. После внутривенного введения стандартной дозы пантопразола в 80 мг через 12 часов степень снижения кислотности составляет 95%, а через 24 часа - 79%. Для профилактики повторного гастродуоденального кровотечения после его первичной остановки необходимо поддерживать ахлоргидрию, для чего требуются повторные инъекции или постоянная медленная инфузия пантопразола. С этой целью проводят его постоянное в/в ведение в средней дозе 8 мг/час.

**Результаты исследования.** При анализе лечения больных основной и контрольной групп, нами получены следующие результаты. В основной группе стабильный эндоскопический гемостаз был достигнут у всех 20 пациентов. Рецидивов кровотечения не отмечалось. При контрольном динамическом эндоскопическом исследовании через 6 часов после эндоскопических мероприятий у 16 пациентов отмечалось нахождение фибрина в дне язвенного дефекта (Forrest III), у 4 - мелкие тромбированные сосуды в дне язвы (Forrest IIc). В контрольной группе, несмотря на проводимый гемостаз рецидив кровотечения развился у 4 (13,8%) больных в ближайшие 3 часа после эндоскопического вмешательства, у 2 больных (6,9%) в течение первых суток после гемостаза. Эти 6 (20,7%) пациентов были оперированы в экстренном порядке по поводу рецидива кровотечения. При контрольном эндоскопическом исследовании остальных пациентов через 6 часов - у 3 (10,3%) отмечалось наличие в дне язвы тромба (Forrest IIb), у 5 (17,2%) - Forrest IIc, у 15 (51,8%) - Forrest III.

**Выводы:** полученные результаты подтверждают высокую эффективность сочетания эндоскопического гемостаза с внутривенным болюсным введением контролока.

#### Литература:

1. Ивашкин В.Т. Патогенез гастропатии, обусловленной приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Рос.журн. Гастроэнтерологов и гепатологов. - 1999. - №1. -114 с.
2. Киценко Е.А. Тактика ведения и медикаментозная терапия больных с портальной гипертензией // Рос.журн. гастроэнтерол. гепатол. - 1999. - №5. -1418 с.
3. Levine JS, Klor H.-U., Oehler G. Gastroenterologische Differential diagnostik. Stuttgart, New York: 1999.
4. Swain CP. Upper gastrointestinal haemorrhage Recent advances in gastroenterology (Ed. R.E.Pounder). Edinburgh London Madrid Melbourne New York, Tokyo: 1999. - 9. - 13550.
5. Wagner PK. Gastrointestinal bleeding. Symptoms and signs, diagnosis, therapy. Hoechst Medication Update. Frankfurt am Main. - 1988.

#### Тұжырым

### АСҚАЗАН ІШЕК ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІМДЕРІНДЕГІ ЭРОЗИЯЛЫҚ - ЖАРАЛАРДАН ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ҚАН ТОҚТАТУ

Е.Ш. Нурашев

Медициналық орталығы, Семей мемлекеттік медициналық университеті

Асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімдерінің эрозивті-жараларынан қансырау кезіндегі 49 науқасқа көрсетілген емдік шаралар нәтижесі. Жобаны жүргізу барысында науқастар екі топқа бөлінген. Бірінші топ: контролок дәрілік затын тамырға енгізі арқылы бақыланған. Екінші топқа тек эндоскопиялық жолмен қансырауды тоқтату әдістері жүргізілген. Топтарды салыстырғанда екінші топтың науқастарында қайта қансырау көрсеткіші 20,7% құрайды. Сондықтан эндоскопиялық қан тоқтату әдісі және контролок препаратын емдеуде бірге қолдану өте тиімді.

**Негізгі сөздер:** эндоскопиялық қан тоқтату, болюс контролок

#### Summary

### ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN EROSIIVE AND ULCEROUS AFFECTION OF UPPER SECTIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

E. Nurashv

Medical Center, State Medical University of Semey

Treatment of 49 patients with gastrointestinal bleeding erosive and ulcerative genesis of the upper gastrointestinal tract. They were divided into 2 groups. First - endoscopic hemostasis was performed in combination with intravenous bolus controloc and the second - only endoscopic hemostasis. When comparing the results of treatment in group 1 and 2, recurrence of bleeding was only the second group of 6 patients (20,7%). Thus, we can talk about high performance combination of endoscopic hemostasis with intravenous bolus controloc.

**Keywords:** endoscopic hemostasis, bolus controloc.

УДК 616.6 (07)

Ч.Б. Байменов

КГКП «Городская больница скорой медицинской помощи», г. Шымкент

## ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

### Аннотация

Представлены результаты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита в различных сроках беременности. Рекомендовано использование эндоскопических малоинвазивных операций для восстановления пассажа мочи при мочекаменной болезни. Показана эффективность назначения фитопрепарата «Канефрон Н» в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** гестационный пиелонефрит, мочекаменная болезнь, эндоскопические операции, фитопрепараты

### Актуальность

Консервативная терапия острого пиелонефрита беременных в большинстве случаев приводит к клиническому излечению. Однако у 5% беременных с острым гнойным пиелонефритом развиваются такие осложнения как бактериотоксический шок с частотой 27,4%, наблюдается также острая почечная недостаточность в 5,7%, отек легких в 1,9% случаях [1-2]. Критическими сроками развития вторичных форм пиелонефрита считают 24-26 и 32-34 недели беременности. Патогенез гестационного пиелонефрита (ГП) определяется действием многих факторов, ведущее место среди которых отводят нарушению уродинамики верхних мочевыводящих путей, пузырно-мочеточниковому рефлюксу и повышению глюкокортикоидов. Последние способствуют гипотонии и гипокинезии мочевыводящих путей, что проявляется снижением тонуса и кинетической активности мочеточников. В поздние сроки беременности нарушения уродинамики усугубляются сдавлением мочевыводящих путей увеличивающейся маткой [3-5].

Внедрение малоинвазивных методов диагностики мочевыводящей системы у беременных (УЗС, УЗДГ), применение высокоэффективных антибиотиков широкого спектра действия, позволили значительно снизить количество открытых операций при осложненных формах пиелонефрита у беременных. Консервативные методы лечения острого гнойного пиелонефрита беременных в большинстве случаев приводят к клиническому излечению. Однако, в некоторых случаях для достижения положительного результата необходимы оперативные вмешательства. Применение малоинвазивных эндоскопических операций при обтурационных формах острого пиелонефрита позволяют достигать высокого клинического эффекта [6]. После проведения эндоскопических операций возможны ряд осложнений, таких как обострение хронического пиелонефрита, повреждение почечной паренхимы с образованием внутривисцеральных гематом и другие [1]. Поэтому для предупреждения развития осложнений после эндоскопических операций рекомендуется использовать фитопрепараты.

**Цель исследования.** Изучить возможность применения фитопрепарата Канефрон после оперативного лечения острого гнойного пиелонефрита у беременных.

**Материалы и методы.** С целью снижения материнской и перинатальной смертности, оказания своевременной консультативной помощи беременным, роженицам и родильницам, для улучшения организации экстренной хирургической помощи по Южно-Казахстанской области и г. Шымкент, согласно приказа № 278 от 20.04.2010 Управления здравоохранения Южно-

Казахстанской области, экстренная хирургическая помощь оказывается больницей скорой медицинской помощи г. Шымкент (ШГБСМП). Согласно данному приказу все беременные с экстрагенитальными заболеваниями почек и мочевыводящих путей госпитализируются в отделение урологии ШГБСМП. Под нашим наблюдением за период с 2009 по 2012 годы находилось 186 беременных, рожениц и родильниц с экстрагенитальными заболеваниями почек и мочевыводящих путей, госпитализированных в урологическое отделение ШГБСМП.

Диагностика ГП базировалась на протоколах диагностики и лечения больных с острым гнойным пиелонефритом и мочекаменной болезнью и включала клинические, лабораторные, инструментальные и ультразвуковые методы исследования.

В раннем и позднем послеоперационном периоде всем беременным женщинам с мочекаменной болезнью и воспалительными заболеваниями почек был назначен в комплексной терапии препарат «Канефрон Н» (Bioplogica SE, Германия), который обладает диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, литолитическим действием, а также стимулирует кровообращение в паренхиме почки.

### Результаты и обсуждение.

При микробиологическом исследовании мочи установлено, что этиологическим фактором ГП наиболее часто являлись *E. Coli* (72,3%), реже *Proteus mirabilis* (11,4%), *Staphilococcus* (10,8%) и *Klebsiella spp.* (5,5%).

Во II и III триместре беременности происходит физиологическое расширение полостной системы почки и мочеточников под действия гормонов эстрогенов. В этот период происходит миграция конкрементов из верхних мочевых путей в мочеточник, что в свою очередь является причиной нарушения пассажа мочи. Основным методом диагностики мочекаменной болезни во время беременности является УЗС почек и мочевого пузыря. Однако при малой информации УЗС, по жизненным показаниям во II и III триместрах беременности мы проводили обзорную урографию или рентгеноскопию на аппарате фирмы Simens.

По данным УЗИ почек у 169 (90,9 %) пациенток выявлены нарушения пассажа мочи с расширением чашечно-лоханочной системы.

Причинами нарушения оттока мочи из почки за счет сдавления мочеточника увеличенной маткой наблюдалось у 143 (75,8%) беременных. У 45 беременных (24,2%) в экстренном порядке были проведены операции на почках, причинами которых были обструкции верхних и нижних мочевых путей камнями почек и мочеточников, осложненные гнойно-деструктивными заболеваниями почек.

На поздних сроках в III триместре при угрожающих состояниях 12 (6,5%) беременным женщин провели обзорную рентгеноскопию и рентгенографию почек с последующим оперативным лечением. Показаниями к оперативному вмешательству являлись: наличие нарушения пассажа мочи из верхних мочевых путей, развитие мочевого инфекции (пиурия), сохраняющиеся боли в области почек, неэффективность консервативной терапии.

Из 186 беременных женщин с ГП поступивших в урологическое отделение в экстренном порядке, 66 (35,5 %) пациенткам с целью восстановления оттока мочи из верхних мочевых путей произведена катетеризация почек от 3 до 10 суток. 18 (9,7%) пациенткам с мочекаменной болезнью во II и III триместрах беременности установлены стент-катетеры до родоразрешения. У 9 (20%) беременных из 45 оперированных по поводу гнойно-деструктивных поражений почек, произведена операция под эндотрахеальным наркозом - люмботомия, пиелолитотомия, декапсуляция, дренирование почки через пиело- или нефростомию.

36 (19,4%) беременным с локализацией конкрементов в нижней и средней трети мочеточников проведена трансуретральная контактная уретеролитотрипсия. Использовались полуригидные уретероскопы с размером дистального конца 8-9,5 Fr фирм Karl Storts и Wolf (Германия). Дробление конкрементов осуществляли под проводниковой перидуральной анестезией, пневматическим литотриптором фирмы Karl Storts, ультразвуковым литотриптором и гольмиевым лазером с длиной волны YAG фирмы Wolf Richard. После удаления фрагментов конкремента 24 беременным устанавливали мочеточниковый катетер на 3-5 суток. 12 беременным женщинам в послеоперационном периоде до родоразрешения устанавливали внутренний стент-катетер сроком от 3 недель до 2 месяцев по показаниям.

Ранняя диагностика заболевания, своевременное дренирование верхних мочевых путей, адекватная антибактериальная терапия и назначение растительного препарата «Канефрон Н» способствовали родоразрешению в срок 39-40 недель у 159 (85,1%) беременных. Самостоятельно родили 170 беременных, у 16 пациенток выполнено Кесарево сечение по показаниям.

Осложнений беременности мы не наблюдали, нарушение состояния плода не отмечалось. После выписки беременные женщины и роженицы находились на стационарном и амбулаторном лечении, с дальнейшим наблюдением у уролога и гинеколога поликлиники по месту жительства.

**Выводы.** Накопленный нами опыт ранней диагностики и лечения гестационного пиелонефрита беременных в различных сроках беременности позволяет использовать эндоскопические малоинвазивные операции для восстановления пассажа мочи, причиной нарушения которого является мочекаменная болезнь. Применение контактной уретеролитотрипсии в различные сроки беременности позволяет в экстренном порядке восстановить пассаж мочи из заблокированной почки, до развития гнойно-деструктивных поражений почки, благодаря чему не требуется длительной антибактериальной терапии.

Назначение препарата «Канефрон Н» в послеоперационном периоде беременным женщинам с экстрагенитальной патологией, подвергнутым эндоскопическим вмешательствам, эффективно при уролитиазе благодаря улучшению отхождения фрагментов конкрементов, увеличению суточного диуреза, снижению лейкоцитурии.

#### **Литература:**

1. Алчинбаев М.К. Инфекции мочевыделительной системы в Казахстане // Материалы Съезда урологов Казахстана и II Евразийского андрологического Конгресса. - Алматы. - 2010. - С. 81.
2. Rodriguez P.N., Klein A.S. Management of urolithiasis during pregnancy // Surg. Gynecol. Obstet. - 1988/ - №166. - P. 103-106.
3. Densterdt J.D., Razvi H. Management of urolithiasis during pregnancy // J.Urol. (Baltimore). - 1992. - №148. - P. 1072-1075.
4. Rittenberg M.H., Bagley D.H. Ureterscopic diagnosis and treatment of urinary calculi during pregnancy // J.Urol. -1988. - № 32. - P. 427-428.
5. Лопаткин Н.А. Урология. Национальное руководство. - Москва, 2009. - 459 с.
6. Аляев Г.Ю., Газмиев М.А., Еникеев Д.В. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита // Урология. -2008. - № 1. - С. 3-6.

### **Тұжырым ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ІРІН ПИЕОЛОНЕФРИТТІ ОТА ЕМДЕУДЕН KEЙІН ФИТОПРЕПАРАТТЫ ҚОЛДАНУ Ч.Б. Байменов**

**Қалалық жедел жәрдем медициналық көмек көрсету ауруханасы, Шымкент қ.**

*Жүктіліктің әр түрлі кезеңдерінде гестациондық пиелонефритті емдеу мен диагностикасының нәтижелері берілген. Зәртасты ауру кезінде зәр пассажын қалпына келтіру үшін эндоскопиялық инвазивті ота қолдану ұсынылған. Отадан кейінгі кезеңде «Канефрон Н» фитопрепаратын қолдану нәтижелігі көрсетілген.*

**Негізгі сөздер:** гестациондық пиелонефрит, зәртасты ауру, эндоскопиялық операциялар, фитопрепараттар.

### **Summary THE USE OF PHYTOPREPARATION AFTER OPERATIVE TREATMENT OF ACUTE PURULENT PYELONEPHRITIS IN PREGNANCY**

**Ch.B. Baimenov  
City Emergency Hospital ", Shymkent c.**

*Presents the results of diagnosis and treatment of gestational pyelonephritis in various stages of pregnancy. We recommend the use of low invasive endoscopic operations to recover the passage of urine in urolithiasis. The efficiency of phytopreparation "Canephron N" in the postoperative period has been confirmed.*

**Key words:** gestational pyelonephritis, urolithiasis endoscopic operations, phytopreparation

УДК 616.61-002.3-08

Ш.Х. Капашева

КГП на ПХВ « Павлодарский областной диагностический центр», г. Павлодар

**ГЕСТАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФИКСИМА**

В статье описан сравнительный анализ лечения гестационного пиелонефрита в амбулаторных условиях антимикробными препаратами разных химических групп у, использованы лабораторно-инструментальные, бактериологические методы исследования, результаты лечения показали высокую эффективность применения цефиксима.

**Ключевые слова:** антимикробные препараты, гестационный пиелонефрит, беременные женщины, клинический эффект, сравнительная активность, процент эрадикации, побочные эффекты, энтеральный приём.

Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении инфекций мочевыводящих путей у беременных, частота обращаемости данной категории больных к нефрологам, урологам, гинекологам, терапевтам по ведению беременных высокой группы риска остаётся по-прежнему высокой. Распространённость инфекций мочеполовых путей (ИМП) у беременных в Казахстане составляет около 300 случаев на 100.000 населения. Наиболее распространённой нозологией во время беременности является неосложнённый пиелонефрит, встречающийся у 48% беременных. Значение амбулаторных ИМП у беременных и в данном случае гестационного пиелонефрита (как наиболее часто встречаемой патологии в период беременности) обусловлено не только экономическими, но и медицинскими, и социальными факторами. Достаточно высок риск развития осложнений при беременности в случаях неадекватного либо неправильного лечения гестационного пиелонефрита. А именно, пиелонефрит опасен для беременности в плане: угрозы прерывания беременности, которую провоцирует болевой синдром, лихорадочное состояние, экзотоксины грамотрицательных микроорганизмов кишечной группы (так как они повышают возбудимость матки), внутриутробной гипоксии, гипотрофии плода, внутриутробного инфицирования плода и наибольшую опасность представляет развитие гестоза у беременных с развитием преэклампсии, эклампсии и HELLP-синдрома, который в 75% случаев заканчивается летальным исходом.

Применение антимикробных препаратов (АП) является основным и обязательным компонентом терапии ИМП у беременных.

При использовании антимикробных препаратов (АП) следует помнить, что:

1) их активность изменяется со временем (появление резистентных штаммов микроорганизмов)

2) нерациональное назначение АП может нанести вред не только будущей роженице, но и плоду, для которого препарат окажется неэффективным в случае развития резистентности

3) последнее утверждение особенно актуально и требует исключения вредоносных для плода факторов, к которым относятся многие лекарственные препараты.

Перечисленные особенности антибактериальных препаратов существенно осложняют задачу выбора того или иного из них. Поэтому чрезвычайно важно и актуально не просто выделить наиболее активные антимикробные средства в отношении возбудителей ИМП, но и определить наиболее безопасные препараты для терапии ИМП у беременных и в частности гестационного пиелонефрита.

В Казахстане, как и во всём мире, отмечается высокий уровень резистентности основного возбудителя амбулаторных ИМП у беременных *E.coli* (удельный вес,

которой составляет 80-90% от числа всех причинно-значимых микроорганизмов при этих заболеваниях) к полусинтетическим пенициллинам (амоксциллин/ клавуланат), цефалоспорином 1-2 поколения (цефазолин, цефуроксим, цефалексин, цефаклор)

Наиболее активными с фармакодинамической точки зрения в отношении уропатогенных штаммов *E.coli* являются цефалоспорины 3 поколения (индекс категории В по критериям безопасности FDA), поэтому в последнее время к ним проявляется наибольший интерес как к средствам, которые с одной стороны, более эффективны, с другой - безопасны для матери и плода.

Для врачей ведущих амбулаторно-поликлинический приём безусловно интерес представляют цефалоспорины 3 поколения с возможностью перорального приёма.

К таким антибиотикам относится цефиксим.

**Фармакокинетика и фармакодинамика цефиксима**

Цефиксим является полусинтетическим цефалоспорином 3-го поколения для перорального применения, представляет собой [6R-[бальфа, 7бета(Z)]]-7-[[[(2-Амино-4-тиазолил) [(карбоксиметокси)имино] ацетил] амино]-3-этинил-8-оксо-5-тиа-1-азабипцикло [4.2.0] окт-2-ен-2-карбоновую кислоту. Препарат имеет замещающую гидроксимино-аминотиазоловую боковую цепь в 7-й позиции. По сравнению с представителями I-II поколений, это обеспечивает высокую стабильность к β-лактамазам широкого спектра действия. Дополнительно введенная метоксимино-группа еще более повышает устойчивость к β-лактамазам грамотрицательных бактерий.

Цефиксим проявляет высокую активность в отношении: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter diversus*, *Providencia rettgeri*, *Neisseria gonorrhoeae*. Препарат обладает высокой биодоступностью, которая составляет 40-52%. Важно подчеркнуть, что цефиксим проявляет отчетливую активность в отношении штаммов *Enterobacteriaceae*, в частности *E. coli*, продуцирующих плазмидные β-лактамазы широкого и даже расширенного спектра - ESBL. При этом следует отметить, что прием пищи не оказывает существенного влияния на его биодоступность и фармакокинетику [6,7]. Также было выявлено, что однократный прием цефиксима с антацидами не оказывает значимого влияния на такие фармакокинетические параметры, как пиковая концентрация препарата в плазме (C<sub>max</sub>) или время больше МПК [8,9]. Показано, что после приема препарата в дозе 400 мг, C<sub>max</sub> цефиксима в сыворотке достигается между 3 и 5-м ч, медиана времени достижения пиковой концентрации (T<sub>max</sub>) составляет 4 ч. Пиковые концентрации в тканях достигаются позднее чем в сыворотке, T<sub>max</sub> для тканей составляет 6 ч [10].

В среднем, 12–20% цефиксима выводится в неизменном виде почками в течение 24 ч при пероральном приеме препарата в дозе 200 мг.

Цефиксим создает высокие концентрации в многих органах и тканях. В моче цефиксим создает концентрации, во много раз превышающие МПК большинства микроорганизмов, вызывающих ИМП. Изучено содержание Цефиксим в моче при приеме по 200 мг 2 р/сут. и 400 мг 1 р/сут. в течение 15 дней. На 15-й день, через 2–4 часа после приема последней дозы препарата, концентрация цефиксима в моче составила 29 мг/л при приеме в дозе 200 мг 2 р/сут. и 43 мг/л при приеме в дозе 400 мг 1 р/сут. [11]. Наряду с другими представителями β-лактамов Цефиксим обладает бактерицидным действием, нарушая синтез клеточной стенки бактерий, каркас которой составляют пептидогликаны. Активность препарата обусловлена высоким сродством к пенициллинсвязывающим белкам (ПСБ) 3, 1a и 1b.

Цефиксим принимают в таблетках по 200 мг 2 раза в сутки.

Высокая эффективность цефиксима сочетается с его хорошей переносимостью. Побочные эффекты при его применении отмечаются не более чем у 1% больных и включают легко выраженные диспепсические расстройства - тошноту, диспепсию, болезненность в эпигастриальной области, редко диарею. Аллергические реакции на препарат возможны в единичных случаях, они ограничиваются кожными реакциями.

