



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен  
Денсаулық Сақтау  
Наука и  
Здравоохранение**



3' 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

№ 3 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 HSBKZKX  
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: 8.07.2013г.

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

**Обзор литературы**

**М. Madiyeva** 8

The estimation of the long-term effects caused by low doses of ionizing radiation. Review

**М.Т. Елемесова** 13

Влияние курения на риск развития ишемической болезни сердца. Обзор литературы

**С.М. Исаханова** 16

Особенности течения и лечение ишемической болезни сердца в сочетании с артериальной гипертензией. Обзор литературы

**Вопросы медицинского образования**

**З.К. Жумадилова, А.Ш. Каскабаева, А.С. Ботабаева, Ж.Е. Муздубаева** 19

Опыт применения «Стандартизированных пациентов» в образовательном процессе студентов 4 курса по дисциплине «Внутренние болезни»

**Ж.Т. Жетмекова, Ж.К. Маженова, С.С. Кырыкбаева, Р.М. Жумамбаева** 21

Анализ формирования компетенции практические навыки на факультете «Сестринское дело»

**Статьи**

**Т.К. Rakhymbekov, M.V. Goremykina, N.E. Glushkova** 24

Epidemiological indicators of Youth in Kazakhstan and East Kazakhstan region

**Л.А. Муковозова, А.З. Токаева, Б.А. Алиев, Л.Г. Левашова, А.К. Сибиряков,** 27

**А.В. Сутормина, Н.Ж. Байтулеуова**

Лихорадка неясного генеза

**Ы.О. Кайрханова** 28

Семей қ. Бойынша 2011 - 2012 жылдың 1-ші жартысындағы жыныстық жолмен берілетін аурулардың (ЖЖБА) аурушаңдығы

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, Ж.К. Султанова,** 30

**А.О. Есбосынова, Г.Х. Жумаксанова**

Результаты лечения диссеминированного туберкулеза легких

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, А.О. Есбосынова,** 31

**Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова**

Результаты стационарного этапа лечения туберкулеза органов дыхания у женщин

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова,** 33

**Г.М. Габдуллина**

Клиническая характеристика больных туберкулезом легких

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова,** 34

**Г.М. Габдуллина**

Новые случаи туберкулеза органов дыхания

**М. Маманов, Э. Инджи** 36

Вторичная ринопластика

**Н.М. Абишев** 38

Лечебная программа Маллори - Вейсса

**К.Т. Кажыкенов, М.М. Гладинец, Т.С. Толукбаев, С.О. Сабербеков, А.О. Сапенев** 41

Ранняя лапаротомия при острой хирургической патологии органов брюшной полости

**Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец** 43

Ошибки, опасности и осложнения при лечении больных с разлитым гнойным перитонитом

**Б.А. Галиев** 45

Эндоскопическое и хирургическое лечение острого язвенного кровотечения

**Б.А. Галиев** 48

Практический опыт лечения внутрибрюшинной внутренней грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула

**Б.К. Токенов** 49

Опыт длительного применения препарата Простамол® Уно при лечении симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы

**Б.В. Шин** 52

Опыт применения препарата Профлосин® при лечении симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы

<b>С.Б. Белых</b>	55
Клинический опыт применения цефалоспоринов 3-го поколения в лечении инфекции мочевыводящих путей	
<b>Е.М. Бреусова</b>	57
Применение препарата тамсулозин у больных хроническим абактериальным простатитом	
<b>Р.К. Пшембаева, А.Д. Бидельманова</b>	60
Показатели свободнорадикального окисления слюны в частности перекисного окисления липидов у лиц, пользующихся протезами из разных материалов	
<b>М.Н. Тенизбаев</b>	62
Актуальные вопросы терапии риносинуситов. Роль препарата Квикс®	
<b>Л.Г. Гиря, У.А. Апухтина, Н.С. Шакенова, Н.З. Касымова, Г.А. Еркимбекова, А.В. Киндер, Е.Е. Жампозов, В.И. Фоминых, Ю.А. Петренко, А.А. Турко</b>	65
Эффективность современного лазерного лечения патологии сетчатки при сахарном диабете	
<b>Г.Т. Камашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Турдина</b>	66
Распространенность часто болеющих детей города Семей	
<b>Г.Т. Камашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Турдина</b>	68
Особенности системы фагоцитоза у часто болеющих детей города Семей	
<b>Случаи из практики</b>	
<b>Т.Х. Сыздыкбаев</b>	71
Сложный случай диагностирования легочной диссеминации с распадом	

## Content

**Review**

**M. Madiyeva** 8

The estimation of the long-term effects caused by low doses of ionizing radiation. Review

**M.T. Elemesova** 13

The effect of smoking on the risk of ischemic coronary heart disease. Review

**S.M. Isakhanova** 16

The course and treatment of coronary heart disease the heart in combination with arterial hypertension. Review

**Questions Medical Education**

**Z.K. Zhumadilova, A.Sh. Kaskabayeva, A.S. Botabayeva, Zh.E. Muzdubayeva** 19

Experience of «Standardize patient» technique introduction in educational process of 4 course students by «Internal diseases» discipline

**Zh.T. Zhetmecova, Zh.K. Mazhenova, S.S. Kyrikbaeva, R.M. Zhumambaeva** 21

Analysis of forming of competence practical skills on the faculty "Nursing"

**Articles**

**T.K. Rakhypbekov, M.V. Goremykina, N.E. Glushkova** 24

Epidemiological indicators of Youth in Kazakhstan and East Kazakhstan region

**L.A. Mukovozova, A.Z. Tokayeva, B.A. Aliyev, L.G. Levashova, A.K. Sibiryakov,** 27

**A.V. Sutormina, N.Zh. Baytuleuova**

Fever of undetermined origin

**Ы.О. Кайрханова** 28

Dynamics of the incidence of sexually transmitted infections, in Semey city in 2011-2012 years

**K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, L.I. Shunuskalieva, G.K. Sultanova, A.O. Yesbosynova,** 30

**G.H. Zhumaksanova**

Results of treatment disseminated of a tuberculosis easy

**K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, L.I. Shunuskalieva, A.O. Yesbosynova,** 31

**G.K. Sultanova, G.H. Zhumaksanova**

Results of a stationary stage of treatment of a tuberculosis of bodies of breath at the women

**K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, Sh.K. Sultanova, G.H. Shumaksanova,** 33

**N.K. Selichanova, G.M. Gabdullina**

Clinical characteristics of patients with pulmonary tuberculosis

**K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, Sh.K. Sultanova, G.H. Shumaksanova,** 34

**N.K. Selichanova, G.M. Gabdullina**

New cases of a tuberculosis of bodies of breath

**M. Mamanov, E. Inci** 36

Repeated rhinoplasty

**N.M. Abishev** 38

Mallori-Weis's medical program

**K.T. Kazhykenov, M.M. Gladinets, T.S. Tolukbayev, S.O. Saberbekov, A.O. Sapenov** 41

Early laparotomy in acute surgical diseases of the abdominal organs

**N.M. Abichev, A.D. Jilkaidarov, M.M. Gladinets** 43

Errors, hazards, and complications in the treatment of patients with generalized purulent peritonitis

**B.A. Galiyev** 45

Endoscopic and surgical treatment of acute ulcer bleeding

**B.A. Galiyev** 48

Practical experience of treatment intraperitoneal entocele the infringement in the hole the mesentery Meckel's diverticulum

**B.K. Tokenov** 49

Experience of long-time using of the drug Prostamol® Uno in treating the symptoms of benign prostatic hyperplasia

**B.V. Shin** 52

Experience with the drug Proflosin in treating the symptoms of benign prostatic hyperplasia

<b>S.B. Belykh</b> Clinical experience of 3rd generation cephalosporins application in the treatment of urinary tract infections	55
<b>E.M. Breusova</b> Use of the tamsulosin medication with patients with chronic abacterial prostatitis	57
<b>R.K. Pshembaeva, A.D. Bidelmanova</b> Indexes of free-radical oxidization of saliva in particular peroxide oxidization of lipids at the persons of using prosthetic appliances from different materials	60
<b>M.N. Tenyzbayev</b> Current issues of rhinosinusitis therapy. Role of drug Quixx®	62
<b>L.G. Girya, U.A. Apukhtina, N.S. Shakenova, N.Z. Kasymova, G.A. Erkimbekova, A.V. Kinder, E.E. Zhampozov, V.I. Fominykh, Yu.A. Petrenko, A.A. Turko</b> The outcomes of panretinal laserphotocoagulation in treatment of diabetic retinopathy	65
<b>G.T. Kamasheva, L.T. Keldybayeva, N.M. Turdina</b> The prevalence frequently ill children in the city of Semey	66
<b>G.T. Kamasheva, L.T. Keldybayeva, N.M. Turdina</b> Phagocytosis system features in frequently ill children in Semey	68
<b>Case histories</b>	
<b>T.Kh. Syzdykbayev</b> Complicated case of diagnosing pulmonary dissemination with decay	71