Цефиксим не вызывает изменений биохимических показателей организма. В связи с отличным профилем безопасности препарат практически не имеет противопоказаний (кроме индивидуальной гиперчувствительности) и может по показаниям применяться в период беременности.

Таким образом, цефиксим получил широкое распространение и признание и в настоящее время с успехом применяется более чем в 80 странах мира.

**Цель настоящего исследования**, в связи с вышеизложенным, является проведение сравнительного анализа лечения беременных с гестационным пиелонефритом антимикробными препаратами разных химических групп в период с 2007-2012 гг.

**Материалы и методы исследования:** В исследовании принимали участие беременные женщины в первом и во втором триместре в возрасте от 18 лет до 45 лет с установленным и подтвержденным лабораторно диагнозом: «Гестационный пиелонефрит»

Был проведен анализ лечения по амбулаторным картам беременных в период с 2007-2012 гг. в количестве 2734 человек.

На момент обращения в Областной Диагностический центр г. Павлодара 1344 будущих рожениц уже получали лечение в условиях поликлиники по месту жительства антимикробными препаратами в стандартных дозировках и схемах: из них лечение группой пероральных полусинтетических пенициллинов (амоксциллин-клавуланат) - 820 беременных (группа №1), группой пероральных цефалоспоринов 2-го поколения (цефуроским) - 187 беременных (группа №2), группой парентеральных цефалоспоринов 3-го поколения (цефтриаксон) - 337 беременных (группа №3).

В Областном Диагностическом центре г. Павлодара нами было проведено лечение 1390 беременных женщин (группа №4) оральным цефалоспорином 3-го поколения Цефиксим 200 мг №8 по схеме: по 1 таб. 2 раза в день - 8 дней

Обработка полученных данных была произведена на основе анализа лечения, который проводился в 4 группах (количество человек в группе - 85) по следующим данным и критериям: возраст, вес, АД, анамнез, лабораторные данные (чувствительность к антибиотикам, клинический анализ крови, уровень АСТ, АЛТ, билирубина, креатинин, мочевины, остаточный азот, анализ мочи, включая бактериологическое исследование до лечения, на 3-й день и 8-й день лечения), назначенный антибиотик, дополнительное выявление побочных эффектов, проведение повторных вышеуказанных исследований в условиях ОДЦ.

Клиническую эффективность оценивали как:

*Излечение* - полное исчезновение клинической симптоматики, включая бактериурию;

*Улучшение* - частичное исчезновение признаков заболевания без необходимости проведения дальнейшей антибактериальной терапии;

*Без эффекта* - персистенция или прогрессирование признаков инфекции после 72 ч. от начала лечения, требующие смены антимикробного агента.

**Результаты и обсуждения:**

Согласно полученным данным бактериологического исследования мочи основным уропатогеном являлась *E.coli* (81,5% - 2228 беременных), *Enterococcus faecalis* (5,8% - 158 беременных), *Staphylococcus saprophyticus* (3,6% - 27 беременных).

По данным таблицы №1 наименьшую активность в отношении *E.coli* показали амоксициллин/клавуланат, далее цефуроским.

Таблица 1.

**Сравнительная активность in vitro цефиксима, полусинтетических пенициллинов (амоксциллин / клавуланат) энтеральных, парентеральных цефалоспоринов 2-3 поколения в отношении штаммов *E. coli*, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (ESBL)**

Препарат	Контрольная точка чувствительности, мг/л	МПК в культурах <i>E. coli</i> (мг/л) при выявлении различных типов β-лактамаз TEM и SHV			
		TEM-1,2	TEM-3	SHV-1	SHV-2,3
Амоксициллин/ клавуланат	J12	32	32	64	32–128
Цефуроским	J4	4	64	16	16–32
Цефтриаксон	J1	0,25	4	0,25	0,8
Цефиксим	J1	0,25	4	0,25	1

Цефиксим и цефтриаксон в равной степени при разных путях введения проявили наибольшую активность в отношении *Enterobacteriaceae* в частности *E.coli*, продуцирующих плазмидные β-лактамазы широкого и даже расширенного спектра-ESBL, последнее имеет принципиальное значение по целому ряду причин: эти β-лактамазы значительно снижают антимикробный по-

тенциал как других энтеральных, так и парентеральных цефалоспоринов 1-2-3 поколения и полусинтетических пенициллинов (амоксциллин/ клавуланат).

Клиническая эффективность препаратов, оцененная на 8-10 день после начала лечения представлена в таблице №2.

Наименьшее число излечившихся беременных отмечено при приёме амоксициллина/клавуланата - 39, клиническая эффективность - 78% далее: 63 излеченных больных принимавших цефуроксим, клиническая эффективность - 87%.

Почти одинаковую клиническую эффективность 95% и 94% соответственно показали Цефиксим и Цефтриаксон с количеством излеченных больных 73 и 74 соответственно и больных с улучшением 8, принимавших Цефиксим и 6 больных получавших Цефтриаксон парентерально.

Таблица 2.

**Клиническая эффективность изученных препаратов.**

Критерий	Цефиксим (n=85) per os	Цефтриаксон (n=85) в/м	Цефутоксим (n=85) per os	Амоксициллин/клавуланат (n=85) per os
Излечение	73	74	63	39
Улучшение	8	6	11	27
Общее число больных, у которых препарат был эффективен	81	80	74	66
Без эффекта*	0	1	11	19
Ухудшение	-	-	-	-

\*У этих больных не был получен эффект через 72 ч после начала лечения и потребовалось сменить антибиотик, они были исключены из исследования.

Данные в таблице №3 позволяют сделать следующие заключения: одинаковый наибольший процент эрадикации в отношении ведущих возбудителей отмечен при применении Цефиксима и Цефтриаксона (E. Coli-66/66, Staphilococcus saprophiticus - 2/3 и 3/3 соответственно, при этом процент эрадикации Enterococcus faecalis - 2/4 выше при применении Цефиксима, нежели чем при применении Цефтриаксона Enterococcus faecalis - 1/4).

При этом, при применении Цефутоксима и амоксициллина / клавуланата выявлены наименьшее количество эрадикаций при первичном выделении указанных в таблице возбудителей. Так при использовании в лечении амоксициллина/клавуланата в стандартных дозировках количество беременных при эрадикации основного возбудителя E. Coli было следующим: у 66 беременных выделено изначально, эрадировано-52, при применении цефутоксима у 66 беременных выделено изначально, эрадировано - 48.

Таблица 3.

**Бактериологическая эффективность антибиотиков (данные с учетом повторного бактериологического исследования).**

Возбудитель	Эрадикация / Выделено изначально			
	Цефиксим	Цефиксим	Цефиксим	Цефиксим
E. coli	66/66	66/66	48/66	52/66
Staphilococcus saprophiticus	2/3	3/3	1/3	0/3
Enterococcus faecalis	2/4	1/4	0/4	2/4
Всего	81/85	81/85	74/85	77/85

\*В таблицу не были включены следующие возбудители: Klebsiella spp, Ps.aeruginosa Proteus spp. и т.д....

Таблица 4.

**Частота побочных эффектов (ПЭ).**

Препарат	ПЭ со стороны ЖКТ (диарея, метеоризм, боли в животе) n=85	ПЭ (Биохимия крови: трансаминазы) n=85
	Выявлено/Общее количество беременных	Выявлено/Общее количество беременных
Цефиксим	2/85	0/85
Цефтриаксон	1/85	9/85
Цефутоксим	4/85	2/85
Амоксициллин/клавуланат	53/85	10/85

По частоте побочных эффектов наименьшее количество их выявлено при использовании в лечении гестационных пиелонефритов препарата Цефиксим. Отмечено всего лишь 2 случая побочных эффектов со стороны ЖКТ и ни одного случая повышения трансаминаз и изменений биохимических показателей крови.

**Выводы:**

1. Цефиксим обладает высокой активностью in vitro сопоставимой с парентеральным Цефтриаксоном, МПК90 по отношению к ведущему возбудителю ИМП E.coli, которая составила у обоих препаратов 0,25мг/л, что существенно ниже концентраций, создаваемых антибиотиками в крови, моче, и органах мочевыделительной системы

2. Цефиксим обладает высокой клинической эффективностью, которая составила 95%, у Цефтриаксона 94% (при разных путях введения).

3. Цефиксим, по сравнению с представителями полусинтетических пенициллинов и цефалоспоринов 1-2 поколения обладает самой высокой бактериологической эффективностью - 100%. Резистентного к Цефиму штамма E.coli не выделено ни одного.

4. Цефиксим не оказывал отрицательного влияния на функцию печени (не выявлено ни одного случая повышения уровня трансаминаз и холестаза), практически не оказывает влияние на состояние и работу ЖКТ (зарегистрированы 2 случая у 85 беременных, получивших лечение цефимом).

Всё вышеизложенное позволяет рекомендовать Цефиксим как препарат выбора при лечении ИМП у беременных при гестационном пиелонефрите.

Кроме того, энтеральный приём (в данном случае цефиксима) значительно более удобен, безопасен, выгоден и несёт в себе потенциально меньший риск нозокомиальных осложнений, чем парентеральный.

#### Литература:

1. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Am J Med* 2002; 113 (Suppl 1A):5S–13S
2. Bruffitt W., Hamilton–Miller JM. Prophylactic antibiotics for recurrent urinary tract infections. *J Antimicrob Chemother* 1990; 25(4):505–12.
3. Rafalskiy V., Khodnevich L. *Eur Urol* 2008; 3 (Suppl): 267
4. Naber KG et al. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epi-

demiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy. *Eur Urol*, 2008. 54(5): 1164–75.

5. TE Bjerklund Johansen. NAUTI: An update, 24 Annual EAU Congress 2009

6. Faulkner RD, Yocobi LA, Barone JS, Kaplan SA, Silber BM, al. e: Pharmacokinetic profile of cefixime in man. *Pediatric Infectious Disease* 1987b;6:963–970.

7. Faulkner RD, Fernandez P, Lawrence G, Falcowski AJ, Weiss AJ, al. e: Absolute bioavailability of cefixime in men. *Journal of Clinical Pharmacology* 1988d;28:700–706.

8. Healy D, Sahai J, Sterling L, Polk R, Racht E: Influence of ar/mg-containing antacids (a) on the pharmacokinetics (pk) of cefixime(c). *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 1989;45:164.

9. Cephalosporins and Related Antibiotics. *Drug Facts and Comparison*. St. Luis, 2007: 1930

10. Brogden RN, Campoli–Richards DM: Cefixime. A review of its antibacterial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drugs* 1989;38:524

#### Тұжырым

### ГЕСТАЦИОННОЕ ПИЕЛОНЕФРИТ: ЦЕФИКСИМ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Ш.Х. Капашева

#### Шаруашылық жүргізушілерге құқықта "Павлодар облыстық диагностикалық орталық" коммуналдық мемлекеттік кәсіпорын, Павлодар қ.

Мақалада гестационного пиелонефрита шипасының салыстырмалы сарала- амбулаторлық шарттарда бөлек-бөлек химиялық топтың антимикробными препаратами суретте- бастың, зертте- зертхана-аспап, бактериологиялық әдістері пайдалан-, шипаның нәтижелері цефиксимның қолданысының биік тиімділігін көргізді

**Негізгі сөздер:** микробтарға қарсы препараттар, гестациялық пиелонефрит, жүкты әйелдер, клиникалық тиімділік, салыстырмалы белсенділік, эрадикацияның пайыз, қосымша әсерлер, энтералық қабылдау.

#### Summary

### GESTATIONAL PYELONEPHRITIS: EXPERIENCE OF APPLICATION OF CEFIXIME

Sh. Kapasheva

#### The communal state enterprise on right economic competences "Pavlodar regional diagnostic centre"

In article the comparative analysis of treatment of gestational pyelonephritis in out-patient conditions is described by antimicrobial preparations of different chemical groups at, laboratory and tool, bacteriological methods of research are used, results of treatment showed high efficiency of application cefixime.

**Key words:** antimicrobial agents, gestational pyelonephritis, pregnant women, clinical effect, comparative activity, the percentage of eradication, adverse side effects, enteral route of administration.

УДК 616.216-002-08

Ж.О. Жакиянова, С.О. Болсынбекова, А.Д. Калибекова, Г.Т. Абишева,  
С.К. Даумбаев, Д.К. Ордабаева, Ж.К. Султанова

Государственный медицинский университет города Семей

### ИМУПРЕТ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

#### Аннотация

Применение иммуностимулирующих методов в лечении острого, обострения хронического синусита и их гнойно-септических осложнений способствует снижению медикаментозной нагрузки на организм, что в свою очередь предотвращает его аллергизацию, развитие токсических, иммуносупрессивных и других побочных эффектов. Все вышесказанное и послужило основанием для исследования действия и результатов применения имупрета в комплексном лечении гнойных синуситов. Результаты клинических исследований позволяют рекомендовать для внедрения в амбулаторную и стационарную оториноларингологическую практику включение иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет в антибактериальное лечение при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух.

**Ключевые слова:** воспаление околоносовых пазух, иммуномодулирующие препараты, имупрет.

**Актуальность**

В последнее время в связи с появлением большого количества различных антибактериальных препаратов и многообразием их форм выпуска перед практикующим врачом встает сложная задача оптимального выбора препарата и метода его введения. Непременными условиями эрадикации возбудителя являются высокая активность назначенного препарата в отношении ведущих возбудителей, а также создание терапевтических концентраций в очагах инфекции и поддержание их в течение необходимого времени. Вместе с тем большое значение, особенно в амбулаторной практике, имеет удобство применения препарата, т.е. выбор пути введения /11,12/.

Проблема диагностики и лечения острого и обострения хронического параназального синусита в настоящее время снова приобретает все большее медицинское и социальное значение. Прежде всего, это связано с тем, что острое и обострение хронического воспаления околоносовых пазух имеет высокий удельный вес в общей структуре заболеваний ЛОР-органов и больные с данной патологией создают основную фронт работы для оториноларингологов амбулаторий и стационаров.

По мнению многих авторитетных исследователей, в мире наблюдается устойчивая тенденция к существенному росту заболеваемости, переходу процессов в хронические с учащением и утяжелением рецидивов заболевания после проведенного консервативного и хирургического лечения. Это происходит несмотря на значительные успехи в изучении этиологии, патогенеза заболевания, а также на фоне внедрения в практику принципиально новых методов лечения, профилактики и самых сильных антибактериальных и противовоспалительных медикаментов /3,4,5/.

Результаты научных исследований показывают, что под влиянием аллергических, инфекционных, аутоиммунных процессов происходит нарушение систем защиты слизистой оболочки верхних дыхательных путей с последующим развитием процессов острого и хронического воспаления. В развитии гнойного процесса в верхнечелюстных пазухах важное значение имеет не только наличие возбудителя и его чувствительность к антимикробным препаратам, но и такие патогенетические факторы, как нарушение дренажной функции естественного соустья пазухи, снижение общей и местной иммунореактивности организма /1,2/.

Учащение случаев возникновения гнойных воспалений околоносовых пазух можно связать с увеличением необоснованного применения мощных антибактериальных средств последнего поколения, что приводит к значительному угнетению клеточных и гуморальных факторов резистентности организма /6-10/.

Для развития орбитальных и внутричерепных осложнений воспалительных заболеваний околоносовых пазух имеются анатомические предпосылки. Несмотря на многообразие методов лечения острого и обострения хронического синусита, частота гнойно-септических осложнений этих заболеваний продолжает неуклонно увеличиваться.

В настоящее время она колеблется от 6,6 до 12,4% среди всей воспалительной патологии околоносовых пазух. У 24,4% больных осложнения возникают в результате острых воспалительных процессов в околоносовых пазухах, а у 75,6% - в результате обострения

хронического процесса, при этом у 24% больных — после проводившегося ранее консервативного или хирургического лечения /8-10/.

В связи со снижением эффективности антибактериальной терапии, образованием устойчивых к большинству известных антибиотиков штаммов микроорганизмов, роста числа послеоперационных инфекционных осложнений, малой эффективностью большинства общепринятых методов терапии, длительностью сроков лечения поиск новых способов лечения гнойно-воспалительных процессов на всех этапах медицинской науки является актуальным.

В настоящее время врачи общей практики продолжают внедрять использование Имупрета, который оказывает противовоспалительное, противовирусное, противоотечное и иммуномодулирующее действие.

Препарат способствует активации фагоцитоза, усиливает репарацию клеток при инфекционных заболеваниях, прием препарата Имупрет приводит к сокращению острого периода инфекционных заболеваний, а при приеме препарата с целью профилактики значительно снижает частоту развития и степень тяжести инфекционных заболеваний. Имупрет уменьшает отечность слизистых оболочек дыхательных путей.

Механизм действия препарата обусловлен свойствами входящих в его состав растительных компонентов: экстракт корня алтея содержит в своем составе полисахариды и флавоноиды, которые оказывают иммуномодулирующее и противовоспалительное действие за счет стимуляции фагоцитоза. Кроме того, полисахариды обладают обволакивающим действием, вследствие чего уменьшается раздражение слизистых оболочек дыхательных путей и улучшается состояние пациентов, страдающих непродуктивным кашлем.

В состав цветков ромашки аптечной входят терпеноиды (в том числе матрицин и альфа-бисаболол), флавоноиды (в том числе апигенин и лютеолин) и мукополисахариды. Эти биологически активные вещества обладают противовоспалительным, антибактериальным, иммуномодулирующим, ранозаживляющим и антиоксидантным эффектом. Противовоспалительный эффект цветков ромашки основан в первую очередь на способности входящих в её состав биологически активных компонентов ингибировать ферменты циклооксигеназу и липоксигеназу, вследствие чего снижается продукция простагландинов и лейкотриенов и уменьшается активность воспалительного процесса.

Трава хвоща полевого содержит кремниевую кислоту и флавоногликозиды, производные кверцетина. Благодаря этим соединениям трава хвоща полевого оказывает противовоспалительное, противовирусное и иммуномодулирующее действие.

Листья ореха и кора дуба содержат флавоноиды, эллаговую и галловую кислоты, которые обладают противовоспалительной и противовирусной активностью. Кроме того, активные компоненты листьев ореха и коры дуба оказывают вяжущий и ранозаживляющий эффекты.

Эфирное масло травы тысячелистника обладает противомикробной и противовоспалительной активностью. В состав эфирного масла входят полисахариды, алкамиды, апигенин, азулен и дегидродезацетилматрикарин.

Трава одуванчика содержит ряд биологически активных компонентов (в том числе тритерпены, гликозиды апигенина и лютеолина) которые обладают иммуномодулирующим и противовоспалительным действием, которое осуществляется за счет повышения пролиферации лимфоцитов.

Препарат принимают перорально независимо от приема пищи. Препарат в форме капель принимают в неразведенном виде, детям необходимое количество капель можно добавлять в сок или чай. Драже рекомендуется глотать целиком, не измельчая и не разжевывая, запивая достаточным количеством воды.

Применение иммуностимулирующих методов в лечении острого, обострения хронического синусита и их гнойно-септических осложнений способствует снижению медикаментозной нагрузки на организм, что в свою очередь предотвращает его аллергизацию, развитие токсических, иммуносупрессивных и других побочных эффектов. Все вышесказанное и послужило основанием для проведения данного исследования.

#### **Цель исследования.**

Повышение эффективности антимикробного лечения острого и обострения хронического воспаления околоносовых пазух и их гнойно-септических осложнений с использованием иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет.

#### **Задачи исследования:**

1. С помощью микробиологического исследования определить состав и приоритетность патогенной микрофлоры в полости околоносовых пазух при остром и обострении хронического воспаления и при развитии гнойно-септических осложнений этих заболеваний.

2. Изучить возможность получения бактерицидного эффекта антибактериальной терапии с использованием иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет на патогенные штаммы микроорганизмов, выделенных из инфицированных околоносовых пазух и послеоперационных ран.

3. Сравнить эффективность иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет и традиционных методов лечения острого и обострения хронического воспаления околоносовых пазух и их гнойно-септических осложнений.

#### **Материалы и методы исследования**

С помощью микробиологического исследования у 95 больных мы установили, что при остром воспалении в околоносовых пазухах главенствует грампозитивная бактериальная флора, а при обострении хронического воспаления и гнойно-септических осложнениях в области лица и орбиты преобладает грамотрицательная бактериальная флора, а также анаэробная и грибковая флора. Больным опытной группы, в количестве 45 человек в возрасте от 18 до 40 лет в комплексное антибактериальное лечение включили Имупрет – иммуномодулирующий препарат растительного происхождения по 30 капель 3 раза в день в течение 10 дней. Дозы препарата и длительность курса лечения определяли индивидуально для каждого пациента, учитывая характер заболевания и личные особенности пациента. Всем пациентам проводилось исследование бактериального посева на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам до и после лечения.

Таким образом, микробиологическое исследование показало, что при использовании иммуномодули-

рующего препарата растительного происхождения Имупрет происходит инактивация как грампозитивной, так и грамотрицательной бактериальной флоры, а также анаэробов и грибов, что выражается в снижении микробной обсемененности в 100 и более раз после первого сеанса. Применение в клинике иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет с антибактериальной терапией острого и обострения хронического воспаления околоносовых пазух и их гнойно-септических осложнений ускоряет в 3 раза очищение гнойных ран от микробной флоры и некротического детрита, что значительно сокращает сроки реабилитации больных. При тяжелом течении очаговой инфекции в околоносовых пазухах, а также в области орбиты, лица и головы, и недостаточной эффективности антибиотиков использование иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет приводит к значительно более быстрому купированию гнойного процесса. На основании полученных нами данных об эффективности иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет на внутрибольничные штаммы микроорганизмов и штаммы микроорганизмов, полученных от больных с острым и обострением хронического воспаления околоносовых пазух и их гнойно-септических осложнений было установлено, что иммуномодулирующей активностью обладает Имупрет при назначении пациентам по 30 капель 3 раза в день.

#### **Выводы.**

1. Результаты клинических исследований позволяют рекомендовать для внедрения в амбулаторную и стационарную оториноларингологическую практику включение иммуномодулирующего препарата растительного происхождения Имупрет в антибактериальное лечение острого и обострения хронического воспаления околоносовых пазух и их гнойно-септических осложнений.

2. Схема комплексного лечения гнойного воспаления околоносовых пазух и их осложнений должна быть основана на результатах оценки в процессе обследования и лечения состава и количества патогенной микрофлоры и ее антибиотикорезистентности.

3. В иммуномодулирующей терапии вышеуказанных заболеваний препаратом растительного происхождения Имупрет рекомендуется использовать по 30 капель 3 раза в день, в течение 60 дней, в результате чего происходит инактивация грампозитивной и грамотрицательной бактериальной флоры, а также анаэробов и грибов, что выражается в снижении микробной обсемененности в 100 и более раз.

4. Проведение повторных курсов лечения определяется в зависимости от выраженности воспалительного процесса и количества гнойного отделяемого в полости пазухи или гайморики до полного очищения, под контролем микробиологического исследования.

#### **Литература:**

1. Бухарин О.В. Персистенция патогенных бактерий. // М.: «Медицина»; Екатеринбург: 1999. -366с.

2. Вайман М.А., Буссель Л.Г., Миразизов К.Д., Исакова Х.И., Баженов Л.Г. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний околоносовых пазух анаэробной этиологии // Метод, рекоменд. -Ташкент, 1987. -28 с.

3. Исаев В.М., Наседкин А.Н., Решетников А.В. и др. Опыт лечения хронических гайморитов с помощью

фотодинамической терапии. // Лазерная медицина - 2004., 8(3). - С.139-140.

4. Миразизов К.Д., Джаббаров А.К. Особенности клиники и лечения гнойных этмоидитов при некластридиальной инфекции. // Вестн. оторинолар.-1998. - №5. - С. 43-45.

5. Митрохина Н.М., Гудкова Е.И. К вопросу о бактериальной аллергии и специфической десенсибилизации при риносинусопатии и бронхиальной астме. // Вестн. оторинолар. - 1968. - №2. - С.62-65.

6. Окунь О.С., Колесникова А.Г. Эпидемиологический анализ хронического гнойного гайморита. // Российская ринология. 1997. - № 1. - С. 17-25.

7. Острое поражение придаточных пазух носа при вирусных заболеваниях. Грушинская И.А., Кетиладзе Е.С., Алексеева А.А. и др. // Вестн. оторинолар. - 1975. - №4. - С.81-84.

8. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Закариева А.Н. Патологические и клинические особенности острого гнойного синусита // Вестн. оторинолар. - 2008. - № 5. - С. 196-200.

9. Пискунов Г.З., Кострова И.Н. Применение кислорода в лечении больных хроническими гнойными синуситами // Журн. ушн., нос. и горл. бол.,-1986, - №4. - С. 21-23.

10. Сорбционные методы лечения стафилококковых риносинуситов. / Цецарский Б.М., Манукян Д.Э., Фаянс А.А и др. // Российская ринология. -1996, №2-3. - С. 142-143.

11. Станева-Стойчева Л., Стойчев Ц. Лекарственные взаимодействия. Перевод с болгарского. - Ташкент, 1990 г. - 303 с.

12. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита. // Антибиотики и химиотерапия, 1999. № 9. - С. 24-28.

#### Тұжырым

### СОЗЫЛМАЛЫ СИНУСИТТЕРДІҢ ӨРШҮІ ЖӘНЕ ОНЫҢ ІРІҢДІ АСҚЫНУЫ КЕЗІНДЕ ИМУПРЕТТІ ҚОЛДАНУ

Ж.О. Жакиянова, С.О. Болсынбекова, А.Д. Калибекова, Г.Т. Абишева,  
С.К. Даумбаев, Д.К. Ордабаева, Ж.К. Султанова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Созылмалы синуситтердің өршуі және оның іріңді асқынуы кезінде медикаментозды емнің организмге жалпы жүктемесін иммуностимуляциялық әсерлері бар препараттар төмендетеді. Антибактериалды дәрілік заттардың токсикалық және иммуносупрессорлық әсерлерін төмендетеді. Осы аталған себептерге сай біз имупреттің әсерінің нәтижелерін сынауды жөн көрдік.

**Негізгі сөздер:** созылмалы синуситтердің өршуі, иммуностимуляциялық препараттар, имупрет.

#### Summary

### IMUPRET IN COMPLEX TREATMENT OF A PURULENT INFLAMMATION OF PARANASAL BOSOMS

Zh.O. Zhakiyanova, S.O. Bolsynbekova, A.D. Kalibekova, G.T. Abisheva,  
S.K. Daumbayev, D.K. Ordabayeva, Zh.K. Sultanova

Semey State Medical University

Application of immunostimulating methods in treatment sharp, exacerbations of chronic sinusitis and them is purulent - septic complications promotes decrease in medicamentous load of an organism that in turn prevents its allergization, development of toxic and other side effects. All aforesaid also formed the basis for carrying out this research. Results of clinical researches allow to recommend for introduction in otorinolaringological practice inclusion an Imupret in antibacterial treatment at inflammatory diseases of paranasal bosoms.

**Key words:** inflammation of par nasal sinuses, immunomodulatory drug.

УДК 616.7-002.3

Г.Т. Букаева

Медицинский центр корпорации «Казахмыс», г. Жезказган

### СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗ

#### Аннотация

Для эффективного лечения бактериальных конъюнктивитов несомненную важность имеет правильный подбор антибиотиков. Приводятся результаты бактериологического исследования конъюнктивальной полости при воспалительных заболеваниях переднего отрезка глаз с указанием статистики чувствительности и резистентности микрофлоры. Полученные данные позволяют проводить этиотропное лечение.

**Ключевые слова:** микрофлора конъюнктивальной полости, антибиотикотерапия конъюнктивитов.

**Актуальность**

Микрофлора конъюнктивальной полости здорового человека характеризуется, либо отсутствием какой-либо микрофлоры вследствие высокой бактерицидной способности слезной жидкости, либо наличием нормальной микрофлоры. В последнее время отмечается снижение процента лиц с отсутствием микрофлоры и возрастание процента лиц с нормальной и условно патогенной микрофлорой (1). Это может быть связано с неблагоприятными факторами внешней среды, кроме того давно отмечено, что состав микрофлоры конъюнктивальной полости зависит от климатических, социально-бытовых, производственных факторов и может колебаться на протяжении жизни человека. В связи с этим, имеет значение выявить характер микрофлоры конъюнктивальной полости у жителей Жезказганского региона. Это даст возможность внести в схему лечения изменение, исходя из особенностей конъюнктивальной полости.

Частыми возбудителями по данным литературы являются: Staphylococcus, Streptococcus, Pneumococcus, Pseudomonas; реже Escherichia coli, Neisseria, Proteus vulgaris, Moraxella. (2). Отмечается, что: Staphylococcus ранее имевший широкое распространение при блефароконъюнктивитах и гнойных язвах роговицы, а также широкую лекарственную устойчивость, теперь уступает первенство в этиологии гнойных кератитов условно-патогенной грамотрицательной флоре: кишечной палочке и синегнойной палочке. (3). В 90-е годы в этиологии бактериального поражения роговицы наметилась четкая тенденция возрастания условно-патогенной микрофлоры: эпидермального стафилококка, кишечной палочки, вульгарного протей и коринебактерии. Эти условно-патогенные возбудители составляют жесткую конкуренцию патогенным, таким как St.aureus, Pseudomonas, Streptococcus pneumoniae et ruogenes, потому что незначительно превышают патогенные 55,5% напротив 45,5% (4). Грибковые поражения роговицы составили 1,2%, чаще всего наблюдается Aspergillus, Candida, Penicillum, Rizopus, Fuzarium. (5) Одним из опасных возбудителей гнойных заболеваний глаз считаются анаэробы неклостридиальные: Propionibacterium, Veilonella, Bacteroides. Один автор в 41% случаев определял грамм отрицательную флору: синегнойная палочка, Proteus, Enterobacter, кишечная палочка, в 37% случаев грамм положительная микрофлора, в 22% посев роста не дал. Назначения лекарственных средств должно исходить из чувствительности микроорганизмов. Ко всем стафилококкам исполь-

зуют, главным образом, бета-лактамы антибиотики, которым, прежде всего, нужно определить чувствительность.(3).

Рекомендуют также антибиотики аминогликозидного происхождения и сульфаниламидные препараты. Для лечения инфекций, вызванных протеем, используются аминогликозидные антибиотики. Против кишечной палочки более эффективны антибиотики тетрациклинового и аминогликозидного ряда (5).

**Материалы и методы обследования**

Взятие материала для микробиологического исследования по возможности производили до местного применения антибиотиков и других медикаментов. Посев производили на жидкие и плотные питательные среды: сахарный бульон, кровяной агар, сывороточный агар, агар Сабуро. Инкубирование 24-48ч при t 37 градусов.

Идентификация выделенных микроорганизмов проводилась общепринятыми методами с использованием номенклатуры Берджи и сведений, обобщенных в руководствах по клинической микробиологии. Определение чувствительности выделенных культур к антибиотикам проводили диско диффузным методом на среде АГВ, используя коммерческие диски производства г. Санкт-Петербурга (НИЦФ).

**Результаты и обсуждения**

В ходе исследования из посевов с конъюнктивальной полости больных с воспалительными заболеваниями глаза в 21,7% не было обнаружено роста колоний, что свидетельствует о возможности вирусной этиологии заболевания. В 33,9% высевались дрожжевые грибы, то есть имело место грибковое поражение слизистых глаза. В 6,9% выявляли золотистый стафилококк, в 5,2% St.lugdunensis, в 3% St. schleiferi, St.nonimis в 2,8%, Kleb.oxitosa в 1,7%, Proteus mirabilis -0,9% E.coli-2,8%. В 17,4% высевался эпидермальный стафилококк. В 11,3% выделялся гемолитический стафилококк. Выявление условнопатогенной флоры при бактериальной инфекции глаз указывает на роль снижения местного иммунитета.

Данные о чувствительности к антибиотикам отражены в таблице 1.

Как видно из таблицы у золотистого стафилококка высокая устойчивость к пенициллину, цефалексину, к остальным же антибиотикам из таблицы относительно высокая чувствительность. Гемолитический стафилококк проявил высокую устойчивость к пенициллину, цефалексину, тетрациклину, оказался наиболее чувствителен к левомицитину, цефазолину.

Таблица 1.

**Данные о чувствительности к антибиотикам.**

Антибиотики		Микрофлора					
		St. Aureus	St. Haemolyticus	St. Epidermidis	E. Coli	St. Schleiferi	St. Lugdunensis
1	2	3	4	5	6	7	8
Пенициллин	У	90,9	78,4	75,4	27,3	45,5	54,3
	Ч	9,1	21,6	24,6	72,7	54,5	45,7
Гентамицин	У	74,3	11,2	39,8	20,0	60,2	55,3
	Ч	25,7	88,8	60,2	80,0	39,8	44,7
Тетрациклин	У	69,2	60,3	80,2	70,3	54,3	40,5
	Ч	30,8	39,7	19,8	29,7	45,7	59,5
Ципрофлоксацин	У	70,1	59,2	90,1	40,0	51,3	44,7
	Ч	29,9	40,8	9,9	60,0	48,7	55,3
Эритромицин	У	49,3	38,7	50,1	37,2	30,2	49,9
	Ч	50,7	61,9	49,9	62,8	69,8	50,1

Продолжение таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8
Цефалексин	У	62,4	67,7	38,2	48,2	35,3	45,7
	Ч	37,6	33,3	61,8	51,8	64,7	54,3
Цефазолин	У	5,1	40,2	60,1	30,7	27,1	47,1
	Ч	94,9	59,8	39,9	69,3	72,9	52,9
Цефеперазин	У	17,0	60,1	30,5	44,7	43,4	52,3
	Ч	83,0	39,9	69,5	55,3	56,6	47,7
Левомецетин	У	9,1	41,4	45,5	32,2	35,6	58,2
	Ч	90,9	58,6	54,5	67,8	64,4	41,8

У – процент случаев устойчивости к антибиотику,  
 Ч – процент случаев с чувствительностью к антибиотику.

Эпидермальный стафилококк практически не чувствителен к ципрофлоксацину, а кишечная палочка хорошо сдерживается гентамицином и пенициллином. Для *St. Schleiferi* и *St. lugdunensis* не выявили антибиотик к которому они бы были бы в большинстве случаев чувствительны или устойчивы.

Учитывая данные микрофлоры конъюнктивальной полости и чувствительность к лекарственным препаратам, нами проводилось этиотропное лечение, в результате чего наблюдалось успешное лечение, которое подтверждалось повторными результатами лабораторных исследований мазка из конъюнктивальной полости, субъективно исчезновением жалоб и объективно репрессированием и исчезновением воспалительных явлений в переднем отрезке глаза. Однако, в ходе определения антибиотикорезистентности не удалось выявить какого-либо антибиотика который обладал широким спектром антимикробной активности.

Чувствительность каждого вида микроорганизма сильно варьировала от случая к случаю.

Все это делает определение чувствительности перед лечением антибиотиками строго обязательным.

**Литература:**

1. Микрофлора конъюнктивальной полости здорового глаза и возбудители бактериальной инфекции роговицы. А.А. Ватченко, В.И. Сокович, О.Н. Максименко // Офт.Журнал - 2002, №3 - С. 53-57
2. Малокова Н.А., Захарьевская Н.С. // Матер. IV съезда офтальмологов СССР - М., 1973 - С.481-483.
3. Каранадзе Н.А., Южаков А.М. // Вестник офтальмологии, - 1984, №3, - 54с.
4. Шаимова В.И. //Офтальмологический журнал - 1994, №4 - С. 216-219
5. Горгиладзе Т.У. // Офтальмологический журнал - 1983, №2 - С. 71-75

**Тұжырым  
 КӨЗДІҢ КОНЪЮКТИВАСЫНЫҢ ҚАБЫНУ КЕЗІНДЕ  
 КОНЪЮКТИВАСЫНЫҢ МИКРОФЛОРАСЫНЫҢ ӨКІПДЕРІ  
 Г.Т. Букаева**

**«Казакхмыс» корпорациясының медициналық орталығы, Жезқазған**

Бактериальды конъюнктивиттерді емдегенде тиімді антибиотиктерді тандауы өте маңызды. Осы мақалада көз конъюктивасында микрофлорасын бактериологиялық әдіспен бөліп алынған нәтижелері берілген, антибиотиктерге сезімталдығы анықталған. Осы нәтижелерге сүйені отырып этиотропты емдеу жүргізуге болады.

**Ключевые слова:** конъюктива микрофлорасы, конъюнктивиттерді антибиотиктермен емдеу.

**Summary  
 MICROFLORA COMPOSITION OF CONJUNCTIVE ILL ANTRUM WITH  
 INFLAMMATORY DISEASES OF FRONT EYE PIECE  
 G.T. Bukaeva  
 Corporation Medical Center «Kazakhmys», Dzheskazgan**

For effective treatment of bacterial conjunctivitis the undeniable importance has the correct selection of antibiotics. Corrects the results of bacteriologic examination of conjunctival antrum in the time of inflammatory diseases of front eyes piece together with an indication of statistic of sensibility and microflora resistibility. Findings are admits to administer etiotropic therapy.

**Key words:** Conjunctive antrum microflora, antibiotic treatment of conjunctivitis.

УДК 616.89-008-616.8-085.851-616.8-009

А.А. Алмагамбетова, Г.К. Бураханова, И.Д. Назарова, Р.М. Байжуманова

Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Психиатрическая больница» п. «Шульбинск»,  
КГКП «Центр психического здоровья» г. Семей

## ТРИ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА – ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

### Аннотация

В данном исследовании представлены результаты изучения выборки больных, за период с 2010 по 2013 годы, как самостоятельно, обратившихся пациентов, так и направленных врачами семейных амбулаторий, а также психиатрами. Всего под наблюдением находилось 60 больных, с различными клиническими формами, давностью заболевания, в возрасте от 20 до 50 лет и старше.

В результате применения коммуникации, обучения, специальных – приемов и техник воздействий – как универсального способа усвоения жизненного опыта и использование современных методов психотерапии, наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентов снижался уровень напряжения, что позволяло более рационально строить свои жизненные планы. Происходила оптимизация «внутренней картины болезни», особенно ее эмоциональной и интеллектуальной частей.

Изложенные данные в статье указывают на эффективность применения трех основ психотерапевтического воздействия на личность, что соответствует концепции целостного подхода. Такое направление является перспективным для психотерапии настоящего и будущего.

**Ключевые слова:** три основы психотерапевтического подхода, коммуникация, обучение, специальные воздействия - приемы и техники, манипулятивные методы, развивающие методы.

### Актуальность

Проблема лечения пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами является наиболее актуальной в современной психиатрии.

Слабые коммуникативные навыки и отсутствие психологической компетенции врача, не просто мешают работе, но и приводят к конфликтам.

Прежде коммуникативным аспектам психотерапии уделялось недостаточно внимания. Считалось, что в психотерапии врач что-то делает с пациентом. Однако многое происходящее в психотерапии происходит именно в процессе взаимодействия и общения между терапевтом и пациентом.

В настоящее время выделяются неспецифические и специфические факторы психотерапии [1]. Отмечаются общие признаки для различных психотерапевтических подходов. Во взаимоотношениях психотерапевта с пациентом главное – это вера пациента в возможность психотерапевта помочь ему. Пациент должен быть уверенным в том, что ему помогут, что психотерапевт заботится о нем, будет выполнять стоящие перед ним задачи и справляться с ними. Универсальным является также раздел терапии, направленный на усиление ожидаемой пациентом помощи, активизацию сотрудничества с терапевтом, уверенность в том, что его никто не принуждает делать то, что он будет делать в ходе психотерапии. Универсальным является разъяснения сути и отличий здорового и болезненного состояний. Пациент должен также признать свои ошибки и постараться их исправить и в этом процессе терапевт ведет его за собой либо побуждает к проявлению инициативы.

Выделяются основные общие психотерапевтические факторы:

1. Взаимоотношения терапевт – пациент, т.е. реальные качества врача — тепло, искренность, эмпатия, знания, внешность, эмоциональная зрелость, личный стиль и т.д. - играют важную роль во взаимодействии с пациентом.

2. Снижение эмоционального напряжения в контексте ожидания и надежды, чем выше доверие к терапев-

ту, чем больше надежда и ожидание помощи, тем сильнее у пациента чувство облегчения.

3. Приобретение когнитивного инсайта; оперантное обуславливание, включая корректирующие эмоциональные переживания; *пациент приобретает иного рода эмоциональный опыт* по сравнению с тем, который он получил в своем прошлом от значимых фигур.

4. Идентификация с терапевтом т.е. пациенты сознательно или бессознательно стремятся видеть в терапевте модель для себя; один из наиболее важных способов, с помощью которых люди учатся друг у друга.

5. Внушение и убеждение (чем сильнее вера пациента в терапевта, чем выше степень идеализации или позитивного переноса, тем мощнее воздействие этих внушений на пациента); повторение и тщательная проработка адаптивных паттернов поведения и мышления [1].

Однако в последнее время все более убедительной выглядит позиция, утверждающая специфичность психотерапии. Согласно ей, метод можно определить наиболее подходящий психотерапевтический для конкретного больного или составить максимально индивидуальную, а стало быть, и эффективную программу лечения [3].

### Цель исследования

Изучение эффективности лечения больных при пограничных нервно-психических расстройствах с учетом трех основ психотерапевтического подхода, анализ клинических расстройств этих нарушений.

### Материалы и методы исследования

В данном исследовании представлены результаты изучения выборки больных, за период с 2010 по 2013 гг., как самостоятельно, обратившихся пациентов, так и направленных врачами семейных амбулаторий, а также психиатрами.

Всего под наблюдением находилось 60 больных, из них женщин - 45(75%), мужчин было 15(25%) пациентов.

По возрасту, больные распределялись следующим образом:

от 20 до 30 лет – 12(20%),

от 31 до 40 лет – 17 (28,3%),  
от 41 до 50 и старше – 31 (51,7%).

По давности заболевания:

до года – 13 больных (21,7%),  
до трех лет – 28 больных (46,6%),  
от трех лет и выше – 19 (31,7%).

Исследование роли психогенного фактора обнаружило, что у всех больных психотравмирующие воздействия являлись как острыми; так и затяжными, трудно-разрешимыми. Наиболее значимыми из конфликтов являлись: супружеские и производственные – 21,3% и 23,7%, межличностные – 20,6%, внутриличностные, конфликты из-за бытовых условий 34,4%.

Выявленные нервно-психические расстройства располагались в следующей последовательности:

- депрессивные расстройства 19 пациентов (31,7%);
- тревожно-фобические расстройства – 15 пациентов (25%);
- неврастении 9 пациентов (15%);
- ипохондрические расстройства – 8 пациентов 13,3%;
- обсессивные расстройства 6 пациентов или 10%;
- диссоциативные расстройства – 3 пациента (5%);

Для анализа работы взята контрольная группа 60 пациентов, страдающих нервно-психическими нарушениями и получавших только фармакотерапию. Данная группа больных в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, кроме медикаментозного лечения получали ЛФК, физиотерапию и др.

#### Результаты и обсуждение

Психотерапия проводилась с учетом клинического состояния пациента, особенностей личности пациента.

Первым и наиболее важным элементом всех психотерапевтических трансакций являлась природа взаимоотношений между пациентом и терапевтом [1].

Начальная и актуальная на протяжении всего курса лечения цель психотерапии – установить, укрепить и поддерживать **лечебный альянс**, который приводил пациентов к пониманию и овладению своими эмоциональными проблемами [2].

В проводимой терапии важно все, что рассказывает пациент, вся драма психологической жизни воспринималась в атмосфере полной безопасности, с пониманием, без осуждения или критики. Работа с больным заключалась в управлении жизнью пациента (вот почему так важен отбор), а не в оценке того, что в ней важно и насколько хорошо пациент с ней управляется [4,5,6].

#### Первая основа психотерапии – коммуникация.

Между пациентом и врачом проводилась речевая коммуникация, т.е. взаимодействия, совершаемые в словесной форме. Это очень важное положение, поскольку многообразная практика словесного общения скрыла стержневую суть коммуникации, как взаимодействия между людьми, в котором происходит передача, прием, обмен и на этой основе формируется взаимная потребность друг в друге. Нормальная коммуникация – предполагает взаимное удовлетворение потребностей, то есть обмен.