## Мазмұны

**Әдебиеттерге шолу**

**М.Р. Мадиева** 8

Иондаушы сәулелердің шағын доза әсерінің кейінгі зардаптарының бағалау  
(әдебиеттерге шолу)

**М.Т. Елемесова** 13

Жүректің ишемиялық ауруға темекінің әсер ету қауіп-қатерінің дамуы (әдебиеттерге шолу)

**С.М. Исаханова** 16

Жүректің ишемиялық ауруының және артериялық қысымның ағымның ерешелеліктер  
және емдеу (әдебиеттерге шолу)

**Медициналық білім берудің сұрақтары**

**З.К. Жумаділова, А.Ш. Қасқабая, А.С. Ботабаева, Ж.Е. Мұздубаева** 19

«Ішкі аурулар» пәні бойынша 4 курс студенттерінің оқу үрдісінде «Стандартталған  
пациентті» қолдану тәжірибесі

**Ж.Т. Жетмекова, Ж.К. Маженова, С.С. Кырыкбаева, Р.М. Жумамбаева** 21

«Мейірбике ісі» факультетінде тәжірибелік дағдылар біліктілігінің қалыптасуының  
сараптамасы

**Мақалалар**

**Т.К. Рахыпбеков, М.В. Горемыкина, Н.Е. Глушкова** 24

Жастардың эпидемиологиялық көрсеткіштері Қазақстан Республикасында

**Л.А. Муковозова, А.З. Токаева, Б.А. Алиев, Л.Г. Левашова, А.К. Сибиряков,** 27

**А.В. Сутормина, Н.Ж. Байтулеуова**

Белгісіз себептерден болатын қызба

**Ы.О. Кайрханова** 28

Заболеемость болезнями, передающимися половым путем (ЗПП) за 2011 и первую  
половину 2012 года в городе Семей

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, Ж.К. Султанова,** 30

**А.О. Есбосынова, Г.Х. Жумаксанова**

Диссеминирленген өкпе туберкулезінің емдеу нәтижелері

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, А.О. Есбосынова,** 31

**Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова**

Тыныс ағзалары туберкулезімен ауыратын әйелдердің ауруханада алған емінің нәтижесі

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова,** 33

**Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина**

Өкпе туберкулезімен ауыратын адамдардың клиникалық мінездемесі

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова,** 34

**Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина**

Жаңадан тыныс ағзаларының туберкулезімен ауырған адамдар

**М. Маманов, Э. Инджи** 36

Екіншілік ринопластика

**Н.М. Абишев** 38

Маллори-Вейсс емдік бағдарламасы

**К.Т. Кажыкенов, М.М. Гладинец, Т.С. Толукбаев, С.О. Сабарбеков, А.О. Сапенев** 41

Ішкі құрлысының хирургиялық жедел ауруларында лапаротомиясы

**Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец** 43

Жайылған іріңді перитонитпен ауырған науқастарды емдеу кезіндегі қателіктері, қауіп  
және асқынулары

**Б.А. Галиев** 45

Жедел ойық жарасының қант кетуінің эндоскопиялық және хирургиялық емдеу

**Б.А. Галиев** 48

Іш қуысының ішіндегі жарықты меккель бүйірқалтаның тесік қысылу емдеу  
практикалық зертеуі

**Б.К. Токенов** 49

Простамол® Уно препаратының ұзақ қолданысының тәжірибесі енек бездің  
аумақтауының белгісінің шипасы үшін

<b>Б.В. Шин</b>	52
Профлосин препаратының қолданысының тәжірибесі енек бездің аумақтауының белгісінің шипасы үшін	
<b>С.Б. Белых</b>	55
Несеп жолдарының инфекциясын емдеуде цефалоспориндердің 3-ші буынын қолданудың клиникалық тәжірибесі	
<b>Е.М. Бреусова</b>	57
Созылмалы абактериалдыпростатитте емдеуде тамсулозин препаратыны қолдану	
<b>Р.К. Пшембаева, А.Д. Бидельманова</b>	60
Әр-түрлі материалдардан жасалған тіс протездерімен қолданған науқастардың сілекейіндегі босрадикалды қышқылдану көрсеткіштері	
<b>Л.Г. Гиря, У.А. Апухтина, Н.С. Шакенова, Н.З. Касымова, Г.А. Еркимбекова, А.В. Киндер, Е.Е. Жампозов, В.И. Фоминых, Ю.А. Петренко, А.А. Турко</b>	62
Диабеттік ретинопатиясы бар науқастарда тор қабатты панретиналды лазеркоагуляциямен емдеу нәтижелері	
<b>Г.Т. Қамашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Тұрдина</b>	65
Семей қаласындағы жиі ауыратын балалардың таралу жиілігі	
<b>Г.Т. Қамашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Тұрдина</b>	68
Семей қаласындағы жиі ауыратын балалардың фагоцитоз жүйесінің ерекшелігі	
<b><i>Тәжірибеден жағдай</i></b>	
<b>Т.Х. Сыздықбаев</b>	71
Құрделі жағдайда диссеминацияланған өкпенің ыдырауын диагностикалау	



UDC 614.2+374.33-005.001.52

M. Madiyeva

Semey State Medical University

## THE ESTIMATION OF THE LONG-TERM EFFECTS CAUSED BY LOW DOSES OF IONIZING RADIATION. REVIEW

## Summary

The objective of this review is to analyze the current state of the issue of the long-term effects caused by chronic low-dose irradiation. Unfavourable impact a certain degree correlated with age at the time of exposure to ionizing radiation and its dose and for certain types of diseases characterized by a long latency period. The relevance of research prompted by the fact that in modern radiobiology and radiation medicine is no clear answer.

**Key words:** long-term effects, radiation exposure, small doses radiation.

**Background.** In recent years all over the world have greatly increased the number of studies devoted to a detailed study of the events taking place at all levels of biological organization under the action of ionizing radiation in the range of low doses [1–3]. This is due to a significant decreasing of interest in work have become less actual in the field of the harmful effect of radiation and increased attention to the effects of low doses. Radiation and biological effects at low doses and low dose rates - the subject of special interest of researchers in various fields.

**Purpose** of this study was carried out literature review of modern sources of information, followed by an analysis of data as the issue of the long-term effects caused by chronic low-dose irradiation.

**Methods:** To achieve this purpose, the analysis of data in the literature indexed in the databases MEDLINE, Embase, e-library, Google Scholar for the last 10 years (2002 to 2013), the systematization of materials science data on the following subject categories were carried out:

1. The long-term genetic effects caused by ionizing radiation;
2. Cytogenetic effects of ionizing radiation on human lymphocytes;
3. Long-term somatic effects caused by ionizing radiation.

**Results and discussion.** *The long-term genetic effects caused by ionizing radiation.*

Due to technological progress, the development of nuclear power engineering and extensive use of sources of ionizing radiation in the national economy and radiopharmaceuticals in clinical practice are primary the problem of pollution and study its effects on human heredity [4].

The sources of knowledge of the effects of ionizing radiation in small doses are experimental and theoretical and radiation epidemiology study. Each of these sources has its advantages and disadvantages. The experiment can well control and vary the conditions of the experiments, to achieve statistical significance of the increase in the number of objects or experiments. However, there is a problem the eligibility of transferring experimental results on human [5].

Radiation-epidemiological studies, it would seem, should give a straight answer about the dangers of ionizing radiation or harmlessness, but limited the surveyed groups and inaccuracies in the estimates of individual doses, lead to incorrect conclusions [6].

As some researchers believe the most important for the next generation of the descendants of victims of ionizing radiation exposure are genetic changes [7; 8].

It is known that the genetic effects of radiation are non-stochastic, which on the one hand, is often observed "superlinear" output effect, on the other hand - the stimulating action of radiation, so-called hormesis. One of the most interesting phenomena of hormesis it is radiation-induced reaction adaptive response in which small doses of radiation adapted cell system by inducing or stimulating the reparative proliferation. The consequence of DNA repair may be a reduction in the frequency of spontaneous cancer, or the likelihood of its occurrence only in the subsequent re-irradiation [9].

It is suggested that the hypothesis of the mechanisms of radiation stimulation is intensification of the DNA repair and recombination of oxygen free radicals at low dose rate radiation [10]. However, a number of researchers in their studies have convincingly shown that even when stimulating doses of ionizing radiation against rapid cell division and observed adverse mutagenic effects, especially increasing in the number of chromosomal aberrations [11].

Genetic effects of radiation are also divided into early and late. The early consequences, according to some researchers should be classified those effects that occur: 1) The death of the offspring parents which are exposed by radiation at different stages of ontogenesis 2) the appearance of some of congenital malformations (CM), and 3) a breach of fertility in the parents. As early and somatic effects, they are associated with tissue destruction due to cell death caused by genetic effects, for example, blockade of stage specific genes. This process turns out to be fatal for the organism (prenatal and early postnatal death) and damage to organs and tissues (CM, reduced fertility). To the distant genetic effects of radiation include increased risk of carcinogenesis, hereditarily determined CM and physiological inferiority progeny of irradiated parents [12]. The difference between these genetic effects similar to somatic effects, it is blocked with the same intensity of radiation exposure doses, which is apparently due to elimination of individuals with severe defects in the early stages of ontogenesis and survival of only those who is phenotypically and physiologically irrelevant species deviate from the norm.

Cause of outlying somatic and genetic effects of radiation are induced recessive mutations in the heterozygous state, as well as epigenetic disorders, conditional destabilization of the hereditary apparatus and increasing of probability of activation of proto-oncogenes and functional deficiency of the cell genome [13].

For today all of the genetic effects of ionizing radiation can be divided into three groups: the mutagenic, teratogenic, carcinogenic. Genetic effects as well as tumorigenesis, referred to as stochastic, which may involve more

or even a single cell and no threshold dose [14]. As highlighted in a publication prepared for the 30th anniversary of the UNSCEAR (United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation) "this is the most serious effect on the consequences of all the known effects of exposure of the human fetus."

To this day, there is uncertainty as to reference of teratogenic effects to "pure" genetic. Teratogenic effects referred to genetic, mean of the common misconception that the mechanism of occurrence of deformities and other birth defects involved the mother has exposed by radiation during pregnancy. In fact, it is well established that teratogenic effect is a consequence of direct exposure of the fetus.

Exposure at early stages embryogenesis typically leads to fetal death, and in the middle stages – to the death of newborn [15]. The impact during the period of organogenesis is the main variety of malformations, fetal exposure – radiation sickness, and in the long-term period – malignant tumors.

It is known that the effects of ionizing radiation on the body structure induced genetic mutation at all levels of genes generation: chromosomal and genomic [16]. Mutations in somatic cells may be the progenitors of carcinogenesis, destabilize the genome, causing a decrease in functional and reparative activity, the resistance of the body and limiting adaptive capacity [17]. Mutations that occur during radiation exposure in germ cells, affecting individual genes, chromosomes or sets of chromosomes can occur in a number of generations in the form of chromosomal disease, and hereditary diseases. At the same chromosome and dominant mutations appear in the first generation, but later found recessive [18].

One example of chromosomal abnormalities in the reproductive cells of the parents is Down syndrome. Relationship between the frequency of Down's syndrome and exposure to pregnant women has been demonstrated in several studies [19–21].

Svyatovaya G.S. conducted genetic studies of populations of Abay and Beskaragai regions of the East Kazakhstan region [4]. It is known that these areas are zones of emergency radiation risk, where during the testing of nuclear weapons, the radiation dose to the population was  $100 > \text{sSv}$ . The highest incidence of Down syndrome is detected in a population of Abay district, which was  $1,85 \pm 0,10$  per 1000 live births, which was significantly higher than that of all the tested areas and control regions  $0,78 \pm 0,01$  per 1000 births. For Beskaragai district, the figure was  $0,97 \pm 0,11$  per 1000 births, which is also significantly higher than in the control area, but the difference was only approaching statistical significance ( $t = 1,73$ ;  $p > 0.05$ ). It should be noted that the incidence of Down syndrome in a population of Abai district srednepopulyatsionnyu exceeded not only their frequency in the cities of the Republic of Kazakhstan, but also data from the International Register of EUROGAT  $0,70-1,40$  per 1,000 births of non-disjunction of chromosome 21 in meiosis.

Of the current epidemiological approaches: biochemical monitoring, cytogenetic testing, the study of specific phenotypes, the most acceptable to the accounting for congenital malformations. Using the CM as an indicator of the harmful effects of the environment on man is determined by the frequency of this disease in the newborn total of 2% or more of deaths of children – 25%. Advantages excluding CM lies in the fact that they occur with high frequency in the population, genetic disorders play a significant role in their origin and in the majority of clinical-

ly recorded. It is possible to survey large numbers of people without the use of sophisticated methods of investigation and comparison with the results of retrospective studies [22].

Foreign authors which are studying the problem of radiation-induced CM showed no increase in the frequency of CM after the accident at the Chernobyl nuclear power plant in Western Europe, except for some cases of spinal hernia. In 9 countries of Western Europe was conducted epidemiological study of frequency and dynamics of the CM after the accident at Chernobyl [23].

An epidemiological study of the health of newborns in the contaminated areas of the Ryazan region of the Russian Federation has shown that the incidence of stillbirth from CM in the whole region in the post-accident period compared to the pre-accident is practically unchanged at 8.7 and 8.8 per 1,000 live births [24].

*Cytogenetic effects of ionizing radiation on human lymphocytes.*

Cytogenetic methods are currently the most objective research to quantify damage in cells caused by radiation exposure. It is proved that radiation exposure is a factor in destabilizing the chromosomes of human, accelerating the aging process and thereby shorten the lifespan.

Cytogenetic studies conducted 40 years after the atomic bombing of Hiroshima, showed that stable chromosome aberrations are an indicator of radiation exposure and dose [25; 26]. Currently, there is a point of view that the spectrum of chromosomal transformations and their frequency are comparable to the acute and chronic exposure [27].

Is widely accepted that cytogenetic markers of radiation exposure are exchange-type chromosome aberrations. They are divided into 2 groups: the unstable and stable aberrations. Was established that cells containing unstable aberration (dicentric and ring chromosomes, acentric fragments). The presence of accompanying dicentrics and rings paired fragments indicate that the cell entered in the first postradiation mitosis.

The group of stable chromosome aberrations include translocations, inversions, deletions, insertions. According to the nomenclature of ISCN (1985) all allocated nine kinds of stable chromosome rearrangements. The frequency of symmetrical exchanges (translocations) is the most reliable marker of radiation exposure even in remote periods after radiation exposure. These aberrations are stored in cell division, did not lead to mitotic cell death, not eliminated over time, accumulate during long-term effect of radiation and persist even decades after acute exposure [28; 29].

Widely used to assess genetic changes at the chromosomal level after the effect of low doses of ionizing radiation is the method of accounting of chromosomal aberrations in human peripheral blood lymphocytes. Cytogenetic technique originates from development in 1960, cultivation techniques and obtain metaphase preparations of human peripheral blood lymphocytes and the subsequent papers in which it was first shown that the yield of chromosomal aberrations induced by X-rays in vitro, depending on the radiation dose [30].

For detection of chromosomal aberrations in metaphase cytogenetics lymphocytes using various methods: a simple method for staining and fluorescence in situ hybridization (FISH) etc. Each method has its advantages and disadvantages. Simple staining method allows you to quickly and accurately estimate the frequency of unstable chromosome aberrations. The use of FISH-method, which

uses fluorescent dyes can detect chromosomal aberrations as a stable and unstable type. The advantage of this technique to a simple painting of chromosomes is, above all, is that it allows you to quickly and correctly assess the frequency of stable aberrations, exploring for a short time a large number of cells. Pansentromernye probes used in combination with chromosome probes to distinguish from the dicentric reciprocal translocations [31]. Application of this method can accurately estimate the ratio of stable and unstable aberrations in the decades after the exposure.

Currently, it is sufficient amount of work on the spontaneous frequency of chromosome aberrations in human lymphocytes [32]. The results of these studies are as follows. Human peripheral blood lymphocytes are characterized by very low frequency of spontaneous chromosomal aberrations (average 0.01-0.02 per cell), the average frequency of aberrant cells was 1.2%, the level of spontaneous aberrations in cultured human peripheral blood lymphocytes is a pretty solid performance, not beyond the control of any individual, nor of the sexual characteristics of individuals, but is dependent on the age of the person. With increasing age, the frequency of aberrations in cells increases – in those over 60 years old to 0.05-0.06 aberrations per cell. The establishment of a sufficient level of accuracy of spontaneous chromosomal aberrations in cultured lymphocytes has allowed greater use of this method in determining the effect of environmental factors on human heredity and to predict the effects caused by pollution. Therefore, the use of analysis of chromosomal aberrations in human lymphocytes conclusively proven in many local and foreign studies and documents recommended by WHO, IAEA for practical use [33]. In the analysis of data on the spontaneous level of unstable aberrations impression that their frequency varies in different cohorts of people.