Контакт образовывали путем создания общего поля переживания пациентов и, прежде всего, за счет присоединения психотерапевта к пациенту. Именно в рамках сохраняющегося контакта возможен обмен чувствами и переживаниями, необходимыми ресурсами. Контактное поле формировало «притягательность» для «Я» пациента конкретных значимых других лиц (ЗДЛ) [3]. Пациентов нуждающихся в ресурсах, и пациентов, обладающих ресурсами, начинало притягивать друг к другу.

Коммуникация осуществлялась из привычных координат «человеческой системы» пациента. Вначале находили «коммуникационный вход» в его личность. Использовались, имеющиеся у пациента коммуникативные стереотипы. Перенос прежних отношений пациента в терапевтическую ситуацию просто неизбежен. То есть, совершенно естественным являлось то, что пациент, общаясь в новой ситуации, исходил из прошлого коммуникативного опыта. Важно было то, что с переносом не нужно бороться, его нужно использовать. Начав с привычных отношений и поведения пациента, присоединившись к ним, стало возможным их изменить. В процессе работы как бы переопределялись, имеющиеся у пациента взаимоотношения со «ЗДЛ» [3].

Коммуникация позволяла и другую важную систему психотерапии – **обучение**. Элементы обучения (или переобучения) входили практически во все, проводимые психотерапевтические методы. Пациенту предстояло усвоить «правильное» определение (переопределение) проблемы. Для этого, обучали больного определенным образом кодировать (перекодировать) свою психическую и личностную реальность.

Психическое расстройство или проблема подавались в необычном для пациента ракурсе. Патология при этом становилась доступной воздействию, а производимые изменения были целительными. Обучение пациента занимало больший объем в структуре, проводимых методов. Проводились специальные тренинги для закрепления новых психических и личностных координат, образовавшихся у пациента в ходе психотерапевтического обучения. Для закрепления результата требовалось его повторение. Отдельные методы психотерапии собственно тренинг занимал центральное психотерапевтическое воздействие.

Психотерапевтическая коммуникация отличалась от бытовой, прежде всего точной диагностикой и управлением происходящим со стороны терапевта.

**Обучение** – это универсальный способ усвоения жизненного опыта, путь к изменениям. Проводимое психотерапевтическое обучение имело ряд особенностей: технически адекватное стремление устранить патологию и раскрыть ресурсы личности в ходе общения. Обучение меняло ригидные и болезненные паттерны мышления и поведения пациентов. [3]

Психотерапевтическое изменение – результат процесса лечения. Изменение пациента в проводимой психотерапии обладало устойчивостью, которое зафиксировано было в основных процессах существования личности. Для этого, использовали **специальные воздействия – приемы и техники**.

При лечении больных с пограничными нервно-психическими расстройствами применялись два основных класса психотерапевтических воздействий:

- а) ограничивающее патологию воздействие – как правило, манипуляция;
- б) развивающее личность воздействие.

**Соответственно можно классифицировать и психотерапевтические методы**. Применялись две большие группы методов, относительно противостоящих, по сути и характеру психотерапевтического воздействия – группу, объединяющую преимущественно манипулятивные методы и группу объединяющую преимущественно методы, развивающие личность. Кроме того, часть методов, соединяющих в себе, как манипулятивные, так и развивающие воздействия, расценивались как синтетические.

Проводимые ограничивающие (манипулятивные методы) – суггестивная, поведенческая психотерапия и т.д. – характеризовались следующими моментами:

1) тип воздействия – преимущественно манипулятивный: пациент пассивен, ответственность на терапевте (обладает особыми качествами), часть воздействий скрыта, пациент вводится в заблуждение;

2) объект психотерапии – патология;

3) продолжительность воздействия – краткосрочное, среднесрочное;

4) интенсивность воздействия - высокая, средняя;

5) стиль поведения психотерапевта – директивный;

6) характер взаимоотношений с пациентом – патернализм;

7) эффективность воздействия – быстрый эффект;

8) стойкость полученных результатов - средняя.

Необходимы были поддерживающие воздействия.

Развивающие методы – психоанализ, экзистенциальная психотерапия, позитивная терапия, НЛП и т.д. – характеризовались следующими основными моментами:

1) преобладающий тип воздействия – развивающий (создание условий для развития и личностного роста);

2) объект воздействия – ресурсы личности;

3) продолжительность воздействия – среднесрочные и долгосрочные;

4) интенсивность воздействия – средне и мало интенсивные;

5) стиль поведения психотерапевта – демократический;

6) характер взаимоотношений с пациентом – партнерство, пациент и терапевт в одинаковой мере отвечают за результат;

7) эффективность воздействия – постепенный эффект;

8) стойкость полученных результатов – высокая.

Проводимая психотерапия процессуальна. Процесс лечения проводился в определенной последовательности применения психотерапевтических методов, в зависимости от меняющегося статуса больного. Если на отдельных этапах лечения наиболее оправданы развивающие личностно-ориентированные методы психотерапии, то на начальных этапах терапевтических программ успешным оказывались использование ограничивающих патологию (манипулятивных) психотерапевтических методов.

Проводимые психотерапевтические подходы приводили к поддержанию чувства внутреннего комфорта и внутреннего равновесия, а также к постижению внешнего мира. Пациенты достигали стабильного чувства внутреннего комфорта.

Таким образом, эффективность лечения больных при пограничных нервно-психических расстройствах с учетом трех основ психотерапевтического подхода достигнута. У больных, проходивших психотерапию по сравнению с контрольной группой (60 пациентов, получавшие только медикаментозную терапию) быстрее наступало выздоровление (улучшение), степень редукции клинических проявлений; гармонизация личности,

совершенствование возможностей самореализации, повышение качества жизни.

В контрольной группе у 60 пациентов, страдающих неврозами, получавших только фармакотерапию у 12(20%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 48(80%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями.

**В сравнении с контрольной группой у больных проходивших специальную программу** никаких серьезных осложнений или последствий не было.

По результатам психотерапевтического лечения достигнуто стойкое улучшение психического состояния. Статистическая обработка результатов лечения, показала, что у 54% больных наступило выздоровление, значительное улучшение - у 43% и лишь у 3% больных состояние не изменилось.

#### **Выводы:**

1. Изложенные выше данные указывают на эффективность применения трех основ психотерапевтического воздействия на личность, что соответствует концепции целостного подхода. Такое направление является перспективным для психотерапии настоящего и будущего.

2. Комплексность психотерапевтических методов влияет на положительную клиническую динамику, исчезновение или значительное уменьшение интенсивности жалоб, мобилизация скрытых ресурсов пациента.

3. В результате применения коммуникации, обучения, специальных – приемов и техник воздействий – как универсального способа усвоения жизненного опыта и использование современных методов психотерапии, наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентов, снижался уровень напряжения, что позволяло более рационально строить свои жизненные планы.

4. Происходила оптимизация «внутренней картины болезни», особенно ее эмоциональной и интеллектуальной частей.

#### **Литература:**

1. Мармор Дж. Психотерапевтический процесс: общие знаменатели различных подходов. - В кн.: Эволюция психотерапии. - М.:Класс, 1998. - Т.2 - С.117-131.

2. Эволюция психотерапии: Сборник статей. Т.2. Осень патриархов: психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия / Под ред. Дж.К. Зейга / Пер. с англ. - М.: Независимая фирма "Класс", 1998. - 43 с.

3. Валентик Ю.В. Три основы психотерапевтического метода. Психотерапия на рубеже тысячелетий: опыт прошлого, взгляд в будущее. // Научно-практический и информационный журнал. - Москва, 1999. - С.10-12.

4. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. - Москва. Российская психодинамическая ассоциация, 1992. -160 с.

#### **Тұжырым**

### **ПСИХОТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ ӘСЕРЛЕСУДІҮШ НЕГІЗІНІҢ – ШЕКАРАЛЫҚ НЕРВТИ-ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР КЕЗІНДЕ НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛІГІ**

**А.А. Алмагамбетова, Г.К. Бураханова, И.Д. Назарова, Р.М. Байжуманова**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, КГКП Шүлбі кентінің «Психиатриялық ауруханасы», КМҚК «Семей қаласының психикалық салауаттылық орталығы»**

Жүргізілген зерттеуде, 2010 -2013 жылдар аралығында өз еркімен қаралған және отбасылық амбулаториялар дәрігерлері, психиатрлардың жолдамасымен жіберілген науқастардың талдау нәтижелері берілген. Бақылауға ауру ұзақтығы мен клиникалық түрі әртүрлі, 20-50 жас аралығындағы 60 науқас алынды.

Коммуникацияны, оқытуды, арнайы тәсілдер мен әсер ету техникаларын өмірлік тәжірибені жетілдірудің амбебап тәсілі ретінде қолдану және психотерапиядағы жаңа әдістемеліктерді пайдалану

нәтижесінде науқастардың жағдайы жақсарып, өмірлік көзқарастары өзгерді, аурудың болжамы оңалды. «Сырқаттың ішкі көрінісі» айқындалды, әсіресе көңіл-күй және ойлау үрдістерінде белсенділік пайда болды.

Мақалада келтірілген мәліметтер тұлғаға жалпылай әрекеттесудің концепциясына сай келетін, психотерапевтикалық әсерлесудің үш негізін қолданудың нәтижелігін дәлелдейді. Бұл бағыт психотерапияның қазіргі дамуы мен болашағы үшін маңызды.

**Негізгі сөздер:** психотерапевтикалық әсерлесудің үш негізі, коммуникация, оқыту, арнайы тәсілдер мен әдістер, манипуляциялық әдістер, жетілдірілген тәсілдер.

#### Summary

### THE THREE BASE OF PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH, THE EFFICACY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BORDERLINE NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS

A.A. Almagambetova, G.K. Burakhanova, I.D. Nazarova, R.M. Bayzhumanova

Semey state medical university,

OSCC «Psychiatric Hospital», Shulbinsk,

OSCC «Mental health centers» Semey c.

This research is represented results of selected sifting of patients, by this period 2010-2013 years, independently applied both patients and physicians aimed family clinics, as well as psychiatrists. Just under observation were 60 patients, with different clinic forms of diseases, duration of the disease, all ages from 20 to 50 years and older.

In results of using communication, learning, special methods and techniques of influence – as universal method of assimilation vital experience and using modern methods of psychotherapy, were a positive trend in the condition of patients was reduced voltage level, that can rationally base their life plans. Occurred optimization «internal picture of disease», especially emotional and intellectual parts.

Presented information in this article indicates the effectiveness of the three methods of psychotherapy for personality, which corresponds to the concept of a holistic approach. This is a promising direction for the present and the future of psychotherapy.

**Keywords:** the three methods of psychotherapeutic approach, communication, learning, special influences – techniques and methods, manipulative methods, evolutive methods.

УДК 616.895.8-616.85:364-785.14

К.Ж. Нургазин

КГКП «Восточно-Казахстанский областной психоневрологический диспансер»,  
г. Усть-Каменогорск

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ И НЕВРОЗАМИ

### Аннотация

Клинико-эпидемиологическое изучение социальной адаптации больных неврозами и шизотипическим расстройством позволило получить данные генезисе заболеваний, о качественных особенностях синдромологической динамики заболеваний и о социальной адаптации.

**Ключевые слова:** клинико-эпидемиологическое изучение; социальная адаптация, неврозы, шизотипическое расстройство.

### Актуальность

Выраженный полиморфизм психопатологических проявлений больных с шизотипическим расстройством с наличием синдромов, свойственных как неврозами, так и психопатиям до сих пор вызывает неподдельный интерес исследователей, заставляет ставить новые вопросы в проблеме разграничения перечисленных расстройств. Помимо общих проявлений в клинической картине, данные расстройства имеют разный генез развития. Так, если касаться шизотипического расстройства, то речь будет идти о биологическом процессе; что касается неврозов и психопатий - то здесь будет развиваться патологический процесс, вследствие психогений и различного рода нарушениях развития. Следовательно, здесь действуют иные закономерности, в свете которых представляет большой интерес изучения социальной адаптации обеих групп больных на протяжении всего заболевания.

**Цель исследования:** Клинико-эпидемиологическое изучение социальной адаптации больных неврозами и шизотипическим расстройством.

### Задачи исследования:

1. Получить данные о качественных особенностях синдромологической динамики заболеваний.
2. Изучить социальную адаптацию данных групп больных.

### Материалы и методы исследования:

Клиническим материалом послужили данные 47 больных с диагнозом «Шизотипическое расстройство» и «Невроз».

В работе применялись клинико-психопатологический, статистический методы исследования.

### Результаты исследования:

Исследованные больные были разделены на 2 группы: 1 группа - 25 человек, страдающих невротическими расстройствами.

2 группа-22 человека с диагнозом «Шизотипическое расстройство».

Процесс исследования данного контингента больных был разделен на 2 этапа:

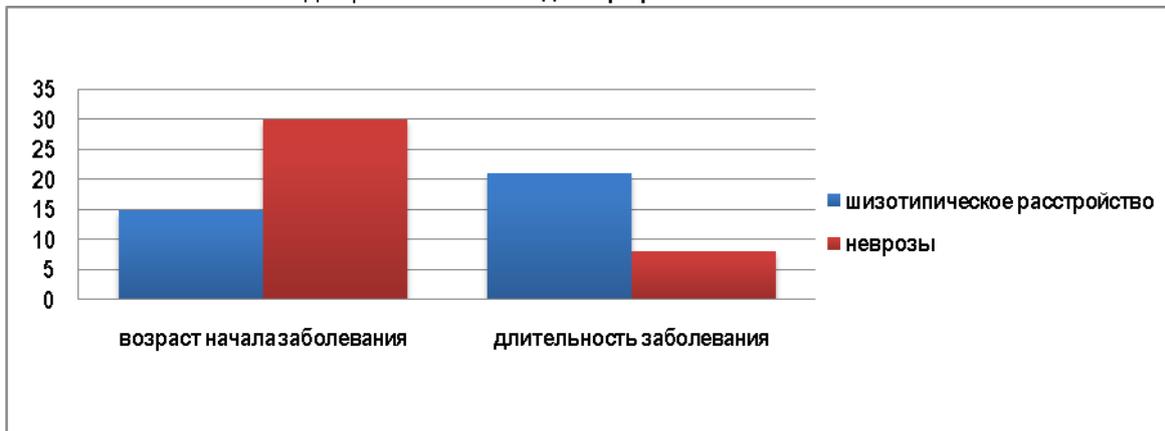
1 этап-это анализ документации диспансера;

2 этап-обследование больных по стандартизованному опроснику, отражающему, эпидемиологию, клинику, особенности и динамику социальной адаптации

больных. Такие факторы, как семейное положение, образование, профессия позволили нам сделать выводы, касаемые социальной адаптации наших подопечных.

Данные диаграммы 1 свидетельствуют о том, что изучаемые группы больных существенно отличались по двум показателям: по возрасту, в котором произошел дебют заболевания и по его длительности.

Диаграмма 1.Клинико-демографический показатель.

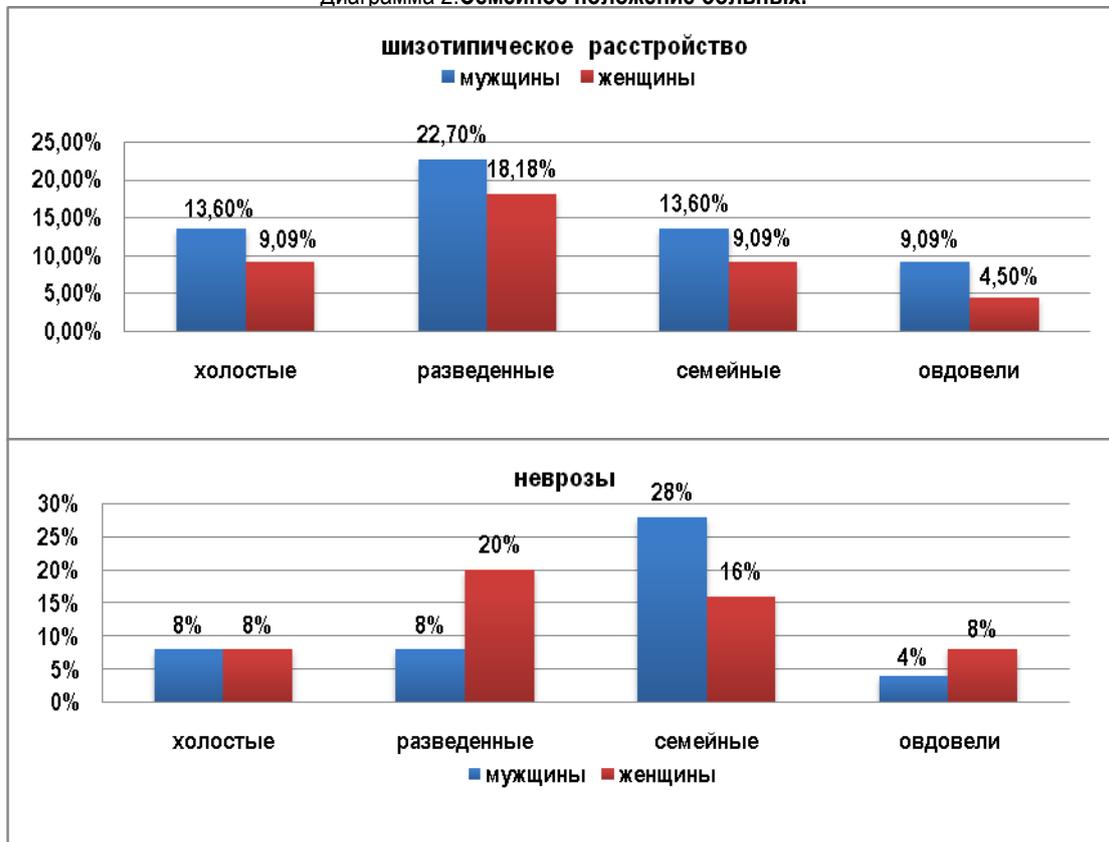


Практически все пациенты, страдающие шизофренией, заболели в пубертатном возрасте, в то время как невроз начинался в зрелом возрасте.

При сопоставлении семейного положения обследуемых неврозом и вялотекущей шизофренией, мы

пришли к мнению, что количество больных неврозом, имеющих семью, более чем в 2 раза превышает количество семейных больных шизофренией (данные диаграммы 2).

Диаграмма 2.Семейное положение больных.



Одиноким холостым лицам среди больных неврозом составляют 8%. Даже и этот низкий показатель не име-

ет связи с заболеванием, поскольку его составляют лица, не достигшие совершеннолетия.

Достоверно низкие показатели по семейному положению, были среди больных неврозом. Изучение причин разводов показало, что в большинстве случаев семья распалась до начала заболевания, при этом семейный конфликт и последующий развод как раз и являлись психотравмирующей ситуацией в генезе невроза.

В группе больных шизофренией преобладали одинокие, разведенные, холостые. Поскольку заболевание начиналось в молодые годы, приведенные данные свидетельствуют о том, что больные шизофренией редко создают и сохраняют семьи. При изучении уровня обра-

зования, было выявлено, что в обеих группах высокий процент составляют лица с высшим и средним специальным образованием.

По уровню образования больные шизофренией существенно не отличались от больных неврозом, и это обстоятельство свидетельствует о том, что больные шизофренией имеют возможность получить образование и профессию (диаграмма 3).

При изучении профессиональной занятости мы получили следующие данные (диаграмма 4).

Диаграмма 3. Сравнительная характеристика уровня образования

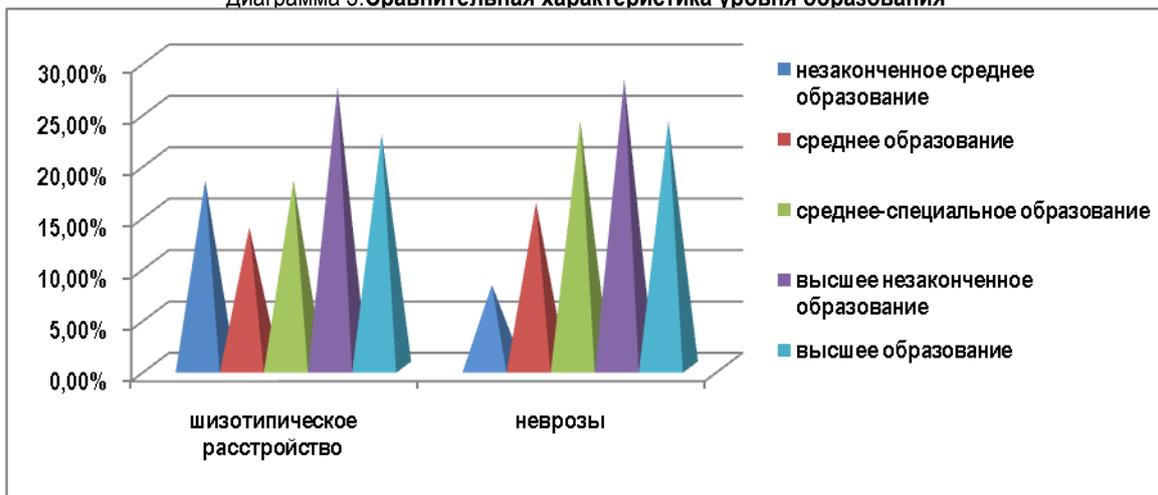
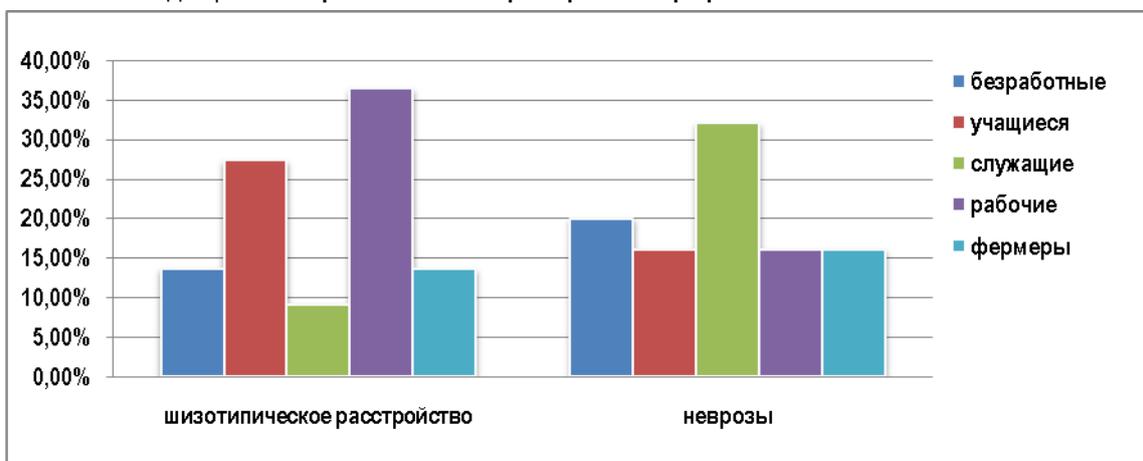


Диаграмма 4. Сравнительная характеристика профессиональной занятости



Среди больных шизофренией преобладали рабочие, учащиеся. При неврозах преобладали, в основном, служащие, безработные.