Suggest that exposure to low doses of radiation at the level of the background leading to the emergence of long-term effects in the form of increased frequency of chromosomal aberrations [34]. A study conducted in a group of 200 people in the Brazilian village of Guarapari, where due to the monazite sands average dose, excluding the dose from radon is 6.4 mSv /year, found an increased frequency of chromosomal aberrations in the amount of peripheral blood lymphocytes compared with a similar the control village. In studies of British scientists demonstrated a significant increase in the frequency of chromosome aberrations in the average group, which is positively correlated with the duration of exposure and cumulative dose [11]. They are suggested to determine the coefficient of the output of dicentric chromosomes at 1 sGy in chronic exposure, of course, such chromosomal aberrations is not inherited.

#### *Long-term somatic effects caused by ionizing radiation*

The sources of information of exposure to ionizing radiation on the health effects at different groups exposed are: persons exposed to radiation during nuclear tests [35; 36]; persons exposed to radiation during accidents and incidents at nuclear power plants, reprocessing plants, storage of radioactive waste during transportation of radioactive sources [11]; the victims of the atomic bombing of Hiroshima and Nagasaki [37; 38]; professional staff whose activities are connected with the possibility of significant radiation doses (radiobiology, radiation experts hazardous industries, miners, etc.) [39]; patients receiving relatively high radiation doses in a variety of therapeutic purposes [40; 41]; population living in normal conditions

near nuclear plants and test sites [42]; population areas with high natural background radiation.

The cause of death of the overwhelming majority of the victims of the atomic bombings were the blast and thermal effects. At a distance of 1.5 km to the epicenter of the number of survivors was an order of magnitude less than the number of victims. Since the absorbed dose at this distance was about 0.1 Gy, then the majority of those who have survived the bombing, the radiation doses were low. Doses less than 0.1 Sv received 77% of the survivors of the bombing. From here atomic bombing of Japan is an interest in light of the question of the influence of small doses. The most frequently observed leukemia, the incidence of which has increased three years after the bombing, and reaching a maximum in 1951-1952, became gradually decline. Was less than the age of the bombardment, the greater was the risk factor at the peak, the earlier and steeper increase was faster and the risk ratio decreases with time after the peak [43]. New facts on the physics of nuclear explosions and forced dosimetry in 1965 and 1986 overestimate the dose as tissue, including bone marrow, and the dose dependence of radiation-induced leukemia in the exposed populations of Hiroshima and Nagasaki. In both cases was confirmed by the dependence of the frequency of leukemia from the radiation dose. In the group exposed at the age of 20 years, the incidence of leukemia was twice as high as expected at a dose of 10-40 Rad, and in those over 35 years - with a dose of 40-75 Rad. A higher risk of disease and death was observed in the irradiated in childhood. In children, the most significant was the predisposition to granulocytic leukemia. Of particular interest is the work, highlighting the impact of exposure of pregnant women to the health of the offspring. It was shown that exposure of pregnant women increased the frequency of stillbirth, early infant mortality in children with delays mental and physical development. Irradiation in the early stages of pregnancy at doses of 1.47 Gy caused the development of microcephaly. The highest level of microcephaly and mental retardation established by irradiation at 8-15 week of fetal development, particularly at high doses. Thus, at a dose of 1 Gy microcephaly observed in 72.2% of cases, mental retardation - in 46.2%. The combination of microcephaly and mental retardation when irradiated at 8-15 weeks of pregnancy was noted in 44.4% of cases. Typically, the small dimensions of the head detected at the same time substantially reducing other anthropometric indices, namely, height, weight, chest circumference. Mental retardation have been reported based on the use of IQ-test and evaluation of progress in achieving these children age 10-11 years [38].

The sources of information on the impact of atmospheric nuclear explosions on population data are Nevada and Semipalatinsk test site, the testing in the Marshall Islands. The most famous are the studies on the incidence of leukemia.

In a study of the Brookhaven National Laboratory in the U.S. has been detected at high risk of cancer and benign tumors of the thyroid gland, especially for the residents as well. Rongelap, received the maximum dose (up to 2 Gy in children under the age of 1 year with average values in this age of 0.57 Gy). Tumor frequency and latency period depended on the dose and age. Thus, among the inhabitants of a. Rongelap exposed at the age of 10 years, they were revealed in 59% of the patients, aged 10-18 years - 25% in the more mature age - at 14%.

Atrophy of the thyroid gland is described in 2 exposed boys at Rongelap [44].

From 1949 to 1962 at the site was made 111 atmospheric nuclear explosions. For air explosions radioactive contamination occurred in the center of the blast, and at a considerable distance from the epicenter, where possible touch the bottom edge of the cloud of explosion surface.

In Gusev B.I. works is detected the range of effective equivalent radiation doses as appropriate  $sSv$  7-200. The nature of exposure for the majority of the population corresponded to repeated acute external gamma radiation in combination with acute and chronic internal exposure [45]. The peculiarity of the formation of public exposure is that the vast majority of the dose was created relatively short-lived radionuclides (zirconium-95, 97, niobium-95, 97, molybdenum-99, ruthenium-103, iodine-131, 135). Therefore, this kind of public exposure rightly regarded as primarily an acute, in which the biological effects of ionizing radiation is higher than in chronic irradiation.

The external dose accumulated in a relatively short period of time: for the first four days since the loss of radioactive products formed about 70% of the total dose, and within a year - up to 96%. Internal dose accumulated more slowly. As a result of their stay on the trail of the explosion (atmospheric) within one year after the test cumulative total dose of about 96% of the dose that would get people living in the area for 50 years.

Medical examinations of the population were first launched after ground nuclear explosion 08.24.56, when the Ministry of Health of the USSR received information on radioactive contamination of some areas adjacent to test site. In 1956-58 was examined more than 310,000 people from 22 villages. No cases of acute or chronic radiation sickness has been identified. Hematologic studies showed instability in the peripheral blood was observed reticulocytosis, thrombocytopenia and leukopenia due to granulocytes.

Since 1961, clinic number 4 Semipalatinsk started to implement program on study long-term effects of low doses of radiation on the human body. For register was taken of 10,000 people out of the three most affected during the period of nuclear testing in the atmosphere areas of the Semipalatinsk region. These studies have stated there are no differences in the health status of both adults and children, irradiated with a dose of less than 100  $sSv$ . Only in irradiated at a dose of more than 100  $sSv$  showed cytogenetic markers of exposure and symptoms of low immunity [46].

Low material-technical base, the conditions strictest secrecy, lack of health professionals in rural areas are the cause of the fact that over the years 1947-1954 information is not available and in the next few years it is incomplete. Contaminated sites in the area and water sources are not subjected to decontamination, the population was not provided with means of protection and control, food was significantly contaminated [47].

In the early 90's of the 20th century were declassified the first quantitative data on the local deposition of radioactive products at the landfill site which showed that the most significant radioactive contamination of Semipalatinsk, Pavlodar and Karaganda regions and partially Altai Russia [48].

The study of the health of more than 40,000 residents of the Republic of Kazakhstan for 1957-1993 years., Who were in the area of radiation exposure Semipalatinsk test site, in comparison with a control group of 12,000 people found no increase in mortality among exposed from non-

malignant diseases of various organs and systems, increased mortality from malignant tumors observed in a cohort exposed at a dose of 100 or more  $sSv$  [42].

**Conclusion.** Analysis of the literature showed that the results of scientific studies on the genetic effects of radiation, revealed the high sensitivity of the fetus and the mother during pregnancy. The results of the study of the frequency of malformations ambiguous and revealed significant fluctuations in this disease in children, due to various reasons, including a lack of standardized methods for estimating population frequencies.

On the basis of the existing data in the literature is necessary to continue the accumulation of information about the frequency of unstable and stable cytogenetic markers of human exposure and the search for new genetic indicators to reconstruct the radiation dose for acute and chronic radiation exposure, as well as predict the stochastic effects caused by ionizing radiation.

Recently published a lot of information on the health effects of prolonged radiation exposure on the health of those directly exposed to radiation and their descendants in the Semipalatinsk region that have established the significant increase in somatic diseases, changes in immune status, genetic factors influence the effects of radiation nature. However, the question of studying long-term effects when exposed to low doses of ionizing radiation is still open.