Анализируя полученные результаты исследования, мы пришли, что, шизофрения, с вялым течением, на протяжении многих лет не вызывает у больных стойкой потери трудоспособности; однако по мере течения патологического процесса у многих пациентов профессиональный уровень снижается.

При неврозах - что само заболевание существенно не влияет на работоспособность.

Таким образом, итоги настоящего исследования:

**Выводы:**

1. Больные шизотипическим расстройством в отличие от больных неврозом отличаются, прежде всего, характером эмоциональной коммуникабельности, что выражается преобладанием в этой подгруппе обследованных одиноких лиц.

2. Снижение работоспособности наблюдается в среднем по истечении десяти лет заболевания.

3. У больных неврозом не наблюдалось профессионального снижения, что, однако, нельзя рассматривать как закономерность, поскольку длительность заболевания в изучаемой группе была небольшой.

**Литература:**

1. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. - М.: Медицина, 1972. -51с.
2. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник -2-е изд., перераб. и доп.-М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - С. 73-75.
3. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния.-М.: Медицина, 1987. - С. 91-97.

**Тұжырым**  
**ШИЗОТИПТІ БҰЗЫЛЫСТАРМЕН ЖӘНЕ НЕВРОЗДАРМЕН НАУҚАСТАРДЫ**  
**ӘЛЕУМЕТТІК БЕЙІМДЕЛУГЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ОҚЫТУ**  
**К.Ж. Нургазин**

**КМКМ «Шығыс Қазақстан облыстық психоневрологиялық», Өскемен қ**

Невроздар және шизотикалық бұзылыстармен ауыратын науқастардың әлеуметтік бейімделуін клинико-эпидемиологиялық зерттеу, аурудың синдромологиялық динамикасы мен әлеуметтік бейімделуі жайлы. Сапалы ерешеліктері жайлы мәліметтер алу мүмкіндігін берді.

- Шизотипті бұзылысы бар науқастар неврозбен ауыратын науқастардан осы топтағы зерттелген жалғыз басты адамдарда басымдылықпен көрінетін эмоционалды коммуникабельділікпен ерекшеленеді.

- Еңбекке қабілеттілігінің төмендеуі ауырғанынан 10 жыл өткеннен кейін байқалады.

- Неврозбен ауыратын адамдарда кәсіби қабілетінің төмендеуі байқалмаған. Бірақ бұны заңдылық деп қарастыруға болмайды. Себебі зерттелген топта ауру ұзақтығы қысқа болған.

**Ключевые слова:** клинико-эпидемиологиялық зерттеу; әлеуметтік бейімделуі, невроздар, шизотипті бұзылысы.

**Summary**  
**CLINIC - EPIDEMIOLOGY STUDY OF SOCIAL ADAPTATION**  
**OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DISORDER AND BY NEUROSES**  
**K.Zh. Nurgazin**

**TSPE «East Kazakhstan regional psycho-neurologic dispensary», Ust-Kamenogorsk c.**

Expressed polymorphism of abnormal psychology displays of patients with schizophrenia disorder with the presence of syndromes peculiar both neuroses and until now causes genuine interest of researchers psychopathy's, compels to put new questions in the problem of differentiation of the enumerated disorders. Besides general displays in clinical presentation, these disorders have different genesis of development. So, if to touch schizophrenia disorder, then the question will be about a biological process; in respect of neuroses and psychopathy's - that here will develop pathological process because of psyche and different family violations of development. Consequently, another conformities to law, in the light of that presents sick interest of study of social adaptation of both groups of patients during all disease, operate here.

- Patients with sluggish schizophrenia in contrast to neurotic patients, different first of all communication skills, emotional character, which is reflected in the prevalence this subgroup surveyed single persons.

- Decrease in working capacity is observed on average after ten years of the disease.

- In patients with neuroses was no professional decline, however, can not be considered as a regularity, because the duration of the disease in the study group was small.

**Keywords:** clinic-epidemiology studies; social adaptation, neuroses; schizophrenia disorder.

**УДК 616.314:616-08.658.583**

**О.В. Иноземцева**

**Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗУБНОЙ ПАСТЫ СЕНСОДИН ПРИ ГИПЕРЕСТЕЗИИ ЗУБОВ**

**Аннотация**

Представлены результаты эффективности зубной пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ, содержащей активные ингредиенты нитрат калия и фторид натрия, у 24 пациентов с гиперчувствительностью твердых тканей зубов, имеющих хронический воспалительный процесс в пародонте, в возрасте от 18 до 28 лет. Результаты исследования показали, что применение пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ оказало выраженный гипосенситивный эффект. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что паста SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ может успешно использоваться для профилактики и лечения повышенной чувствительности твердых тканей зубов.

**Ключевые слова:** зубы, лечение, повышенная чувствительность, перекись водорода, фтористый натрий, СЕНСОДИН, гиперестезия, пародонт.

Причины развития чувствительности дентина зубов различны. Установлено, что в ответ на болевое раздражение зуба происходит движение жидкости в дентине. В коронковой части дентина содержится 40% нервных волокон, в пришеечной области от 1,8% до 10%, при этом только 1% нервных волокон находится в дентинных канальцах на корневой поверхности зуба. Они действуют как механические рецепторы, вызывающие боль даже при небольшом напряжении. Повышенную чувствительность зубов (гиперестезию) можно объяснить с точки зрения гидродинамической или па-

тогенетической теории. Гидродинамическая теория повышенной чувствительности зуба основана на двух принципах: проницаемости дентина и присутствии в пульпе здоровой нервной ткани [1,2].

Этиопатогенетическая теория основывается на пороговой возбудимости нервов. Она объясняет возникновение боли при неповрежденном дентине. В настоящее время большинство исследователей придерживается гидродинамической теории возникновения повышенной чувствительности твердых тканей зуба. Лечение зубов с повышенной чувствительностью ден-

тина можно проводить двумя путями: снижением возбудимости нервных волокон или снижением их проводимости. Кроме того, эти два метода лечения зубов могут использоваться в сочетании друг с другом. При лечении зубов осуществляется перекрытие дентинных канальцев, которое достигается путем покрытия зуба эмалевыми адгезивами, ультрамикронным гидроксиапатитом и веществами, способными образовывать кристаллические осадки, перекрывающие дентинные канальцы. Эти вещества, перекрывающие дентинные канальцы, выпускаются либо в виде растворов (например, зубной лак), либо входят в состав зубных паст [3,4]. В этой связи представляет интерес применение специализированных зубных паст, обладающих способностью снижать повышенную чувствительность зубов. В полной мере это относится к пасте SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ (для чувствительных зубов).

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эффективности зубной пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ при лечении гиперестезии твердых тканей зубов у больных с хроническим воспалительным процессом в пародонте. В состав этой пасты в качестве активных веществ входят: нитрат калия и фторид натрия. Известно, что нитрат калия способен снижать возбудимость самих нервных окончаний в дентинных канальцах. Это связано с тем, что ионы кальция диффундируя в дентинные канальцы, накапливаются в них, окружают чувствительные нервные окончания в пульпарных отделах канальцев, блокируя передачу нервных импульсов. В отличие от других солей калия, нитрат калия, имея небольшую молекулярную массу, обладает более высокой проникающей способностью в твердые ткани зубов. Фторид натрия, входящий в состав пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ, способствует образованию кристаллов фторида кальция, которые способствуют реминерализации твердых тканей зуба [1,5].

#### **Материалы и методы исследований**

Под нашим наблюдением находились 24 пациента с гиперчувствительностью твердых тканей зубов, имеющих хронический воспалительный процесс в пародонте. При этом у 19 (79,2%) человек был диагностирован хронический гингивит (1 группа), у 5-пародонтит легкой степени (2 группа). При этом показатели индекса гигиены Грина-Вермильона у обеих групп больных не имели между собой существенных отличий, составив, соответственно, в группе больных с гингивитом  $1,7 \pm 0,1$  балла и в группе больных с пародонтитом  $1,8 \pm 0,05$  балла. Однако, величины этих показателей свидетельствовали о неудовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта. Индекс РМА у пациентов 1 группы составил  $2,2 \pm 0,8$ . Во 2 группе пациентов определяли индекс КПИ, при этом среднее значение показателя было равно  $1,7 \pm 1,5$ .

Всем пациентам после исследования состояния пародонта определяли порог чувствительности тканей зуба с использованием воздушной струи по Schiff [6] до и после лечения. Проба заключалась в том, что воздух из пистолета стоматологической установки подавался перпендикулярно пришеечной поверхности зуба с расстояния 1 см в течение 1 секунды. Оценку чувствительности зуба проводили с использованием следующих критериев:

- 0 - отсутствие реакции;
- 1 - ощущение дискомфорта, при этом пациент не настаивает на прекращении пробы;
- 2 - дискомфорт, сопровождающийся моторными реакциями, направленными на прекращение теста;

- 3-выраженная болевая реакция с выраженными моторными реакциями, направленными на немедленное прекращение теста.

Выделяли 3 степени тяжести гиперестезии:

1 степень тяжести характеризовалась возникновением боли на температурный раздражитель;

2 степень тяжести гиперестезии зубов характеризовалась болевой реакцией на температурный и химический раздражитель;

3 степень тяжести характеризовалась возникновением боли на температурный, химический и тактильный раздражитель.

В зависимости от степени тяжести гиперестезии мы выделили 2 группы пациентов. В 1 группу вошли 16 человек с первой степенью гиперестезии, во вторую группу вошли 8 человек со второй степенью тяжести гиперестезии зубов.

Всем пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта, затем инструктаж по правилам гигиенического ухода за полостью рта с использованием пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ. Пациенты должны были использовать данную пасту в программе индивидуальной профилактики, которая также предусматривала лечение пародонта, рационализацию питания и обще оздоровительные мероприятия. Паста использовалась в течение 1 месяца (срок наблюдения), контроль за состоянием чувствительности зубов проводили еженедельно.

#### **Результаты исследований**

Результаты исследования показали, что применение пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ оказывало выраженный гипосенситивный эффект уже на 2 неделе лечения. Так, показатели пробы по Schiff уменьшились с  $1,45 \pm 0,07$  до  $0,7 \pm 0,12$  через 2 недели после начала лечения. С увеличением времени применения пасты пациентами улучшались результаты лечения. В конце срока наблюдения все пациенты отмечали существенное снижение чувствительности твердых тканей зубов на температурный и химический раздражитель. При проведении контрольной пробы по Schiff у 20(87%) пациентов отмечалась нормализация показателей. Следует отметить, что в результате применения пасты SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ у всех пациентов улучшились показатели состояния пародонта. Наблюдалось уменьшение объема десневых сосочков, снизилась интенсивность воспалительного процесса в краевом пародонте, уменьшилась кровоточивость десен, что можно объяснить противомикробным и реминерализующим эффектом данной пасты.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что паста SENSODINE МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ может успешно использоваться для профилактики и лечения повышенной чувствительности твердых тканей зубов.

#### **Литература:**

1. Луцкая И.К. Практическая стоматология. - Минск: Белорусская наука. 2001. - 360 с.
2. Brannstrom M. Dentin and Pulp in restorative dentistry. Stockholm. - 1981. - 123 p.
3. Балькенхоль М. Внутридентинное закрытие канальцев противодействует гидродинамическому механизму гиперчувствительности // Приложение к журналу Клиническая стоматология - 2000- С. 22-24.
4. Леус П.А. Использование фтора в профилактике кариеса зубов: Аналит. обзор // Мед.новости. - 1995. - №1. - С. 20-26.

5. Окушко В.Р. Клиническая физиология эмали зуба. Киев: Здоровье. - 1984. - 64с.

6. Schiff T. et al. Desensitizing Effect of a Stabilized Stannous Fluoride / Sodium Hexametaphosphate Dentifrice. - Compend Contin Educ Dent., 2005, 26. - P. 35-40.

**Тұжырым**  
**ТІСТЕРДІҢ ҚАТТЫ ТІНДЕРІНІҢ СЕЗІМТАЛДЫҒЫНЫҢ АРТУЫНДА (ГИПЕРЕСТЕЗИЯ)**  
**SENSODINE ТІС СЫҚПАСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ**

**О.В. Иноземцева**

**Семей қ. Экология және радиациялық медицинаның ғылыми зерттеу институті**

Пародонттың созылмалы қабыну үдерісіндегі көріністе, 18-28 жастағы тістердің қатты тіндерінің сезімталдығының артуында, 24 науқаста құрамында калийнитратымен натрийфториді бар белсенді сапалы SENSODINE тіс сықпасының тиімділігін зерттеулердің нәтижелері көрсетілген. Пародонттың созылмалы қабыну үдерісінде тістердің сезімталдығы жоғары болған науқастарда, SENSODINE арнайы сықпасының клиникалық тиімділігінің жоғарылығы туралы, зерттелген талдаулардың нәтижелері куәландырады. Сықпаны қолдану мерзімі созылған кезде, оның сезімталадықтыққа қарсы тиімділігі артады.

**Негізгі сөздер:** тістер, сезімталдықтың артуы, пародонт, емдеу, калийнитраты, натрийфториді, SENSODINE.

**Summary**

**EFFICIENCY OF SENSODINE TOOTH PASTE IN PATIENTS WITH HYPERESTHESIA OF DENTAL HARD TISSUES**

**O. Inosemceva**

**Research studies institute of radiation medicine and ecology of Semei**

The results from study of efficacy of SENSODINE toothpaste, containing potassium nitrate and sodium fluoride as active ingredients, in 24 patients (18-28 years old) with hyperesthesia of dental hard tissues secondary to chronic periodontium inflammation have been presented. Analysis of the obtained data demonstrated high clinical efficiency of special SENSODINE toothpaste when used in patients with dental hyperesthesia secondary to chronic inflammatory process in periodontal tissues. It was observed that long-term using potentiates the anti-hyperesthetic effect of the toothpaste.

**Keywords:** teeth, treatment, diskolorit, hydrogen peroxide, sodium fluoride, SENSODINE, hyperesthesia, periodontium.

УДК 616.31-08-039.71

О.В. Иноземцева

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан

**ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА ЗУБОВ МЕТОДОМ ГЛУБОКОГО ФТОРИРОВАНИЯ**

**Аннотация**

Проведены исследования эффективности глубокого фторирования в профилактике вторичного кариеса. Под наблюдением находилось 38 пациентов в возрасте от 17-29 лет. Результаты наших исследований свидетельствовали о высоком кариес профилактическом эффекте эмаль-герметизирующего ликвида, что позволяет рекомендовать метод глубокого фторирования для профилактики вторичного кариеса.

**Ключевые слова:** профилактика кариеса зубов, метод глубокого фторирования.

Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов во многих регионах Казахстана обосновывает дальнейшие разработки в области этиопатогенеза, профилактики и лечения этого заболевания [1]. Определенную проблему представляет, так называемый, вторичный кариес, который развивается после пломбирования зубов. По мнению исследователей, рецидив кариозного процесса может быть связан с различными причинами, например, с нарушениями в технологии применения реставрационных материалов или же с особенностями адгезивной техники [2,3], которая предусматривает кислотное травление эмали.

Известно, что одним из эффективных противокариозных средств являются фториды, которые замедляют развитие кариеса, усиливая процессы реминерализации и изменяя структуру эмали, придавая ей устойчивость к действию кислот. Фториды также способны угнетать метаболизм микроорганизмов, что способствует уменьшению выработки кислоты и предотвращает процесс деминерализации эмали [4,5].

В последние годы для профилактики кариеса наиболее часто используется метод глубокого фторирования, предложенный профессором А.Кнаппвостом (Гамбургский университет, Германия), с использованием эмаль-герметизирующего ликвида.

Эмаль-герметизирующий ликвид (глубокий фторид) имеет в своем составе 2 препарата.

Препарат №1 представляет собой безводный фтористый силикат меди и фтористый натрий в качестве стабилизатора, дистиллированную воду. Препарат №2 представлен высокодисперсной гидроокисью кальция на дистиллированной воде.

Механизм действия эмаль-герметизирующего ликвида заключается в спонтанном образовании в порах разрыхленной зоны эмали частиц фтористого кальция и фтористого магния, фтористой меди, а также геля кремниевой кислоты. При этом, кристаллы, имеющие очень малые размеры (50 А), располагаются внутри воронок эмали (100А), упакованные в кремниевую кислоту и тем самым защищены от механического воздействия. Именно они создают для ионов фтора оптимальную

среду, в результате чего последние в совокупности с минеральными компонентами слюны обеспечивают долговременную реминерализацию, усиливая ее почти в 100 раз. Ионы меди оказывают противомикробный эффект, резко замедляя образование зубного налета.

Применение фтористого натрия не дает такого результата, т.к. при этом образуются крупные частицы фтористого кальция, которые не обладают достаточным противокариозным действием.

Вышеизложенное послужило обоснованием цели нашего исследования - дать оценку эффективности глубокого фторирования в профилактике вторичного кариеса.

**Материалы, методы и результаты исследования:** Под наблюдением находилось 38 пациентов в возрасте 17-29 лет. У 29 пациентов был диагностирован средний кариес, у 9 пациентов - глубокий кариес. Средний показатель КПУ в данной группе исследуемых, составил  $5,2 \pm 0,7$ . Всем пациентам перед проведением лечения зубов проводили профессиональную гигиену полости рта с тщательным очищением межзубных промежутков флоссами или специальными ершиками. Пломбирование кариозных полостей по поводу среднего и глубокого кариеса проводили композиционными материалами химического отверждения, технология применения которых предусматривает кислотное травление эмали. После финишной обработки пломб зубы подсушивали теплой струей воздуха, затем наносили по квадрату на поверхность зубов жидкость №1 в течение 30 секунд и сразу же обрабатывали поверхность зубов жидкостью №2 таким же образом, предварительно встряхнув содержимое флакона. Пациентам после завершения профилактических мероприятий разрешалось прополоскать рот. Контрольный осмотр проводили через 1 и 3 месяца с целью оценки качества краевого прилегания пломб. При этом для выявления кариозного процесса применяли метод витального окрашивания эмали 2% раствором метиленовой синей. В составе индивидуальной профилактической программы всем пациентам рекомендовали чистку зубов пастой СЕНСОДИН МГНОВЕННЫЙ ЭФФЕКТ 2 раза в день - утром после завтрака и вечером после ужина. В течение дня после приема пищи рекомендовали тщательное полоскание полости рта чистой водой. В начале исследова-

ния и во время контрольных осмотров оценивали гигиеническое состояние полости рта по показателям гигиенического индекса Грина-Вермиллиона (ОHI).

Контрольные осмотры, проведенные через 1 и 3 месяца, показали, что у всех пациентов значения гигиенического индекса были в пределах 0,4-0,6 баллов, что соответствовало хорошему состоянию гигиены полости рта. Положительное влияние глубокого фторирования на уровень гигиенического состояния полости рта, по-видимому, связано с его модифицирующим влиянием на поверхностные структуры эмали зубов и противомикробным эффектом фторидов.

Инструментальное исследование поверхности зубов и пломб показало, что ни в одном случае не отмечалось нарушения краевого прилегания пломбировочного материала или изменения цвета на границе «зуб-пломба». Контрольные исследования, проведенные с использованием витального окрашивания, также не обнаружили нарушений в структуре эмали.

**Выводы.** Таким образом, результаты наших исследований свидетельствовали о высоком кариес-профилактическом эффекте эмаль-герметизирующего ликвида, что позволяет рекомендовать метод глубокого фторирования для профилактики вторичного кариеса.

#### Литература:

1. Жанабаева Г.Б. Распространенность и клинко-патогенетические особенности кариеса зубов у детей в связи с химическим составом питьевой воды г. Актобе. Автореф. дис...канд.мед.наук. - Алматы, - 2006 - 44с.
2. Максимовский Ю.М., Ульянова Т.В., Заблоцкая Н.В. Применение адгезива пятого поколения в сочетании с текучим композитом // Клиническая стоматология. - 2001.-№3.- С.16-19
3. Хельвиг Э., Климик И., Аттин Т. Терапевтическая стоматология / Под ред. А.М. Политун, Н.И. Смоляр. Пер.с нем. - Львов: Гал.Дент, - 1999.-409с.
4. Кузьмина Э.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 1997. - 230с.
5. Курякина Н.В., Савельева Н.А. Стоматология профилактическая. М.: Медицинская книга, - 2003, - 288с.

#### Тўжырым

### ТЕРЕҢ ФТОРЛАУ ЭДИСИМЕН ТІСТЕРДІҢ ТІС ЖЕГІСІНІҢ АЛДЫНАЛУ

О.В. Иноземцева

#### Семей қ. Экология және радиациялық медицинаның ғылыми зерттеу институты

17-29 жастағы 38 науқаста қайталамалы тісжегісінің алдын алу мақсатында, тіс кіреукесіне өтуін тоқтататын терең фторлау әдісін пайдалану тәжірибесі жинақтап қорытылған. Препарат өндірушінің нұсқауына сәйкес қолданылды. Тіс кіреукесіне өтуін тоқтататуда, әртүрлі жастағы адамдарға, тісжегісінің әртүрлі жігіінде қолданылуы елеулі роль атқарады, ауыз қуысының тазалығын сақтау жағдайының көрсеткіштерінің жоғарылауын қамтамасыз етеді. Пломбаның аймақтық жабысуының өгерісі және қайталамалы тіс жегісінің дамуы байқалмады. Тексерілгендердің 100% алынған нәтижелері бойынша, құбылыстың даму барысында тұрақтылық айқындалады.

**Негізгі сөздер:** тіс жегісі, жиілік, алдын алу, терең фторлау, тіс кіреукесіне өтуін тоқтату.

#### Summary

### PREVENTION OF DENTAL CARIES BY USING A METHOD OF DEEP FLUORIDATION

O. Inosemtceva

#### Research studies institute of radiation medicine and ecology of Semey

A description has been given for an experience of using the deep fluoridation with enamel-sealing liquid in order to prevent secondary dental caries in 38 patients (17-29 years old). The agent was used in accordance with the manufacturer's prescribing information. It was demonstrated that using of enamel-sealing liquid in young adults with the dental caries of different severity (CFE) facilitated the improvement of hygienic oral health status. During treatment no cases of impaired marginal seal of the fillings and secondary dental caries were observed. The follow up confirmed stability of the results attained in 100% of evaluated patients.

**Key words:** dental caries, severity, prevention, deep fluoridation, enamel-sealing liquid.

УДК 612.821: 001.76

А.М. Раушанова<sup>1</sup>, А.О. Мысаев<sup>2</sup>, Б.С. Турдалиева<sup>1</sup>, Б.М. Жантуриев<sup>1</sup><sup>1</sup> Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы<sup>2</sup> Государственный медицинский университет города Семей, г. Семей**СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА****Аннотация**

У современных студентов, испытывающих высокие интеллектуальные и эмоциональные нагрузки в процессе обучения в вузе, сегодня часто наблюдается отрицательная динамика отношения к учебной деятельности. Одной из причин такого положения является снижение уровня их стрессоустойчивости.

**Ключевые слова:** стресс, студенты медицинского ВУЗа.

**Актуальность**

Время, в которое мы живем, характеризуется нестабильностью, изменчивостью, а также наличием больших потоков информации, требующих немедленной переработки. В связи с этим каждому студенту необходимо обладать определенным набором качеств, помогающих ему справиться со стрессом. Ведь ежедневно он попадает в различные стрессовые ситуации, подвергается воздействию разнообразных стрессоров: пробки на дорогах, ссора с близкими и родными, очереди в магазинах, экзамены, опоздания на учёбу, работу, и многое другое.

Психологические аспекты проблемы стресса изучены в психологии достаточно глубоко. Начало исследований в этой области было положено канадским физиологом Гансом Селье [1], который в своих исследованиях (1936) показал, что при воздействии разнообразных внешних раздражителей, стрессоров организм отвечает неспецифическими реакциями защиты: учащением пульса, повышением артериального давления, увеличением в крови содержания гормонов - кортикостероидов и др. Весь этот комплекс физиологических реакций, происходящих по определенным фазам, и был назван стрессом.

Щербатых Ю.В. выделяет у любого стресса три фазы [2]:

1) реакция тревоги, проявляющаяся в срочной мобилизации защитных сил и ресурсов организма;

2) фаза сопротивления, позволяющая организму успешно справляться с вызвавшими стресс воздействиями;

3) фаза истощения, если слишком затянувшаяся и чересчур интенсивная борьба приводит к снижению адаптационных возможностей организма.

Под «стрессоустойчивостью» понимается более сложное образование, интегративное свойство. Стрессоустойчивость определяется как совокупность лич-

ностных качеств, определяющих устойчивость к различным видам стресса. Это свойство позволяет человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки без особых вредных последствий для своего здоровья [3,4]. Факторы, определяющие стрессоустойчивость, могут быть как внешними, так и внутренними. К внешним факторам, определяющим индивидуальную стрессоустойчивость человека, относят условия жизни, образ жизни, особенности выполняемой деятельности и т.д. [5]. Внутренние факторы стрессоустойчивости – это предшествующий опыт, индивидуально-психологические качества (свойства нервной системы, темперамент), некоторые личностные характеристики человека [6].

**Цель исследования**

Определение наличия или отсутствия стресса и степени его выраженности у студентов медицинского ВУЗа (на примере Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова).

**Материалы и методы исследования**

В исследовании использовалась методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса-Раге. Доктора Холмс и Раге (США) изучали зависимость заболеваний (в том числе инфекционных болезней и травм) от различных стрессогенных жизненных событий у, более чем, пяти тысяч пациентов. Они пришли к выводу, что психическим и физическим болезням обычно предшествуют определенные серьезные изменения в жизни человека. На основании своего исследования они составили шкалу, в которой каждому важному жизненному событию соответствует определенное число баллов в зависимости от степени его стрессогенности.

Описание шкалы стрессогенности: шкала представляет собой набор из 43 утверждений, указывающих на различные жизненные события (таблица 1).

Таблица 1.

**Перечень жизненных событий, оказывающий влияние на стрессоустойчивость.**

Жизненные события	Баллы
1	2
Смерть супруги (супруга)	100
Развод	73
Разъезд супругов (без оформления развода), разрыв с партнером	65
Тюремное заключение	63
Смерть близкого члена семьи	63
Травма или болезнь	53
Женитьба, свадьба	50
Увольнение с работы	47
Примирение супругов	45
Уход на пенсию	45

Продолжение таблицы 1.

1	2
Изменение в состоянии здоровья членов семьи	44
Беременность партнерши	40
Сексуальные проблемы	39
Появление нового члена семьи, рождение ребенка	39
Реорганизация на работе	39
Изменение финансового положения	38
Смерть близкого друга	37
Изменение профориентации, смена места работы	3
Усиление конфликтности отношений с супругом	35
Ссуда или заем на крупную покупку (например, дома)	31
Окончание срока выплаты ссуды или займа, растущие долги	30
Изменение должности, повышение служебной ответственности	29
Сын или дочь покидают дом	29
Проблемы с родственниками мужа (жены)	29
Выдающееся личное достижение, успех	28
Супруг бросает работу (или приступает к работе)	26
Начало или окончание обучения в учебном заведении	26
Изменение условий жизни	25
Отказ от каких-то индивидуальных привычек, изменение стереотипов	24
Проблемы с начальством, конфликты	23
Изменение условий или часов работы	20
Перемена места жительства	20
Смена места обучения	20
Изменение привычек, связанных с проведением досуга или отпуска	19
Изменение привычек, связанных с вероисповеданием	19
Изменение социальной активности	18
Ссуда или заем для покупки менее крупных вещей (например, телевизора)	17
Изменение привычек, связанных со сном, нарушение сна	16
Изменение числа живущих вместе членов семьи, характера и частоты встречи с другими членами семьи	15
Изменение привычек, связанных с питанием (количество пищи, диета)	15
Отпуск	13
Рождество, встреча Нового Года, день рождения	12
Незначительное нарушение правопорядка (штраф)	11

**Процедура проведения исследования:** Испытуемому необходимо отметить те события, которые происходили с ним, если же эти события происходили более одного раза необходимо умножить соответствующее число баллов на число раз, соответствующих подобным событиям. Итоговая сумма определяет степень сопротивляемости к стрессу.

#### Оценка полученных результатов:

- если общая сумма баллов респондента составила 150-199, то степень сопротивляемости к стрессу оценивалась как высокая;
- если общая сумма баллов респондента составила 200-299, то степень сопротивляемости к стрессу оценивалась как пороговая;
- если общая сумма баллов респондента составила 300 и более, то степень сопротивляемости к стрессу оценивалась как низкая (ранимость).

**Выборка** составила 689 студентов 1,2,3 и 5 курсов медицинского университета. Средний возраст студентов равен 19,3 года (SD = 1,9 года). Размах возраста от 17 до 29 лет.

Для статистической обработки данных использована программа SPSS версии 20.

#### Результаты.

Основные результаты стрессоустойчивости студентов медиков представлены в таблице 2.

Анализ полученных данных показывает, что среди опрошенных студентов медицинского ВУЗа каждый третий (36,7%) имеют низкую сопротивляемость к стрессу. Это означает реальную опасность, т. е. студен-

ту грозит психосоматическое заболевание, поскольку он близок к фазе нервного истощения. Еще 26,1% студентов имеют пороговую устойчивость к стрессу, которая может перейти в стресс. Только 37,2% студентов имеют высокую устойчивость к стрессу.

Таблица 2.

#### Уровень стрессоустойчивости у студентов.

Уровень стрессоустойчивости	Частота	Процент
Высокая	256	37,2
Пороговая	180	26,1
Низкая	253	36,7
Итого	689	100,0

Таким образом, 63,3% обследованных студентов находятся в состоянии пороговой или низкой стрессоустойчивости. В дальнейшем необходимо проведение углубленного исследования факторов риска среди студентов (например, пол, социально-бытовые условия проживания, курса обучения и т.д.) для разработки мер профилактики стресса среди студентов медицинского ВУЗа.

**Вывод.** Нами определен высокий процент студентов медиков с низкой стрессоустойчивостью. В дальнейшем необходимо углубленное изучение факторов риска у данной категории студентов.

#### Литература:

1. Селье Г. На уровне целого организма / Г. Селье. - М., 2002. - 122с.
2. Щербатых Ю.В. Психология стресса - М.: Эксмо, 2008. - 304 с.

3. Шоповаленко И.В. Стрессоустойчивость / И.В. Шоповаленко. – М., 2005. - 255с.  
4. Selye, H. A. Syndrome Produced by Diverse Noxious Agents. Nature. vol. 138, July 4 (1936), - p. 32.

5. Мерлин, В.С. Очерки теории темперамента / В.С. Мерлин. – Изд. 2-е, Пермь, - 1973.-147с.  
6. Мильман, В.М. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности / В.М. Мильман – М., 1993.-12с.

#### Тұжырым

### МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТТИҢ СТУДЕНТТЕРІНІҢ КҮЙЗЕЛІС БІЛДІР - ДӘРЕЖЕСІ

А.М. Раушанова<sup>1</sup>, А.О. Мысаев<sup>2</sup>, Б.С. Турдалиева<sup>1</sup>, Б.М. Жантүріев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

<sup>2</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.

Жоғарғы оқу орнында қазіргі студенттердің оқу үдерісі кезінде бас биік зияткерлік және эмоциялы жүктерді алатындығына байланысты, бүгінгі таңда оқу қызметіне деген жағымсыз серпінділік жиі қаралады. Мынадай жағдайдың себептерінің бірі олардың күйзелістік деңгейінің төмендеуі болып табылады.

**Негізгі сөздер:** күйзеліс, студенттер медицина университеті, ВУЗа.

#### Summary

### THE DEGREE OF STRESS SEVERITY IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

A. Raushanova<sup>1</sup>, A. Myssayev<sup>2</sup>, B. Turdaliyeva<sup>1</sup>, B Zhanturiyev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty

<sup>2</sup> Semey State Medical University

Modern students experiencing high intellectual and emotional stress in the learning process at the university today is often observed negative dynamic relationship to educational activity. One of the reasons for this situation is to reduce their stress.

**Key words:** stress, medical students.

УДК 616.381-002.3-06

С.М. Калиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.  
Тағамтану және гигиеналық пәндер кафедрасының магистранты

## ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ ОҚЫТУШЫЛАРЫНЫҢ КӘСІБИ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ МӘНІ

#### Түіндеме

Медициналық жоғары оқу орны оқытушысы еңбегінің әлеуметтік маңыздылығы болып, студентті болашақ маман ретінде қалыптастыру ғана емес, сонымен қатар оны дені сау, салауатты өмір салтын саналы түрде бағыттап алатын тұлға ретінде тәрбиелеу болып табылады. Ал мұндай нәтижеге қол жеткізу - тек салауатты өмір салтының маңыздылығын сауатты қолдана білетін, өз денсаулығын мақсатты пайдаланатын педагогқа ғана тән.

**Негізгі сөздер:** медициналық ЖОО – ның оқытушыларының кәсіптік денсаулығы, әлеуметтік – гигиеналық баға, еңбек ету жағдайы, оқытушылардың денсаулығы, өмір сүру салты.

Педагогтың кәсібіне әлеуметтік маңыздылық тән, себебі оқытушыға баланың тек тәлім-тәрбиесі және дамуы ғана емес, соған қоса оған оның денсаулығы үшін де үлкен жауапкершілік жүктеледі.

Қоғам оқытушыдан тек оқушыларға білім беруді ғана күтпейді, сондай - ақ қызмет етуді, еңбекке баулу, эстетикалық және адами тәрбиені қамсыздандыруды және әр түрлі әлеуметтік мәселелерді дәлдеп үйретуді қалайды. Үлкен көлемді зерттеулердің нәтижесі бойынша, оқытушылардың соматиялық, психикалық денсаулықтары төмен көрсеткіштерімен сипатталады, осыған орай, оқытушылардың кәсіби денсаулығы мамандардың көңілін алаңдатуда. [1,2,3,4]

Қазіргі оқытушылардың тіршілігі еліміздің өмірлік фондында ағында түрде өтіп келуде, олар да біздің еліміздің басқа азаматтары сияқты бірдей мәселелерден күйзеледі. Кәсіби қызметтің қазіргі

жағдайында оқытушылардың денсаулықтарын сақтауға қиынға соқтырады. Ол мынадай деректермен дәлелденген: оқытушылардың 60% жұмыс барысында психологиялық жайсыздыққа ұшырайды, 85% түпкілікті күйзеліс күйінде болады. Тек оқытушылардың 10,4% функциялық шаманың калыпты мөлшерінде болса, ал 29% ағзаның төменгі және күрт төменгі бейімделудің мүмкіндіктерін сипаттайды. Соған қоса, оқытушылардың 33% жүйке жүйесінің ауруларына шалдыққан. Жас педагогтардың арасында аурулардың созылмалы түрі жиі кездесуде, ал жетекші орында жүрек - қан тамыр жүйесінің патологиясы болып табылады. [6,7]

Педагог, әр адам сияқты, өзінің өмірі мен денсаулығын сақтау үшін керекті талаптарды, яғни қауіпсіздік шараларын орындауы тиіс және өзінің оқушыларынан сол шараларды талап ету керек. Жаңа технологияның бары оқу орынын жаңа құрал -

жабдықтармен қамтамасыз етуге көмектеседі, басқа дәстүрлі физикалық аспаптар, химиялық тәжірибенің жүргізілуі, компьютерлер және жаңа технологиялар енгізілуі жаңаша түрдегі қауіпсіздік дәрежесінің сақтау нормаларын орындауды сұрайды. Компьютеризация оқу үдерісін толығымен дерлік қамтып алуда және оқытушы түрлі бағдарламаларды қолдана отырып өзінің еңбегін жеңілдетеді. Сырттай оқудың жаңа түрі ашылды: интернет арқылы дәрістер өткізу және т.б. Ал ол болса, қызметте жаңа қауіпсіз дағдыларды талап етеді. [5]

Педагогтың денсаулығы - көпқырлы және шетін мәселе. «Оқытушының кәсіби денсаулығы, ол – қазіргі жоғарғы мектептің тиімді жұмысының негізі және оның стратегиялық мәселесі», - деп Митина Л.М. кәсіби денсаулықтың елеулілігін ашып айтқан. Педагогтардың кәсіби денсаулығы мәселесінің елеулілік дәрежесі ұлттық деңгейде қарастырылуы тиіс, себебі өсіп келе жатқан жас өспірімдердің денсаулығы оқытушыларға тәуелді болып табылады.[2]

**Жұмыстың мақсаты**

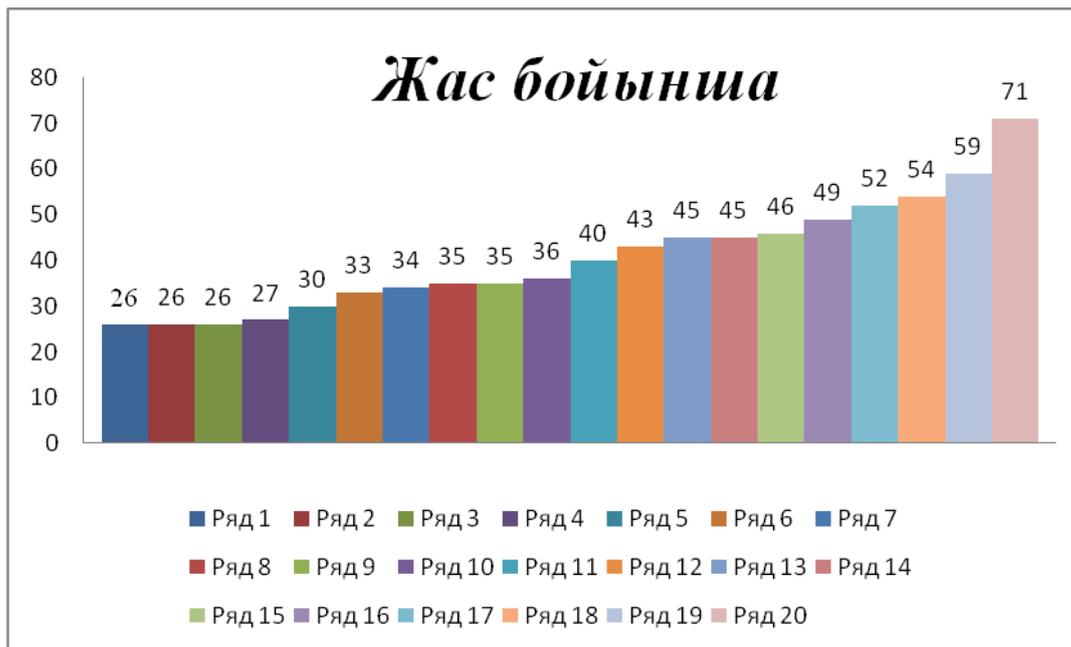
Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университетінің оқытушыларының денсаулық жағдайына сауалнамалық сұрау әдістерін қолдана отырып сараптама жасау, олардың денсаулықтарына әсер етуші факторларды анықтау, денсаулықтарын нығайту бойынша зерттеу жүргізу.

**Зерттеу материалдары мен әдістері:** Жұмыстың зерттеу материалы болып оқытушылар арасында сұрау жүргізу (сауалнама) барысында алынған әлеуметтік-зерттеу нұсқаулары табылды. Қолданылатын зерттеу әдістері статистикалық, әлеуметтік, аналитикалық, әлеуметтік-психологиялық және психометриялық, эпидемиологиялық, экономикалық талдау әдісі, графо-аналитикалық болып табылды.

Арнайы тағайындалып жасалған сауалнаманың көмегімен Семей Мемлекеттік медицина Университетінің 100 оқытушысы сұрастырылды. Сауалнама сұрақтары бірнеше блоктарға бөлініп жасалды. Проектілі сұрақтар моделі қолданылды, яғни респондент өзіне сай нұсқасын таңдай отырып жауабын берді. Соған қоса, сауалнамада классикалық модель, яғни ашық және жабық сұрақтар да орының тапты. Және де жетелеуші сұрақтар қолданылды. Сұрақтар мынадай блоктарға топтасты: әлеуметтік – гигиеналық, әлеуметтік – экономикалық, әлеуметтік – демографиялық және мінез – құлық бойынша. Сауалнама жүргізу барысында респонденттердің рұқсаты алынып, барлық этикалық қағидалар ұсталды.

**Нәтижелер мен талқылау:** Жас ерекшелігі және жыныстық сараптау бойынша, респонденттерің орташа жасы  $40,6 \pm 4,3$  жас болды (диаграмма 1).

Оқытушылардың 21,8%-ы ер азаматтар болса, 78,2%-ы әйел адамдар болды (диаграмма 2).



Диagramма 1. Жас бойынша.

Ауқаттылықтың жоғарғы деңгейі оқытушылардың жекеленген денсаулығын өлшеуші бірден – бір факторы болып табылады. Табыстың жоғарғы деңгейі денсаулық көрсеткіштерін жақсартатыны мәлім.

Оқытушылар ауқаттылық жағдайы бойынша 70%-ы «кедәуір ауқатты» болса, 30%-ы «мұқтаждық, яғни тапшылық» деңгейінде болып есептелді.

Өмір сүру салтына байланысты гигиеналық тұрғыдан қарастырылғанда оқытушылардың тек 12,2%-ы таңғы жаттығулар жасайды, ал 7,8%-ы үнемі спортпен шұғылданады. Ал қалған 80%-ы мүлдем спортпен шұғылданбайды. Әрдайым үш реттік тамақтанатындардың саны оқытушылардың 68%-ын құраса, төрт реттік және одан да көп тамақтанатындар саны 32%-ға жетті.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесіндегі зерттеулердің өзекті бағыты болып тәуекел факторларды зерттеу болып табылады. Олардың негізгілері шылым шегу, артық дене салмағы, гиподинамия, ішімдік ішу, дұрыс тамақтанбау және т.б. Зерттеу жұмысының жағымды жақтарының бірі – оқытушылар контингентінің шылым шекпейтіндердің саны (90,6%-ы) басым болғаны болып табылды. Ал алкогольді ішімдіктерді «өте сирек тек ерекше жағдайларда» қолданатындар саны – 72,4% болса, «ішімдік ішпейтіндер» саны – 27,6% – ды құрады. Бұл негізінен жақсы көрсеткіш деп есептеймін.

Орташа еңбек өтілісі  $16,5 \pm 4,5$  жылға тең болды. Отбасы жағдайына келетін болсақ, респонденттерің 84,9%-ы «жанұя құрған», ал 15,1%-ы «некеге тұрмаған» болып анықталды (диаграмма 3).