#### References:

1. Балмуханов С.Б., Казымбет П.К., Балмуханов Т.С. Уран: радиологическая характеристика и влияние на здоровье // Астана Медициналық журналы. - 2004. Т. 3. - С. 6-10.
2. Christodouleas J.P. и др. Short-term and long-term health risks of nuclear-power-plant accidents // New England journal of medicine. - 2011. Т. 364. № 24. - P. 2334-2341.
3. Environmental Change and Human Security: Recognizing and Acting on Hazard Impacts / edit. P.H. Liotta et al. Dordrecht: Springer Netherlands, 2008.
4. Н.А. Каюпова, Г.С. Святова, Г.Ж. Абылдинова Б.Г. Медико-генетические последствия многолетних ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне. Алматы: 2003.
5. Гончарова И.А. и др. Молекулярно-генетические подходы, применяемые для оценки воздействия радиации на геном, и индивидуальная радиочувствительность человека // Сиб. мед. журн. 2003. № 5. С. 78-83.
6. Галстян И., Гуськова А., Надежина Н. Последствия облучения при аварии на ЧАЭС: анализ клинических данных // Медицинская радиология и .... 2007.
7. Смирнова С.Г. и др. Мониторинг частоты лимфоцитов, мутантных по генам т-клеточного рецептора, у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС в отдаленный пострadiационный период // Радиация и риск (Бюллетень Национального радиационно-эпидемиологического регистра). 2012. Т. 21. № 1.
8. Матюшонок Н.С., Князев В.С. Биологическое действие гамма-излучения // Успехи современного естествознания. 2011. № 8.
9. Sannino A. и др. Induction of adaptive response in human blood lymphocytes exposed to 900 MHz radiofrequency fields: Influence of cell cycle // International Journal of Radiation Biology. 2011. Т. 87. № 9. P. 993-999.

10. Wykes S.M. et al. Low-dose hyper-radiosensitivity is not caused by a failure to recognize DNA double-strand breaks, 2009.
11. Livingston G.K., Falk R.B., Schmid E. Effect of occupational radiation exposures on chromosome aberration rates in former plutonium workers // 2009.
12. Signorello L.B. и др. Stillbirth and neonatal death in relation to radiation exposure before conception: a retrospective cohort study // *The Lancet*. 2010. V. 376. № 9741. P. 624–630.
13. Sankaranarayanan K., Nikjoo H. Ionising radiation and genetic risks. XVI. A genome-based framework for risk estimation in the light of recent advances in genome research\* // *International journal of radiation biology*. 2011. T. 87. № 2. P. 161–178.
14. Кручинский Н.Г. и др. Изменения состояния здоровья населения, пострадавшего в результате чернобыльской катастрофы: патогенетические особенности на примере могилевской области // том 12. 2006. Т. 12. № 2. С. 68.
15. Сафонов А.И., Кроткевич Н.Г., Василевская И.Ю. Антенатальная диагностика тератогенных факторов // *Проблемы экологии/Гол. ред. Минаев ОА–Донецк: ДонНТУ, № 1-2.–2007.–171 с.* 2007. С. 64.
16. Jacob P. и др. Possible expressions of radiation-induced genomic instability, bystander effects or low-dose hypersensitivity in cancer epidemiology // *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*. 2010. V. 687. № 1. P. 34–39.
17. Stevens R.G. и др. Body iron stores and breast cancer risk in female atomic bomb survivors // *Cancer science*. 2011. V. 102. № 12. P. 2236–2240.
18. Sperling K., Neitzel H., Scherb H. Evidence for an increase in trisomy 21 (Down syndrome) in Europe after the Chernobyl reactor accident // *Genetic Epidemiology*. 2012. V. 36. № 1. P. 48–55.
19. Lopez M.F. et al. Mass spectrometric discovery and selective reaction monitoring (SRM) of putative protein biomarker candidates in first trimester Trisomy 21 maternal serum // *Journal of proteome research*. 2010. V. 10. № 1. P. 133–142.
20. Vaiserman A.M. Radiation hormesis: historical perspective and implications for low-dose cancer risk assessment // *Dose-Response*. 2010. V. 8. № 2. P. 172–191.
21. Diaz S.O. et al. Second trimester maternal urine for the diagnosis of trisomy 21 and prediction of poor pregnancy outcomes // *Journal of proteome research*. 2013.
22. Амелина С.С., Лазарева К.И., Афонин А.А. Клиника и диагностика врожденных пороков развития: пособие для врачей. Ростов-на-Дону: 2005.
23. Huizink A.C. et al. Chernobyl exposure as stressor during pregnancy and hormone levels in adolescent offspring // *Journal of epidemiology and community health*. 2008. V. 62. № 4. P. 25–35.
24. Яковлева И.Н. и др. Цитогенетические нарушения у лиц, подвергшихся воздействию радиации в детском возрасте в результате аварии на Чернобыльской АЭС // *Детская онкология*. 2005. - С. 46.
25. Kusunoki Y., Hayashi T. Long-lasting alterations of the immune system by ionizing radiation exposure: implications for disease development among atomic bomb survivors // *International journal of radiation biology*. 2008. V. 84. № 1. P. 1–14.
26. Anderson R.M. et al. Transmissible and nontransmissible complex chromosome aberrations characterized by three-color and mFISH define a biomarker of exposure to high-LET  $\alpha$  particles. 2009.
27. Neriishi K. Biomarkers of Radiosensitivity in A-Bomb Survivors Pregnant at the Time of Bombings in Hiroshima and Nagasaki // *ISRN obstetrics and gynecology*. 2010.
28. Rana S. et al. Radiation-induced biomarkers for the detection and assessment of absorbed radiation doses // *Journal of Pharmacy And Bioallied Sciences*. 2010. V. 2. № 3. P. 189.
29. Gocke C.D. et al. Risk-based classification of leukemia by cytogenetic and multiplex molecular methods: results from a multicenter validation study // *Blood Cancer Journal*. 2012. V. 2. № 7. P. 78.
30. Vral A., Fenech M., Thierens H. The micronucleus assay as a biological dosimeter of in vivo ionizing radiation exposure // *Mutagenesis*. 2011. V. 26. № 1. P. 11–17.
31. Choi E.J. и др. Targeting epidermal growth factor receptor-associated signaling pathways in non-small cell lung cancer cells: Implication in radiation response // *Molecular Cancer Research*. 2010. V. 8. № 7. P. 1027–1036.
32. Jones I.M. et al. Three somatic genetic biomarkers and covariates in radiation-exposed Russian cleanup workers of the Chernobyl nuclear reactor 6–13 years after exposure // 2009.
33. Wakeford R., Little M.P., Kendall G.M. Risk of childhood leukemia after low-level exposure to ionizing radiation // *Expert review of hematology*. - 2010. V. 3. - № 3. P. 251–254.
34. Mitkovska V. et al. Environmental genotoxicity evaluation using a micronucleus test and frequency of chromosome aberrations in free-living small rodents // *J. BioSci. Biotech*. 2012. T. 1. № 1. P. 67–71.
35. Sigurdson A.J. et al. Thyroid nodules, polymorphic variants in DNA repair and RET-related genes, and interaction with ionizing radiation exposure from nuclear tests in Kazakhstan // *Radiation research*. 2009. V. 171. № 1. P. 77–88.
36. Beck H.L. et al. Review of methods of dose estimation for epidemiological studies of the radiological impact of Nevada test site and global fallout // 2009.
37. Iwanaga M. et al. Risk of myelodysplastic syndromes in people exposed to ionizing radiation: a retrospective cohort study of Nagasaki atomic bomb survivors // *Journal of Clinical Oncology*. 2011. V. 29. № 4. P. 428–434.
38. Pierce D.A. et al. Studies of the Mortality of Atomic Bomb Survivors. Report 12, Part I. Cancer: 1950-1990 // *Radiation Research*. 2012. V. 178. № 2. P. AV61–AV87.
39. Yasunari T.J. et al. Cesium-137 deposition and contamination of Japanese soils due to the Fukushima nuclear accident // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2011. V. 108. № 49. P. 19530–19534.
40. Richardson D. et al. Ionizing radiation and leukemia mortality among Japanese Atomic Bomb Survivors, 1950-2000 // *Radiation research*. 2009. V. 172. № 3. P. 368–382.
41. Scherb H., Voigt K. The human sex odds at birth after the atmospheric atomic bomb tests, after Chernobyl, and in the vicinity of nuclear facilities // *Environmental Science and Pollution Research*. 2011. V. 18. № 5. P. 697–707.
42. Stephan G. et al. Analysis of FISH-painted chromosomes in individuals living near the Semipalatinsk nuclear test site // 2009.
43. Hsu W.-L. et al. The Incidence of Leukemia, Lymphoma and Multiple Myeloma among Atomic Bomb Survivors: 1950-2001 // *Radiation research*. 2013. V. 179. № 3. P. 361–382.
44. Sinnott B., Ron E., Schneider A.B. Exposing the thyroid to radiation: a review of its current extent, risks, and

implications // Endocrine reviews. 2010. V. 31. № 5. P. 756–773.

45. Bauer S. и др. Radiation exposure due to local fallout from Soviet atmospheric nuclear weapons testing in Kazakhstan: solid cancer mortality in the Semipalatinsk historical cohort, 1960-1999 // Radiation research. 2005. V. 164. № 4. P. 409–419.

46. Evseeva T. et all. Estimation of radioactive contamination of soils from the “Balapan” and the

“Experimental field” technical areas of the Semipalatinsk nuclear test site // Journal of environmental radioactivity. 2012. V. 109. P. 52–59.

47. Ruchirawat M., Cebulska-Wasilewska A., Au W.W. Evidence for exposure-induced DNA repair abnormality is indicative of health and genetic risk // International journal of hygiene and environmental health. 2013.

48. Philp R.B. Ecosystems and human health: toxicology and environmental hazards: Crc Press, 2013.

#### Тұжырым

### ИОНДАУШЫ СӘУЛЕЛЕРДІҢ ШАҒЫН ДОЗА ӘСЕРІНІҢ КЕЙІНГІ ЗАРДАПТАРЫНЫҢ БАҒАЛАУ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)

М.Р. Мадиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Аталған шолудың міндеті, иондаушы сәулеленудің аз мөлшерінің сқзылмалы әсерінен кейінгі ұзақ уақыттан кейінгі әсерін бағалау. Кері әсері иондаушы сәулеленудің әсер еткендегі жасына, мөлшеріне және латентті периодына байланысты сипатталады. Қазіргі заманғы радиобиология және радиационды медицинада біркелкі жауаптың болмауы зерттеу өзектілігін кұрайды

**Негізгі сөздер:** сәулеленудің ұзақ уақыттан кейінгі әсері, радиационды әсер, аз мөлшермен сәулелену.

#### Резюме

### ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ ЭФФЕКТОВ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОЗОР)

М.Р. Мадиева

Государственный медицинский университет города Семей

Задачей данного обзора является анализ современного состояния вопроса об отдаленных эффектах, вызываемых хроническим низкодозовым облучением. Неблагоприятные влияния в определенной степени соотносятся с возрастом на момент воздействия ионизирующего излучения, его дозой и по отдельным видам патологии характеризуется длительным латентным периодом. Актуальность исследования продиктована тем, что в современной радиобиологии и радиационной медицине пока нет однозначного ответа. Обзор составлен в рамках НТП (2012-2014 г.)

**Ключевые слова:** отдаленные эффекты облучения, радиационное воздействие, облучение малыми дозами.

УДК 616.12-008.1-613.84

М.Т. Елемесова

КГКП «Реабилитационный центр для инвалидов и участников Великой Отечественной войны»

### ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА РИСК РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

#### Аннотация

Литературный обзор посвящен влиянию курения табака на состояние сердечно-сосудистой системы, микроциркуляторного русла и эндотелий у молодых здоровых людей и больных ишемической болезнью сердца. Рассмотрены также отдельные аспекты лекарственной терапии ишемической болезни сердца.

**Ключевые слова:** микроциркуляторное русло, табакокурение, сердечно-сосудистая система, эндотелий.

По данным многофакторного анализа, относительный риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) у курящих женщин составляет 4,2, тогда как у прекративших курение – 1,4 и не отличается от показателей, наблюдаемых у никогда не куривших женщин. Курение у женщин является существенным фактором риска развития сахарного диабета вне зависимости от веса тела [20]. Несмотря на то, что среди курящих больше мужчин, женщины гораздо реже отказываются от курения [22, 26]. Этот тревожный факт был установлен проектом Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization MONICA), цель которого состояла в том, чтобы определить современные

тенденции течения ИБС по отношению к классическим коронарным факторам риска за 10 лет при обследовании 38 популяций населения в 21 стране на 4 континентах [22]. По некоторым характеристикам в комбинации с курением табака женщины заняли преимущественное место относительно более высокого риска ИБС, чем мужчины. Согласно исследованию NHANES I курение табака повышает на 45% риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у мужчин и на 88% – у женщин [23].

Выяснено, что риск развития атеросклероза и ИМ при курении увеличивается 1,5 – 6 раз [1, 6, 7]. Курение табака также является фактором риска атероскле-

ротической аневризмы аорты, наблюдающейся у курящих в 8 раз чаще, у курильщиков также в 2-3 раза увеличена смертность от разрыва аневризмы брюшного отдела аорты [6]. Никотин влияет на хеморецепторы синокаротидной зоны с рефлекторным возбуждением дыхания и повышением АД, возбуждает Н-холинреактивные структуры надпочечников, увеличивая секрецию катехоламинов и, как правило, стимулирует симпатические ганглии [6]. Увеличение хронотропного и инотропного действия на миокард катехоламинов способствует еще большему повреждению миокарда, пораженного ишемической болезнью. Влияние курения на развитие ИМ обычно связывают с возникновением коронарного атеросклероза, вследствие чего появляется ишемия миокарда с последующим ее некрозом. При длительном курении имеют место хроническая гипоксемия, усиление атерогенеза в бассейне коронарных сосудов, увеличение агрегации тромбоцитов, нарушения процессов фибринолиза крови [1, 8, 19]. Карбоксигемоглобин, образующийся в результате вдыхания СО, увеличивает тенденцию к возникновению тромбозов вследствие увеличения агрегации тромбоцитов и стимуляции эритропоэза, что ведет к увеличению вязкости крови [1, 6]. Установлено, что курение сигарет - причина смерти от ИБС более чем 81% мужчин моложе 45 лет и 27% мужчин в возрасте 45-64 лет. Почти 1/4 всех случаев смерти от ИБС лиц трудоспособного возраста связана с курением [1, 3, 11]. ИБС – основная причина смертности в молодом возрасте (до 45 лет) в популяции курящих [1]. Показана прямая связь между выраженностью поражения периферических сосудов: аорты, бедренной артерии, сонных артерий – с длительностью курения и количеством выкуриваемых сигарет [1]. Наиболее чувствительным сегментом сосудистой системы к различным воздействиям является микроциркуляторное русло (МЦР) [2], через которое осуществляется, как известно, связь между кровью и тканями.

И.М. Давидовичем, С.Л. Жарским было отмечено, что курение у здоровых людей молодого возраста вызывает неоднородную реакцию микрососудистого русла: у большинства из них сразу после выкуривания сигареты наблюдалось расширение артериол и сужение венул, сохраняющееся более 15 мин, у остальных происходило сужение артериол с разнонаправленной реакцией венул [5]. Б.П. Шевцовым [16] установлено, что реакция микрососудов на курение у пациентов ИБС молодого возраста проявлялась сужением венул и артериол, появлением или усилением сладжа эритроцитов, замедлением кровотока, уменьшением числа функционирующих капилляров, что существенно усугубляло нарушения микроциркуляции, присущие пациентам с ИБС.

Многие исследователи рассматривают дисфункцию эндотелия как ранний этап развития поражения сосудов [4, 7]. Под влиянием компонентов табачного дыма изменяется эндотелийзависимая регуляция тонуса артерий, что является предфазой патологических изменений крупных и средних артериальных стволов, в частности венечных [4, 7, 12, 17, 18].

Компоненты табачного дыма, такие как никотин и монооксид углерода, воздействуют непосредственно на поверхность эндотелиальных клеток, приводят к снижению синтеза простагландина, уменьшая пристеночный кровоток и стимулируя пролиферацию эндотелия и интимы (утолщение комплекса интима-медиа) [7, 17, 18]. В исследовании, посвященном изучению со-

держания эндотелиоцитов в периферической крови в ответ на курение никотинсодержащих сигарет и сигарет без никотина, показано, что после курения увеличивается число эндотелиоцитов, однако при курении никотинсодержащих сигарет число эндотелиоцитов в крови выше [24]. Длительное курение снижает роль NO в регуляции базального тонуса сосудов, ослабляет эндотелийзависимый вазодилатирующий эффект и антиатеросклеротическую защиту. Показано, что степень нарушения вызванной потоком дилатации плечевой артерии у здоровых молодых курильщиков коррелирует с количеством выкуриваемых сигарет [1, 18]. Также имеются данные об усилении адгезии моноцитов эндотелием и пролиферации гладкомышечных волокон стенки сосудов [7].