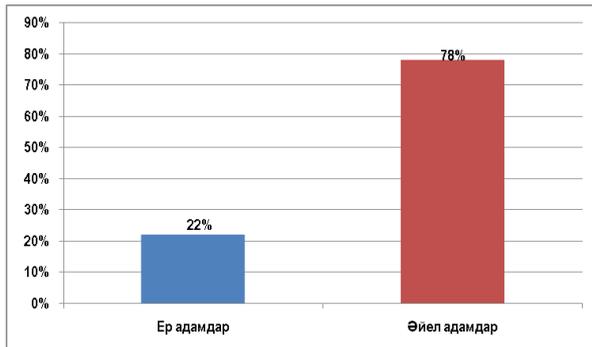


Диаграмма 2. Жыныс бойынша.

Қорытындылай келетін болсақ, оқытушылар денсаулытарын нығайту мен сақтау жайлы толық ақпаратқа ие болсадағы, өздерінің тәжірибелерінде сирек қолданатындары мәлім болды. Бұл олардың спортпен және таңғы жаттығуларды орындауларына байланысты көре аламыз. Бұл мәселені орындау үшін оқытушылар кәсіби денсаулықтарына ең маңызды, әрі бағалы зат ретінде қарауы тиіс. Соған қоса, әр оқытушы денсаулығын сақтауға белсенділік таныту керек. Педагогтың күйзеліске төзімділігі, оның өзін - өзі бағалауы, үрейін азайтуға, өзін-өзін қабылдау деңгейін, өзіне деген басқыншылығын және құрылымсыздығын төмендету үшін шаралар жасау - ең негізгі бағыт болып саналады.

**Әдебиеттер:**

1. Ивахненко Г.А. Здоровье, как предмет социологического исследования. Социологические исследования, - 2006. - № 5. - С. 78-81.



Диаграмма 3. Отбасы жағдайына байланысты.

2. Митина Л.М., Митин Г.В., Анисимова О.А. Профессиональная деятельность и здоровье педагога. - М., 2005. - 363 с.

3. Виноградова Н.И. Факторы становления профессионального здоровья педагога высшей школы. Чита: ОАО «Читинская типография», - 2011. - 360 с.

4. Лободин В.Т., Лавренова Г.В., Лободина С.В. Как сохранить здоровье педагога: Метод. пособие. - М.: ЛИНКА - ПРЕСС, - 2005. - 136 с.

5. Щедрина А.Г. Здоровый образ жизни: методологические, социальные, биологические, медицинские, психологические, педагогические, экологические аспекты. - Новосибирск, «Альфа-Виста». - 2007. - 144 с.

6. Мальярчук Н.Н. Культура здоровья педагога (личностный и профессиональный аспекты). Автореф. дис. ...докт. пед. наук. Тюмень, - 2009. - 50с.

7. Печеркина А.А. К вопросу изучения профессионального здоровья педагога // Современные наукоемкие технологии. - 2009. - № 6. - С. 40-42.

**Резюме**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ИХ ЗНАЧИМОСТЬ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

**С.М. Калиева**

**Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра питания и гигиенических дисциплин**

Социальная значимость труда преподавателя медицинского ВУЗа определяется необходимостью решать задачу формирования студента не только как будущего специалиста, но и как здорового человека, здоровой личности, ориентированной на соблюдение здорового образа жизни. А это возможно, только если педагог на собственном опыте познал ценность здорового образа жизни, целенаправленной работы над своим здоровьем. Профессию преподавателя относят к разряду стрессогенных, к профессии повышенного риска по частоте возникновения невротических и психосоматических расстройств. Из-за специфики своей работы педагоги более подвержены возрастающим факторам социальной напряженности общества.

**Ключевые слова:** профессиональное здоровье педагога медицинского ВУЗа, социально-гигиеническая оценка, условия труда, здоровье преподавателей, образ жизни.

**Summary**

**OCCUPATIONAL HEALTH MEDICAL UNIVERSITY TEACHERS AND THEIR IMPORTANCE IN THE EDUCATION SYSTEM**

**S.M. Kaliyeva**

**Semey State Medical University,**

**The chair of nutrition and hygienic disciplines**

The social importance of the teacher's work of medical institutions of higher education is guided by the need to meet the challenge of the future, not only as a student, but as a healthy person, a healthy individual, based on adherence to a healthy lifestyle. And this is possible only if the teacher knows first-hand the value of a healthy lifestyle, focused work on their health. Profession relate to the category of stress-induced, to the profession of high risk in terms of frequency of occurrence of neurotic and psychosomatic disorders. Due to the nature of its work, teachers are more prone to the growing factors of social tension in society.

**Key words:** professional health educator medical university, socio-hygienic evaluation, working conditions, health teachers, a way of life.

УДК 616 89

М.В. Прилуцкая

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании, г. Павлодар,  
Магистрант Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ СОЧЕТАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ЛУДОМАНИИ

### Аннотация

В статье описан клинический случай сочетания алкоголизма и игровой зависимости. Приведены данные о совместном влиянии двух нозологий. Подчеркнуты особенности формирования, течения алкоголизма на фоне лудомании. Указано на необходимость построения диагностических и лечебных мероприятий с учетом наличия такого контингента пациентов.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, игровая зависимость (лудомания), коморбидность.

На сегодняшний день болезни зависимости все чаще представляют собой сложные нозологические комплексы, которые складываются не только из химических, но и поведенческих (социальных) аддикций. [1] В частности, сочетание наркомании и алкоголизма с расстройствами привычек и влечений (сексуальные перверзии, гемблинг, трудовголизм, расстройства пищевого поведения) представляет собой один из паттернов патоморфоза классических наркологических диагнозов. [2, 6]

В течение последних 5 лет в клинической практике специалистам приходится сталкиваться с необходимостью диагностики и терапии расстройств, выходящих за пределы рубрик «F10-19», соответствующих психическим и поведенческим расстройствам в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ) согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). В таких случаях полноценное методологическое сопровождение не может быть обеспечено только знанием законов «большой» психиатрии. Наркологу приходится иметь дело с так называемым аддиктологическим диагнозом, который включает в себя квинтэссенцию патогенетических закономерностей «малой» психиатрии, девиантологии, персонологии, социальной и клинической психологии. При таком подходе пациент должен рассматриваться в единую континууме зависимой личности (В.Д. Менделевич, 2003), демонстрирующей совершенно определенные (патогномичные) черты, порой далекие от «сочных» классических портретов нарко- и алкозависимых. [4]

Вышеуказанные доводы актуализируют необходимость накопления в отечественной наркологии эмпирических данных о сложных диагнозах, сочетающих в себе поведенческие и химические аддикции. Выразительные и иллюстративные примеры позволят привлечь внимание к аддиктологии как со стороны практикующих специалистов, так и со стороны ученых, разрабатывающих теоретические концепции в данном направлении. [3, 5]

**Целью** настоящего сообщения является изложение клинического материала, описывающего случай сочетания игровой и алкогольной зависимости. При этом коморбидность двух аддиктологических диагнозов достаточно показательно для демонстрации сложных межсиндромальных связей и их потенцирующего влияния на формирование портрета нового потребителя ПАВ со испытывающего влечение к азартным играм.

**Описание случая**

**Пациент С.**, 28 лет, поступил в клинику Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар (РНПЦ МСПН) с жалобами на влечение к алкоголю, острую потребность в игре, сопровождающиеся перепадами настроения.

**Данные единого анамнеза:** родился в срок, доношенным, старшим ребенком из двух детей, в полной интеллигентной семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Воспитание со стороны матери и бабушки строилось по типу потворствующей гиперопеки, со стороны отца - по типу «ежовых рукавиц». С детства был капризным, шумным ребенком. Со слов всегда был «душой компании», отличаясь предприимчивостью и озорством. Так, уже с 7 лет имел собственные карманные деньги, которые пытался увеличить от продажи газет и жевательной резинки.

В начальной школе учился отлично. Увлекался боксом с 9 лет. После пятого класса поступил в спортивный интернат, где проживал и учился постоянно до 11 класса. В подростковом возрасте доверительные отношения складываются больше с кругом ровесников из интерната. Признается, что в ближайшем окружении исключены были пробы ПАВ, но крайне приветствовалась «криминальная романтика». В 17 лет пациент начал привлекаться в силовые акции одной преступных группировок. Будучи мастером спорта по боксу, нередко участвовал в рэжете и рейдерских акциях. Вспоминает, что испытывал чувства подъема, азарта и «дыхание адреналина». В 18 лет, став свидетелем убийства друга, порывает с криминальным бизнесом. Параллельно с получением юридического образования начинает выстраивать коммерческую карьеру. В течение года ему удается открыть собственное дело. В 20 лет впервые попробовал алкоголь (коньяк), ссылаясь на необходимость налаживания профессиональных контактов. Реакция на употребление была маловыразительной – легкая расслабленность.

Постепенно успешный бизнес стал приносить большие денежные средства. Однажды по совету друга он посетил казино и сделал первые ставки. Описывает данное состояние как «яркое и незабываемое». Испытал забытый драйв и азарт. В последующем в течение года посещение казино систематизировалось в среднем до 2-3 раз в неделю. Сообщает, что «чаще выигрывал умеренные суммы», но играл уже больше для удовольствия. В тот период испытывал эмоциональный подъем и в других сторонах жизни: в карьере, личной жизни. Было ощущение, что «фарт идет во

всем». Регулярно в виду доступности стал употреблять алкоголь, однако его действия на себе не замечал. В последующие 2 года стал испытывать постоянное желание увеличивать сумму ставок. Стал привлекать капиталы из бизнеса. Увеличилось время проводимое в казино (задерживался там на 5-6 часов до 5 раз в неделю). При этом старался тщательно скрывать свой азарт от жены и родителей. После ограничения игорного бизнеса в 2007 году неоднократно выезжал из города в буферную зону, где проигрывал около 10-20 тысяч долларов за одно посещение. В этот период жил только одним стремлением «отыграться» и «получить магический куш». На этом фоне употребление алкоголя приобрело запойную форму – продолжительностью до 5-6 дней. Толерантность сразу была высокой – 0,5-0,75 л крепких напитков в сутки. При этом испытывал однообразно угрюмое настроение с периодическими суицидальными мыслями. От родных скрывал зависимость от азартных игр, признаваясь лишь в проблемах с алкоголем. После сеансов суггестивной терапии в 2009 на время прекратил прием алкоголя, намеренно ограничил поездки за город. Так, однажды, будучи в намеренной изоляции дома, заметил, что постоянно сконцентрирован на игре. Испытывал сны игрового содержания. Трансляции спортивных матчей вызывали в нем череду образов прошлой игры и приводили в ярость. На фоне такого намеренного воздержания появилось осознание болезненного отношения к игре. В 2010 году появился интерес к букмекерским конторам, начал с небольших ставок, наращивая их до 200 тысяч тенге. При посещении контор обязательно употреблял алкоголь, стараясь сгладить возбуждение от игры. По поводу алкоголизации проходил стационарное лечение в профильной клинике 3 раза. Специализированную помощь по поводу проблем с игрой не получал.

Прибыл в клинику РНПЦ МСПН по настоянию отца. Последнее употребление алкоголя за неделю до госпитализации. Последний сеанс игры за 10 дней до настоящего обращения.

#### **Объективный соматический статус:**

Состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, умеренного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски, влажные. Зрачки 2-3 мм, реакция на свет прямая, содружественная, живая. Сердечные тоны ясные, ритмичные, АД 120/80 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевыделение свободное. Выраженных признаков органической патологии со стороны нервной системы не обнаружено.

**Психический статус:** Сознание ясное. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Внешний вид довольно опрятный. Походка уверенная. Мимика адекватная, выражение лица несколько настороженное. В беседе старается показать себя с лучшей стороны, на вопросы отвечает по существу. Эмоционально невыразителен, настроение с оттенком сниженного. Мышление последовательное, в обычном темпе. Интеллектуальный уровень без грубого нарушения. Мнестические функции не нарушены. Суицидальных мыслей не высказывает. Суждения о зависимости незрелые. Проговаривает, что «в клинике находится для получения дополнительной информации по своей проблеме». Бросает, что «давно принял реше-

нием прекратить игру и употребление алкоголя». При этом обнаруживает признаки волнения, эмоциональных перепадов при обсуждении азартного поведения. Критика к своему состоянию и заболеванию на формальном уровне. Установка на лечение носит вынужденный характер.

**Общеклинические лабораторные показатели** в пределах нормы.

**Нейрофизиологические исследования:** **Электроэнцефалография** - умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга по резидуально-органическому типу с дисфункцией дизэнцефальных структур. **Реоэнцефалография** - сосудистая дистония. **ЭХО-энцефалография** - Легкая внутрочерепная гипертензия.

#### **Патопсихологическое исследование:**

**Первичное** - высокая удовлетворенность качеством жизни. В опроснике психологического здоровья: ярко выраженный риск по следующим факторам: базовые приобретения – уверенность, автономность; доступ к внутренним ресурсам – интеллектуальные ресурсы, копинг-стратегии, доминирование синергетической стратегии поведения, навыки самоорганизации и структурирования времени; социальные факторы – социальная адаптация.

**Повторное** - высокая удовлетворенность качеством жизни. Средний уровень психологического здоровья, яркий риск отмечается в уверенности, положительная динамика отмечается.

#### **Динамика заболевания:**

Пациент поступил в состоянии воздержания от употребления ПАВ. В клинической картине на первом плане регистрировался синдром патологического влечения к алкоголю и азартной игре с актуализированным когнитивным и эмоциональным компонентом. Был выставлен клинический диагноз:

**Основной:** Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление. (F10.21)

#### **Сопутствующий:** Игровая зависимость. (F63.0)

В отделении в течение 2 недель оставался отгороженным, групповые психотерапевтические сессии посещал неохотно. Отказывался от участия в обсуждении предложенных тем, ссылаясь на «особенную» зависимость. С другими пациентами был избирателен в общении. Обнаруживал крайнюю зависимость от мнений, оценок и поощрений отца. На фоне медикаментозной коррекции состояния нормотимиком, антидепрессантом мысли аддиктогенного характера прекратились. Пациент стал более спонтанным. Стал участвовать в общественной жизни отделения. Стал демонстрировать лидерские черты. В групповой работе охотно вовлекался в тренинговые техники. С членами психотерапевтической группы выстраивал коммуникации из статуса «Контролирующий родитель». Уклонялся от работы над личностными дефицитами. Категорически отказывался от прохождения социальной реабилитации. На 46 и 64 дни госпитализации регистрировались флешбэки в виде аутохтонной актуализации влечения к игре (сны азартной тематики, эмоциональные перепады, моторная расторможенность, гневливость). Критика к заболеванию восстанавливалась крайне медленно. При выписке на 74 сутки удалось добиться от пациента решения об исключении игры и ПАВ из жизненных горизонтов. Кли-

нически состояние при выписке соответствовало периоду консолидации терапевтической ремиссии (стеннический вариант).

#### Обсуждение

В данном клиническом случае демонстрируется формирование алкогольной аддикции у зависимой личности под влиянием лудомании. Среди аддиктивного континуума оба диагноза находят подтверждение в анамнестических, объективных данных. Несмотря на формальное звучание алкоголизма в качестве основного диагноза, игровая зависимость является первичной и влияет на патопластику химической зависимости (ускоренное формирование алкоголизма, ранний рост толерантности, изначальное изменение формы потребления ПАВ и картины опьянения). Совместное течение двух зависимостей отличается от изолированных вариантов более медленным формированием ремиссии и более стойкой персистенцией влечения к алкоголю и игре. Медленное восстановление критики на фоне реабилитационной полимодальной программы также объясняется множественными личностными дефицитами, подтвержденными экспериментально-психологическим путем. Качественно отличается от изолированных алкогольных ремиссий стенический вариант в данном клиническом случае, что также обусловлено сложностью и многокомпонентностью описанной нозологической картины.

Таким образом, приведенные клинические данные свидетельствуют в пользу необходимости детального изучения сложных наркологических диагнозов, в том числе в части сочетания химических зависимостей и поведенческих аддикций. Практикующие врачи в свою

очередь должны владеть методиками диагностики таких состояний и уметь предложить пациентам эффективные способы коррекции и лечения в рамках существующей системы наркологической помощи.

#### Литература:

1. Зиновьев С.В. Психические расстройства, ассоциированные с употреблением психоактивных веществ – «коморбидность» или «наднозологическая форма». Проблемы девиантного поведения молодежи в современном обществе. - СПб, 2001. – 46с.
2. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития //Обзорение психиатрии и мед.психологии. - 1991.- №1.- С.8-15.
3. Малыгин В.Л. Клиника и динамика психических расстройств у лиц с патологической зависимостью от игры// Наркология: ежемесячный научно-практический рецензируемый журнал. - 2006. - N9. - С.59-63.
4. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения – М. «МЕДпресс-информ», 2003. – С. 175-194.
5. Папырин В.Д. К вопросу зависимости от азартных игр «Современные достижения наркологии» // Материалы конференции.- М., 2005.- С.87-88.
6. Постнов В.В. Гемблинг как заместительная форма аддикции у больных алкоголизмом в стадии ремиссии // Материалы международной конференции «Игровая зависимость: мифы и реальность»- М., 2006.- С. 110-115.

#### Тұжырым

### АЛКОГОЛЬДІК ТӘУЕЛДІЛІК ПЕН ЛУДОҚОРЛЫҚ ТІРКЕСІМІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН СИПАТТАУ

М.В. Прилуцкая

#### Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы, Павлодар қ.

Мақалада алкогольдік және ойын тәуелділіктің клиникалық жағдайы сипатталған. Екі нозологияның бірлескен ықпалы туралы деректер келтірілген. Лудоқорлық фонында алкоголизм барысының қалыптасу ерекшеліктері атап көрсетілген. Осындай пациенттер контингент барын есепке ала диагностикалық және емдеу шараларын құру қажеттілігіне нұсқау берілген.

**Негізгі сөздер:** алкогольдік тәуелділік, ойын тәуелділігі (лудоқорлық), коморбидтік.

#### Summary

### THE CLINICAL CASE DESCRIPTION OF COMBINATION OF ALCOHOL DISEASE AND PATHOLOGICAL GAMBLING

M.V. Prilutskaya

#### Republican scientific and practical center for medical and social problems of drug addiction, Pavlodar c.

In the article the clinical case of combination of alcohol disease and pathological gambling is described. There are presented the data about two diseases' interference. There are underlined features of formation, flow of alcoholism on the gambling background. The need to create diagnostic and therapeutic interventions is based on the availability of this cohort of patients.

**Key words:** alcohol addiction, gambling, comorbidity.

УДК 616.133.321-616-036.8

Г.Т. Букаева

Медицинский центр корпорации «Казахмыс», г. Жезказган

## СЛУЧАЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ИСХОДА ОККЛЮЗИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ

## Аннотация

Нарушение кровообращения органа зрения возникает при многих системных заболеваниях и часто приводит к слепоте. В статье приводится случай с окклюзией центральной артерии сетчатки, которая развилась на фоне ИБС. Помимо коронаролитической терапии проводилось лечение окклюзии центральной артерии сетчатки: сосудорасширяющая, спазмолитическая, антикоагулянтная, противовоспалительная, антиоксидантная терапия. Сделан акцент на системном подходе лечения органа зрения. Достигнут относительно благоприятный результат (по сравнению со статистикой из литературы).

**Ключевые слова:** окклюзия центральной артерии сетчатки, клинический случай.

В ряду причин снижения зрения, слепоты и связанной с ними инвалидности стоит нарушение кровообращения органа зрения. В первую очередь это связано с такими системными заболеваниями, как атеросклероз, сахарный диабет, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца. В данной статье приводится один случай с эмболией центральной артерии сетчатки (ЦАС). В доступных источниках имеется следующая статистика по этому заболеванию. Окклюзия центральной артерии сетчатки возникает, как правило, с одной стороны, в возрасте преимущественно в 40-70 лет. Мужчины страдают в 2 раза чаще, чем женщины. Системные заболевания, осложняющиеся эмболией ЦАС, встречаются в следующих пропорциях: гипертоническая болезнь - 25%, височный артериит - 3%, ревматические пороки сердца — 7%, атеросклеротические изменения сердечно-сосудистой системы — 35%. Примерно в 25% случаев причина эмболии ЦАС остаётся неизвестной.

Окклюзия ЦАС часто приводит к значительному снижению зрения: примерно в 10% развивается полная слепота, а у половины заболевших зрение делает возможным только счёт пальцев у лица. В 20% случаев острота зрения остаётся на отметке 0,1-0,2, и то — это при вовремя начатом лечении (в течение первых 30 минут).

*Клинический пример:* В кардиологическом отделении наблюдалась пациентка с ишемической болезнью сердца, крупноочаговым инфарктом миокарда по нижней стенке, артериальной гипертензией III ст. с преобладающим поражением сердца, риск 4, недостаточность кровообращения I.

На момент первичного осмотра окулиста больная жаловалась на отсутствие зрения OD. Пациентка после ночного сна обнаружила, что зрение на правом глазу ухудшилось, а спустя некоторое время глаз полностью перестал видеть. Расстройство зрения сопровождалось ангинозными болями, нестабильностью АД. О нарушении зрения пациентка пожаловалась лишь через 10 часов после первых симптомов. Vis OD= светоощущение неправильной проекции. Внутриглазное давление в норме.

*Объективно:* OD передний отрезок глаза без особенностей, оптические среды прозрачные. Зрачок широкий, реакция на свет отсутствует. Рефлекс розовый. Глазное дно осмотрено при медикаментозном мидриаза. При осмотре глазного дна OD выявлены признаки непроходимости ЦАС: диск зрительного нерва монотонный, бледноват. Границы прослеживаются. Диф-

фузное помутнение молочно-белого цвета, артерии сужены, склерозированы, вены слегка сужены, в области центральной ямки ярко-красная гиперемия — симптом «вишневой косточки».

*Выставлен диагноз:* «OD – окклюзия центральной артерии сетчатки».

Помимо основного лечения, связанного с острым сердечным заболеванием, со стороны офтальмолога дополнительно было назначено лечение: атропин ретробульбарно в качестве местного сосудорасширяющего средства, также сосудорасширяющую терапию получала системно в виде введения мексидола, проводилась антикоагулянтная терапия: дексаметазон с гепарином парабульбарно (местно) и варфарин (системно под контролем МНО). Со спазмолитической целью осуществлялась подача углекислого газа с увлажнённым кислородом по 10 минут каждые 2 часа под контролем Et CO<sub>2</sub>, Sat O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub> крови, а также системно получала папаверина гидрохлорид, трентал, но-шпу. Для улучшения микроциркуляции получала актовегин, милдронат. Со следующего дня пациентка стала ощущать улучшение зрения. Объективно она могла сосчитать пальцы у лица.