В крупном клиническом исследовании ВВНАТ (Beta Blocker Heart Attack Trial) было выявлено, что эффективность применения пропранолола у курящих пациентов ИБС ниже, в сравнении с некурящими. Кроме того, продемонстрировано, что курение продолжает оставаться фактором риска повторного ИМ даже на фоне приема пропранолола [9]. После отказа от курения риск развития заболеваний сердечно-сосудистой системы падает быстрее, чем риск развития заболеваний органов дыхания [8, 10, 11, 13]. Чем раньше человек отказывается от курения, тем благоприятнее прогноз [13-15, 25]. Так, через год после прекращения курения риск развития ИБС снижается на 50 %, а через 10 лет относительный риск смерти от заболеваний сердца для бывшего курильщика приближается к таковому у никогда не курившего человека [1]. При отказе от курения уже в первые 2 года риск развития ИМ и инсульта снижается в 2 раза [6, 25]. У пациентов с ИБС, перенесших ангиопластику или тромболитическую терапию после ИМ, отказ от этой вредной привычки снижает риск развития острого коронарного синдрома или повторного ИМ до уровня никогда не куривших людей [13, 14, 25].

#### **Литература:**

1. Арутюнов Г.П. Курение как фактор риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Что делать практикующему врачу сегодня и как формировать стандарт на завтра. // Сердце - 2003. - Т. 4, № 4. - С. 176-186.
2. Волков В.С., Высоцкий Н.Н., Троцюк В.В. и др. Оценка состояния микроциркуляции методом конъюнктивальной биомикроскопии // Клиническая медицина. - 1976. - № 7. - С. 115-119.
3. Герасименко Н.Ф., Заридзе Д.Г., Сахарова Г.М. Здоровье и табак: цифры и факты. - М.: А + В, 2007. - 80 с.
4. Гогин Е.Е. Курение, эндотелий и гипертоническая болезнь // Клиническая медицина. - 1998. - № 311. - С. 10-13.
5. Давидович И.М., Жарский С.Л. Влияние курения табака на микроциркуляцию в сосудах бульбарной конъюнктивы у практически здоровых людей молодого возраста // Кардиология. - 1982. - № 8. - С. 115-116.
6. Кваша Е.А. Курение и сердечно-сосудистые заболевания // Украинский кардиологический журнал. - 2004. - № 6. Режим доступа: [http://www.rql.ua/cardio\\_j/2004/6/kvasha.htm](http://www.rql.ua/cardio_j/2004/6/kvasha.htm) (дата обращения 8.12.2010).
7. Ковалев И.А., Марцинкевич Г.И., Суслова Т.Е. и др. Факторы риска развития дисфункции эндотелия у лиц с отягощенной по атеросклерозу наследствен-

ностью и у больных с коронарным атеросклерозом // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. - № 1 - С. 45-52. Режим доступа: <http://www.ssmu.ru/bull/02/422.pdf> (дата обращения 5.06.2011)

8. Краликова Е., Кметова А. Влияние курения на здоровье, роль врачей в лечении табачной зависимости // Профилактическая медицина. - 2010. - Т. 13, № 6. - С. 34-36.

9. Марцевич С.Ю., Кутищенко Н.П., Лукина Ю.В. и др. Особенности лечения курящих пациентов сердечно-сосудистыми препаратами. 2009. Режим доступа: <http://www.kardioforum.ru/article.aspx?id=65&rid=18> (дата обращения 5.06.2011)

10. Масленникова Г.Я., Органов Р.Г. Профилактика и снижение курения табака в практическом здравоохранении // Профилактическая медицина. - 2010. - Т. 13, № 6. - С. 11-20.

11. Онищенко Г.Г. Информационное письмо главного санитарного врача. 04.05.2000. – Режим доступа: <http://www.nonsmoking.ru> (дата обращения 18.11.2010)

12. Пронин В.С. Патогенетические аспекты изменения микроциркуляторного кровотока и сосудистой реактивности при хроническом употреблении алкоголя и табакокурении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Омск, 2009 - 18 с.

13. Руководство по контролю и мониторингу табачной эпидемии. ВОЗ. - 2003. - Режим доступа: <http://www.adic.org.ua/nosmoking/books/tob-epid/index.html> (дата обращения 14.10.2010)

14. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Противодействие табачной эпидемии – сохранение здоровья людей // Профилактическая медицина. - 2010. - Т.13, №6. - С. 3-7.

15. Сахарова Г.М., Чучалин А.Г. Лечение табачной зависимости // Русский медицинский журнал. - 2001. - № 24. - С. 15-26.

16. Шевцов Б.П. Микроциркуляция у больных ишемической болезнью сердца молодого возраста и влияние на нее некоторых факторов риска: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Томск, 1990. - 22 с.

17. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Georgakopoulos D. et al. Cigarette smoking is associated with dose –

related and potentially reversible impairment of endothelium – dependent dilation in healthy young adults // Circulation. - 1993. Vol. 88. - Part 1. - P. 2149-2155.

18. Czernin J., Sun K., Brunken R. et al. Effect of acute and long-term smoking on myocardial blood flow and flow reserve // Circulation. - 1995. - Vol. 91. - P. 2891-2894.

19. Davis J.W., Shelton L., Eigenberg D.A. et al. Effects of tobacco and non-tobacco cigarette smoking on endothelium and platelets // Clinical pharmacology and therapeutics. - 1985. - Vol. 37(5). - P. 529-533.

20. Evans A., Tolonen H., Hense H. et al. Trends in coronary risk factors in the WHO MONICA project // Int J Epidemiol. 2001; 30(suppl 1): S35–S40.

21. Jiang H., Ogden M., Bazzano L. et al. Risk factors for congestive heart failure in US men and women: NHANES I epidemiologic follow-up study // Arch Intern Med. 2001; 161: 996–1002.

22. Kawachi I., Colditz G., Stampfer M. et al. Smoking cessation and time course of coronary heart disease in middle aged women // Arch Intern Med. 1994; 154: 169–175.

23. Mosca L. Epidemiology and prevention of heart disease. In: Douglas P.S, ed. Cardiovascular Health and Disease in Women. 2nd ed. New York: WB Saunders; 2002: 23–28.

24. Rosenberg L., Kaufman D.W., Helrich S.P. et al. The risk of myocardial infarction after quitting smoking in men under 55 years of age // New England journal of medicine. - 1985. - Vol. 313. - P. 1511-1514.

25. Santo-Tomas M., Lopes-Jimenez F., Machado H. et al. Effect of cigar smoking on endothelium-dependent brachial artery dilation in healthy young adults. // American heart journal. - 2002. - Vol. 143 (1). - P. 83-86.

26. Schiff I., Bell W., Davis V. et al. Oral contraceptives and smoking, current considerations: recommendations of a consensus panel // Am J Obstet Gynecol. 1999; 180: S383–S384.

27. Stampfer M., Hu F., Manson J.E. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle // N Engl J Med. 2000; 343: 16–22.

#### Тұжырым

### ЖУРЕКТІН ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУҒА ТЕМЕКІНІҢ ЭСЕР ЕТУ ҚАУІП-ҚАТЕРІНІҢ ДАМУЫ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)

М.Т. Елемесова

Отан соғысы мүгедектері реабилитациясы орталығы, Семей қ.

Әдебиет шолу темекінің әсер ету жағдайына жүрек-қан тамырларының жүйесіне, микроциркуляцияға және эндотелийге жас адамдардың және жүректің ишемиялық ауруларына тұралы арналған. Жүректің ишемиялық ауруына емдеудің бөлім аспектеріне тұралы арналған.

**Негізгі сөздер:** қан тамыр арнасы, темекі тарту, жүрек-қан тамырларының жүйесі, эндотелий.

#### Summary

### THE EFFECT OF SMOKING ON THE RISK OF ISCHEMIC COIS HEART DISEASE. (REVIEW)

M. T. Elemesova

Center of rehabilitation of veterans of Semey city

The literature review is devoted to the influence of tobacco smoking on the cardiovascular system, the microvascular endothelium and in young healthy subjects and patients with coronary heart disease. We also consider some aspects of drug therapy of coronary heart disease.

**Key words:** microcirculatory bed, smoking, cardiovascular system, endothelium.



УДК 616.12-009.72-616.12-008.331.1

С.М. Исаханова

КГКП «Реабилитационный центр для инвалидов и участников Великой Отечественной войны»

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА  
В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР****Аннотация**

*Литературный обзор посвящен особенностям течения, выбору лекарственных препаратов для лечения ишемической болезни сердца в сочетании с артериальной гипертензией.*

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, терапия

Первостепенной задачей лечения является максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности за счет предупреждения ИМ, мозгового инсульта и хронической почечной недостаточности, обратного развития поражения органов-мишеней [3, 7].