В динамике на 3 сутки острота зрения повысилась до 0,1. На момент выписки (2 недели спустя) острота зрения составила 0,2.

Общее состояние удовлетворительное. На глазном дне: ДЗН бледный, границы сливаются с окружающей сетчаткой, сетчатка бледноватая на всём протяжении, в области центральной ямки сохраняется симптом «вишневой косточки». В макулярной области появилась крапчатость. Сосуды несколько сужены. Далее пациентка наблюдалась амбулаторно. Больше зрение не улучшалось. Однако, учитывая позднее начало лечения (через 10 часов с момента возникновения жалоб) это хороший результат, ведь, как указано выше, такой результат по статистике достигается лишь в 20% вовремя начатого лечения. Также хочется отметить системный подход к лечению этой сосудистой патологии органа зрения.

**Литература:**

- Архипова М.Н., Ванин А.Ф. Патогенетические принципы терапии ишемии сетчатки при некоторой сосудистой патологии глазного дна на основе изучения роли оксида азота /Вестник офтальмологии. – 2001г.- №1.- С.51-53.
- Канцельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. «Сосудистая патология глаз». – 1990г.- С.176-180.

**Тұжырым**  
**КӨЗДІҢ ТОРЛЫ ҚАБАТЫНЫҢ ОРТАЛЫҚ АРТЕРИЯНЫҢ**  
**ОККЛЮЗИЯСЫНЫҢ ЕМДЕУДІН ЖАҒЫМДЫ НӘТИЖЕЛЕРІ**  
**Г.Т. Букаева**

**«Қазахмыс» корпорациясының медициналық орталығы, Жезқазған қ**

*Көздің қан айналымының бұзылыстары әртүрлі жүйелік ауруларда кездеседі және өте жиі зақымдылыққа әкеледі. Осы мақалада жүректің ишемиялық аурының салдарынан болған көздің торлы қабағының орталық артерияның окклюзиясы туралы жазылған. Жүрек ишемиясын емдеуден басқа, қосымша көздің торлы қабатының патологиясына қажетті емдема (тамыр кенейтетін, қан сұйытатын, қабынуға қарсы дәрілер) жүргізілді. Осындай емдема арқылы әдеби мәліметтермен салыстырғанда жағымды нәтижелер байқалды.*

**Ключевые слова:** көздің торлы қабатының орталық артерияның окклюзиясы, клиникалық оқиға.

**Summary**  
**POSITIVE RESULT CASE OF CENTRAL RETINAL ARTERY OCCLUSION**  
**G.T. Bukayeva**

**Corporation Medical Center «Kazakhmys», Dzheskazgan**

*Disturbed circulation of visual organ is originates in the time of more general diseases and often lead to blindness. There is reducing a case with central retinal artery occlusion which progressed at a time of IBS. Besides of coronal the rapy was administered therapy of central retinal artery occlusion: vasodilator, antispasmodic, anticoagulant, anti-inflammatory, antioxidant therapy. Made an emphasis on approach of system treatment of visual organ. Achieved comparative egyptitious result (in comparison with statistic of literature)*

**Keywords:** central retinal artery occlusion, medical case.

УДК 616.329-002-02-092-08

**Е.Ш. Нурашев**

**Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей**

## МЕТАПЛАЗИЯ БАРРЕТА

### Аннотация

*Пищевод Баррета (ПБ) является одним из серьезнейших заболеваний. Характерных симптомов при пищеводе Баррета не существует. Поэтому, такую патологию следует обязательно исключать при большом стаже заболевания рефлюкс-эзофагитом (более 5 лет) и незначительных результатах консервативного лечения рефлюкса. Проведено исследование эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) у 63 больных при подозрении на пищевод Баррета. После гистологического исследования был выставлен диагноз пищевод Баррета. В связи с этим метаплазия Баррета является облигатным предраком.*

**Ключевые слова:** Пищевод Баррета, кишечная метаплазия, желудочная метаплазия, воспаление, эрозия.

**Актуальность темы.** Пищевод Баррета (ПБ) - заболевание нижней трети пищевода, развивающееся при длительном течении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и характеризующееся метаплазией многослойного плоского неороговевающего эпителия в цилиндрический кишечного типа. ПБ в ряде случаев осложняется развитием дисплазии и аденокарциномы (АК).

Актуальность проблемы связана с ростом заболеваемости ГЭРБ, ПБ и АК пищевода.

Большую роль в развитии этой патологии играют воздействие кислоты и желчи, наличие хеликобактерной инфекции. Все это способствует возникновению эрозивно-язвенных дефектов слизистой пищевода с присоединением воспаления. По топографии ПБ может развиваться на разных участках с наиболее частой локализацией в кардиальной части (2). Трудность диагностики данной патологии при обследовании связана с тем, что метаплазия носит очаговый характер и может не визуализироваться при эзофагогастроскопии. Поэтому в последние годы проводится гастроскопия с много-

уровневой биопсией, так, как клиника чаще характеризуется бессимптомным течением (4).

В настоящее время в США, России, в ряде стран Азии отмечается значительный подъем аденокарциномы пищевода (5). По данным ВОЗ ПБ выявляется при эндоскопическом исследовании примерно у 10-20% людей с симптомами ГЭРБ. По данным РОНЦ им. Н.Н.Блохина, риск развития АК на фоне ПБ в 30-125 раз выше, чем среди всего населения [Давыдов М.И. и соавт., 2003]. Прогнозируется, что у 7-15% больных с пищеводом Баррета при первичном эндоскопическом обследовании будет диагностирована аденокарцинома, при этом у мужчин в семь раз чаще, чем у женщин. Возраст больных 65 лет (1).

Метаплазия Баррета сопровождается перерождением клеток, происходящим в слизистой по аналогии с так называемой кишечной метаплазией. В данном случае обычные клетки из слизистой пищевода замещаются относящимися к слизистой кишечника клетками. Метаплазия кишечная затем может перерасти в дисплазию (отметим, что метаплазия и дисплазия являются после-

довательными процессами по перерождению клеток, соответственно, степень тяжести течения заболевания происходит по указанной нарастающей). После этого дисплазия может достичь степени развития, вызывающей опухоль злокачественного типа.

Именно по этой причине пищевод Баррета и представляет собой предраковое состояние.

Помимо самой рефлюксной болезни, в качестве независимого фактора риска для развития такого диагноза как рак пищевода, выступает ожирение. По этой причине наличие двух указанных факторов риск возникновения рака в значительной степени возрастает.

В соответствии с конкретным участком развития в пищеводе пищевода Барретта (вполне возможно, что впоследствии и рака), заболевание подразделяется на три его типа:

- Формирование метаплазии в пищеводе на участке длинного сегмента;
- Формирование метаплазии на участке короткого сегмента (на расстоянии до 3см от области перехода в желудок пищевода);
- Формирование метаплазии на кардиальном участке желудка (то есть в той его части, которая располагается за переходом в желудок пищевода).

Стадийные изменения этапов канцерогенеза на фоне пищевода Баррета включают в себя следующие процессы:

- 1) хроническое воспаление с развитием ГЭРБ;
- 2) репарация эпителия пищевода в очагах повреждения;
- 3) дисрегенерация эпителия с развитием желудочной метаплазии;
- 4) дисрегенерация эпителия с развитием кишечной метаплазии;
- 5) интраэпителиальная неоплазия в карциноме на фоне ПБ в очаге толстокишечной метаплазии;
- 6) аденокарцинома на фоне ПБ (3).

**Целью** нашей работы было выявить морфологические изменения пищевода у больных при подозрении на пищевод Баррета.

**Материалы и методы, результаты исследования:** проведено исследование эзофагогастро-дуоденоскопия (ЭФГДС) у 63 больных при подозрении на пищевод Баррета.

Всем больным также были проведены исследования: общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови (на содержание общего белка крови и его фракций, билирубина, железа (в случае развития анемии), глюкозы и аминотрансфераз), а также анализ кала на скрытую кровь.

Был проанализирован эндоскопический материал Медицинского Центра Государственного медицинского университета города Семей за последний год. Забор материала производился из подозрительных участков кардиального отдела пищевода. Предварительно измененные участки пищевода окрашивали метиленовым синим. Материал фиксировали в нейтральном формалине, проводили по спиртам восходящей концентрации, окрашивали гематоксилином и эозином. При микроскопическом исследовании определялись пласты плоского эпителия вместе с участками слизистой выстланной железистым эпителием. Последний был кубической или цилиндрической формы, ядра располагались на одном уровне. В слизистой пищевода выявлялось выраженное воспаление: диффузная или очаговая инфильтрация лейкоцитами, лимфоцитами и единичными моноцитами. У отдельных больных наряду с вышеперечисленными изменениями встречались очаги некроза и эрозии.

После гистологического исследования был выставлен диагноз пищевод Баррета с рекомендациями наблюдения за больными с контрольной проверкой через три месяца.

#### **Выводы:**

Таким образом, проведенное исследование позволило сделать следующее заключение. При гистологическом исследовании эндоскопического материала при подозрении на пищевод Баррета морфологические изменения характеризовались развитием желудочной метаплазии, воспалением, деструктивным процессом с формированием эрозий.

#### **Литература:**

1. Давыдов М.И. Пищевод Баррета от теоретических основ к практическим рекомендациям. // Практическая онкология. – 2003. – Т.4, №2. – С.109-119.
2. Кононов А.В. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Взгляд морфолога на проблему // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – №1. – С. 71-77.
3. Демура Т. А. Пищевод Баррета, как предраковое состояние, особенности экспрессии опухолевых маркеров. – М.: 2008. – 102 с.
4. Химина И.Н. Морфологический портрет слизистой оболочки пищевода Баррета на фоне терапии ингибиторов протонной помпы // Гастроэнтерология. – 2008. – №2.
5. Ахметов Т.Р. Современная эндоскопическая и морфологическая характеристика пищевода Баррета и рака пищевода // Ремедиум. Приволжье. – 2009. – №1. – С. 1-2.

### **Тұжырым БАРРЕТ МЕТАПЛАЗИЯСЫ Е.Ш. Нурашев**

#### **Медициналық орталығы, Семей мемлекеттік медициналық университеті**

*Мақалада Баррет метаплазиясы кезіндегі облигатты ісік алды үрдісінде аденокарциноманың дамуындағы өңештегі морфологиялық өзгерістері сипатталған.*

**Негізгі сөздер:** Баррет өңеші, ішек тімметаплазия, асқазандық метаплазия, қабыну, эрозиялар.

### **Summary METAPLASIA OF BARRET E. Nurashv**

#### **Medical Center, State Medical University of Semey**

*In the article morphological changes are shown in a gullet at the metaplasia of Barreta as obligatis in development of adenocarcinoma of gullet.*

**Key words:** gullet of Barreta, intestinal metaplasia, gastric metaplasia, inflammation, erosions.

УДК 618.14-006.36-071-08

Б.Т. Баусадькова

КГКП «Консультативно-диагностическая поликлиника №3», г. Семей

**МИОМА МАТКИ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ****Аннотация**

В данной статье раскрываются вопросы диагностики, лечения миомы матки – гормонально-зависимой опухоли, встречающейся у каждой 4-5 женщины репродуктивного возраста и составляющей 90% всех опухолевых гинекологических заболеваний. Автором описаны часто встречающееся расположение миомы, типичные симптомы, эхографические признаки на ультразвуковом исследовании, показания к консервативному и оперативному лечению.

**Ключевые слова:** миома, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

**Миома матки** – (также фибромиома, лейомиома) – это доброкачественная опухоль, возникающая в мышечном слое матки – миометрии.

Миома матки считается гормонально-зависимой опухолью. Это самая распространенная опухоль у женщин. В возрасте старше 35 лет миома матки выявляется у каждой 4-5 женщины. В возрасте 36-55 лет миома матки составляет 90% всех опухолевых гинекологических заболеваний.

Миома представляет собой клубок хаотично переплетающихся между собой гладко-мышечных волокон и обнаруживается в виде узла округлой формы. Узлы миомы могут достигать больших размеров и веса в несколько килограммов. Большинство узлов имеют диаметр от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

**По расположению узлов в матке выделяют:**

- подслизистую (субмукозную);
- межмышечную (интерстициальную, интрамуральную);
- подбрюшинную (субсерозную);
- межсвязочную (интралигаментарную) и шеечную миому.

Наиболее часто (95%) встречается межмышечная миома с расположением узлов в области дна и тела матки. Подслизистые узлы встречаются относительно редко, иногда имеют тонкую ножку и могут опускаться из матки в шейку или во влагалище, в этом случае говорят о «рождающемся» узле миомы.

Подбрюшинный узел также может иметь основание меньшего диаметра, чем сам узел, в этом случае употребляют термин «узел на ножке».

По течению миома бывает симптомной и бессимптомной. Бессимптомное течение более характерно для небольшой одиночной или множественной миомы с межмышечным и подбрюшинным расположением.

**Наиболее типичные симптомы миомы матки:**

- межменструальные кровотечения (меноррагии);
- чувство давления и боли в низу живота, боли, как правило, возникают во время менструаций и носят схваткообразный характер, но могут быть постоянными. А также боль может иметь внезапный режущий характер, что отмечается при редком осложнении – перекруте ножки подбрюшинного узла. К более редким симптомам миомы матки относят бесплодие и нарушение функции соседних органов: мочевого пузыря и прямой кишки.

Для диагностики миомы матки наиболее информативным методом является ультразвуковое исследование (трансабдоминальным и трансвагинальным) методами при которых миома матки обнаруживается в виде округлых очагов пониженной эхогенности (имеющих менее плотную структуру, чем миометрий).

**Основные эхографические признаки миомы матки:** - увеличение размеров матки;

- деформация контуров матки; округлая или овоидная форма патологического образования миометрия; четкие и ровные контуры узла; сниженная эхогенность;

- структура однородная у «молодых узлов» по мере роста становится все более неоднородной за счет перемежающихся гипо-изо-гиперэхогенных участков различной формы и размеров;

- при длительном динамическом наблюдении - возникновение дегенеративных изменений;

- достоверным признаком миомы является обнаружение в матке узла.

Правильную округло – овальную форму опухоли можно объяснить наличием тонкой соединительно-тканной псевдокапсулы, а также щели на границе с контактным миометрием, заполненной межклеточной жидкостью. По мере роста миомы форма узла может изменяться, однако четкий и ровный контур сохраняется.

При цветовом картировании миомы матки отмечается васкуляризация узла как по периферии за счет питающих сосудов, так и внутриопухолевых, развившихся в результате ангиогенного фактора опухолевых клеток.

Васкуляризация питающих сосудов составляет от 44 до 91%, а внутриопухолевых от 7,5 до 69%.

Внедрение в практику трехмерной эхографии позволяет в 95% правильно диагностировать субмукозную миому, а в случаях множественных узлов различной локализации, точность диагностики составляет 96% по сравнению с данными лапароскопии и гистероскопии.

С наступлением постменопаузы миома в 85-90% случаев претерпевает регресс, размеры узлов уменьшаются, в структуре преобладают соединительно-тканые компоненты, в связи, с чем эхогенность может значительно повышаться, псевдо капсула петрифицируется.

Измерение матки пораженной миомой, следует проводить по общепринятой методике с определением длины, передне-заднего размера и ширины. Если имеется единичный субсерозный узел, то обязательно указывается, с ним или без него было проведено измерение матки. Для оценки размеров миомы удобнее пользоваться определением среднего диаметра, рассчитанного как средняя величина трех взаимно перпендикулярных линейных размеров узла.

Если в ультразвуковом приборе имеется функция определения объема, то более точным будет измерение объема опухоли, что в дальнейшем позволит правильно оценить динамику роста. В тех случаях, когда имеется множественная миома, целесообразно указать локализацию, размеры, структуру и эхогенность наибольшего узла, по которому следует проводить динамическое наблюдение. И оперативное лечение, которое определяет лечащий врач-гинеколог. Врач УЗИ проводит обследование больных раз в полгода с целью определения количества узлов, их размеров, локализации, структуры и эхогенности, отмечая в протоколе динамические изменения, позволяющие клиницисту выработать адекватную тактику ведения. Хирургическому удалению миомы подвергаются от 50 до 70% больных, при этом гистерэкто-

миою проводят 81-92%, а реконструктивно-пластические операции только 8-19%.

**Консервативное лечение**, проводимое в репродуктивном возрасте, сразу после выявления миоматозных узлов небольших и средних размеров, позволяет в ряде случаев затормозить дальнейший рост опухоли, предупредить операции по удалению матки, сохранить возможность родить ребенка.

**Показания к консервативному лечению:**

- молодой возраст пациентки (репродуктивный и пременопаузальный)
- небольшие размеры миоматозно измененной матки (до 10 недель беременности)
- межмышечное расположение миоматозных узлов
- относительно медленный рост миомы.
- отсутствие деформации полости матки

**Достаточно широко внедряются гормональные препараты:** чистые гестагены, антипрогестины, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона. Применение этих лекарственных средств приводит к статистически достоверному уменьшению размеров матки и узлов, а также толщины эндометрия. При ЦДГ отмечается уменьшение васкуляризации миомы и значительное повышение сосудистого сопротивления как в сосудах опухоли, так и в ветвях маточных артерий.

Имеются сведения, что лучшему эффекту гормональной терапии подвергаются гипervasкуляризированные миомы, в то время как в гиповаскулярных чаще возникал гиалиноз.

Подготовка к операции с помощью А-ГНРГ дает возможность проводить щадящие органосохраняющие операции и уменьшить объем кровопотери.

**Органосохраняющие операции:** лапароскопическая миомэктомия; гистероскопическая миомэктомия; лапаротомия с миомэктомией; эмболизация маточных артерий.

**Тотальная гистерэктомия (экстирпация матки):** лапаротомическая; влагалищная; лапароскопическая.

**Субтотальная гистерэктомия (надвлагалищная ампутиация матки):** лапаротомическая; влагалищная; лапароскопическая.

**Показания к хирургическому лечению:**

- подслизистая локализация миоматозного узла, большие размеры миоматозно измененной матки (общая величина соответствует матке 14 недельного срока беременности), маточные кровотечения, сопровождающиеся хронической гипохромной анемией, быстрый рост опухоли;
- острое нарушение питания миомы (перекрут ножки субсерозного узла, некроз опухоли);

- кишки (интралигаментарная, ретроцервикальная миома,

- узел располагающийся в предпузырной клетчатке);
- наличие миоматозного узла в области трубного угла матки, который является причиной бесплодия, шейечная и шейечно-перешеечная локализация;
- нерегрессирующая и растущая миома матки в постменопаузальном возрасте.

Рост фибромиомы усиливается в возрасте 35-45 лет, когда снижается функциональная активность яичников и их чувствительность к гормонам, возникает хроническое функциональное напряжение систем регуляции (нейроэндокринной, гормональной, иммунной) и чаще всего нарушается гомеостаз (внутреннее равновесие организма).

**Объем оперативного вмешательства зависит от многих факторов:** клинических проявлений, расположения и размеров узла; возраста больной и ее желания сохранить репродуктивную функцию.

У женщин перименопаузального возраста при наличии миомы больших размеров чаще всего выполняется радикальная операция: тотальная или субтотальная гистерэктомия.

**Симптоматическая терапия:** для уменьшения выраженности кровотечений при миоме матки применяют гемостатики.

При болевом синдроме назначают нестероидные противовоспалительные препараты. Также используют препараты, направленные на лечение патологических состояний которые могут содействовать росту миомы матки патология щитовидной железы воспалительные процессы гениталий и на нормализацию обмена веществ (антиоксиданты, антиагреганты, поливитамины).

Из средств народной медицины при миоме эффективны свежеприготовленные соки, содержащие много калия (из картофеля, абрикосов, слив, персиков).

**Литература:**

1. Озерская И.А. Эхография в гинекологии - М.: Медика, 2009. - 292 с.
2. Лихачев. В.К. Практическая гинекология. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1997. - 224 с.
3. Малевич К.И., Русакевич П.Р. Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях - Минск, Вышэйшая школа, 1994, - 368 с.
4. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Опухоли женской репродуктивной системы. 2007. №4: С. 23-24.
5. Краснопольская К.В., Сичинава Л.Г., Калугина А.С. Использование ЭКО и ПЭ у больных миомой матки небольших размеров // Акуш.и гин. - 2000; 1: - С. 56-58;

**Тұжырым**

**ЖАТЫР МИОМАСЫН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ**

**Б.Т. Баусадькова**

**Семей қ. №3 Консультативті – диагностикалық емхана мекемесі**

Осы мақалада репродуктивті жастағы 4-5 әйелде кездесетін және гинекологиялық аурулардың барлығының 90% құрайтын, жатыр миомасы - гормоналды – тауелді ісікті диагностикалау, емдеу сұрақтары ашылған. Автормен жиі кездесетін миоманың орналасуы, әдеттегі симптомдар, ультрадыбыстық зерттеулердегі эхографиялық белгілер, консервативтік және шұғыл емдеуге көрсетулер сипатталған.

**Негізгі сөздер:** миома, диагностика, консервативтік және шұғыл емдеу.

**Summary**

**UTERINE FIBROID. DIAGNOSTIC AND TREATMENT**

**B.T. Bausadykova**

**PSCE «Diagnostic policlinic №3», Semey**

In the present article uncovers the diagnostic questions of hysteromyoma treatment – hormone dependent growth detected by every 4-5 childbearing age woman and composing 90% of all oncotic gynecopathy. Author describes ordinary setup of myoma, typical symptoms, sonographic sign at echographia, indications for conservative and operative treatment.

**Key words:** myoma, diagnostic, conservative and operative treatment.

**Государственный медицинский университет г.Семей**

**071400, г. Семей, ул. Абая, 103.**

**Подписано в печать 30.12.2013 г.**

**Формат А4. Объем 12,9 усл.п.л. Тираж 300 экз.**