Повышенное артериальное давление (АД) является одним из основных независимых факторов риска развития атеросклероза и ИБС, а также сердечной недостаточности [5]. Результаты крупномасштабного исследования MRFIT свидетельствуют о том, что уровни систолического и диастолического АД тесно коррелируют с показателем смертности от ИБС [2]. В то же время снижение повышенного АД приводит к уменьшению заболеваемости и смертности от ИБС [8]. Во всех исследованиях отмечается высокая частота выявления ИБС у больных АГ [4, 21].

Повышенное АД является одним из основных повреждающих факторов целостности эндотелиального слоя артерий [9]. В настоящее время эндотелиальная дисфункция рассматривается как начальный этап атерогенеза [9]. Главной целью лечения больных АГ является достижение максимального снижения риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [1, 11].

Современная стратегия у больных ИБС с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений предполагает обязательное назначение антитромбоцитарных препаратов (аспирин/аспирин кардио 75-150 мг или клопидогрель 75 мг), липидснижающих средств (статины с достижением необходимого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности - ХС ЛНП) и  $\beta$ -адреноблокаторов лицам, перенесшим ранее ИМ [2]. Присоединение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента - АПФ (периндоприл 8 мг или рамиприл 10 мг) всем больным со стабильной ИБС, в том числе без признаков сердечной недостаточности, гарантирует снижение риска развития ИМ, что будет способствовать заметному улучшению прогноза у этой категории больных.

Назначение антиагрегантов больным ИБС в сочетании с АГ имеет свои особенности. При высокой неконтролируемой АГ (АД >180/100 мм рт.ст.) требуется временная отмена антиагрегантов из-за риска геморрагических инсультов. После стабилизации АД на желаемом уровне антиагрегантная терапия безопасна и может быть начата или возобновлена [5, 11].

Среди липидснижающих препаратов статины являются эффективными средствами лечения больных с различными формами ИБС, причем при достижении целевого уровня ХС ЛНП ниже 2,5 ммоль/л или 100 мг/дл [2], а по последним данным [10, 15], ниже 2,0 ммоль/л или 75 мг/дл, значительно улучшается отдаленный исход заболевания. В то же время недавно было показано, что у больных АГ в сочетании с факторами

риска и умеренно выраженной гиперхолестеринемией присоединение статинов значительно уменьшает риск сердечно-сосудистых событий [22].

Препаратами выбора при АГ на фоне ИБС являются  $\beta$ -адреноблокаторы и антагонисты кальция, поскольку наряду с антигипертензивными эти классы препаратов обладают и антиишемическими свойствами [1, 11]. Более того, в нескольких клинических исследованиях и мета-анализах было показано, что  $\beta$ -адреноблокаторы снижают смертность и риск повторного ИМ на 20-25% у больных после уже перенесенного ИМ. Следует напомнить, что  $\beta$ -адреноблокаторы были одними из первых гипотензивных препаратов, которые, по данным плацебо-контролируемых исследований, продемонстрировали благоприятное влияние на отдаленный прогноз у больных АГ [8]. В клинической практике используются атенолол, метопролол, бисопролол, карведилол и другие препараты. Вместе с тем целесообразность применения такого  $\beta$ -блокатора, как атенолол, в этой ситуации после недавно представленных предварительных результатов исследования ASCOT поставлена под сомнение [4].

Среди препаратов, снижающих АД, ведущие позиции занимают антагонисты кальция. После окончания таких исследований, как STOP-2 [13], NORDIL [12], INSIGHT [6], ALLHAT [23], INVEST [19] и VALUE [14] получены доказательства полной безопасности различных представителей класса антагонистов кальция (нифедипина в новой лекарственной форме - ГИТС, амлодипина, верапамилла, дилтиазема) и эффективности в улучшении прогноза у больных АГ в сравнении с диуретиками,  $\beta$ -адреноблокаторами, ингибиторами АПФ и блокаторами ангиотензиновых рецепторов при хорошей переносимости в плане метаболических нарушений. Одним из первых, хорошо организованных клинических исследований по изучению эффективности и безопасности антагонистов кальция у больных АГ, стало международное исследование INSIGHT [6]. В нем у 6321 больного с АГ и сопутствующими факторами риска сердечно-сосудистых осложнений изучалось влияние антагониста кальция нифедипина ГИТС и диуретика коамлозида. На фоне монотерапии нифедипином ГИТС в 70% случаев удалось достичь целевого уровня АД, что подтверждает выраженный снижающий АД эффект антагонистов кальция.

Как уже отмечалось ранее,  $\beta$ -адреноблокаторы и антагонисты кальция в соответствии с современными рекомендациями являются препаратами выбора при лечении больных АГ в сочетании с ИБС [1, 11]. В исследовании INVEST [19] изучались две стратегии ведения больных АГ в сочетании с ИБС - на основе антагонистов кальция и  $\beta$ -адреноблокаторов. Включенные в исследование 22 576 больных АГ и ИБС получали либо верапамил замедленного высвобождения в дозе 240 мг с при-

соединением ингибитора АПФ трандолаприла и диуретика гидрохлортиазида для достижения целевого уровня АД, либо ателолол с присоединением гидрохлортиазида, а затем назначением при необходимости трандолаприла. В среднем через 2,7 года лечения при одинаковом контроле за уровнем АД в общей сложности 2269 больных достигли первичную конечную точку без достоверных различий между группами (9,93% в группе антагониста кальция и 10,17% в группе b-адреноблокатора; относительный риск 0,98; 95% доверительный интервал 0,90-1,06). Таким образом, антагонисты кальция (верапамил замедленного высвобождения) не уступают по эффективности b-адреноблокаторам (ателолол) при лечении больных АГ в сочетании с ИБС. В исследовании CAMELOT [17], которое закончилось недавно, изучалось влияние антигипертензивных препаратов (амлодипин 10 мг и эналаприл 20 мг) и плацебо на прогноз больных со стабильной ИБС с исходно нормальным уровнем АД, а также оценивалось прогрессирование атеросклероза коронарных артерий с помощью внутрисосудистого УЗИ. Наряду с благоприятным влиянием на прогноз в группе антагониста кальция по сравнению с группой плацебо, по результатам внутрисосудистого УЗИ не наблюдалось увеличения объема атеромы коронарных артерий ( $p=0,31$ ). В то же время у больных, рандомизированных в группу плацебо, было выявлено достоверное прогрессирование атеросклеротического поражения по сравнению с исходным состоянием ( $p<0,001$ ) и отмечена тенденция к прогрессированию атеросклероза у больных на фоне ингибитора АПФ ( $p=0,08$ ). Ингибиторы АПФ. Атеросклероз, как было показано в последнее время, четко ассоциируется с нарушениями в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе [9], поэтому перспективным направлением в лечении ИБС может стать ингибирование активности АПФ, предупреждающее продукцию ангиотензина II и повышающее уровень брадикинина.

Результаты исследований HOPE и EUROPA доказали целесообразность назначения ингибиторов АПФ в установленной эффективной дозе больным с атеросклеротическим поражением коронарных артерий (ИБС) независимо от функционального состояния левого желудочка, несмотря на отсутствие положительных результатов в таких исследованиях, как QUIET [20], PEACE [18], CAMELOT [17].

Лечение больных, страдающих одновременно ИБС и АГ, требует комплексного подхода, то есть одновременного воздействия на оба состояния. Основными принципами лечения больных ИБС в сочетании с АГ остаются адекватный контроль за уровнем АД, назначение антиагрегантов и статинов. Для достижения целевого уровня АД используются как b-адреноблокаторы (необходимо выбирать метаболически нейтральные препараты этого класса), так и антагонисты кальция, причем последние демонстрируют высокую эффективность при сочетании ИБС и АГ; ингибиторы АПФ не только позволяют надежно контролировать уровень АД, но и имеют дополнительные благоприятные эффекты, помимо снижающего АД действия.

#### Литература:

1. Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. М 2004.
2. Комитет экспертов ВНОК. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение) 2004.

3. Сыркин А.Л. Лечение стабильной стенокардии. Consilium medicum. 2000; 2:470-477.
4. ASCOT study investigators, 2005. <http://www.ascotstudy.org/home>. Htm.
5. Armstrong P.W. Stable ischemic syndromes. In: Textbook of cardiovascular medicine. Ed. E.J. Topol. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins-Raven 1998;333-364.
6. Brown M.J., Palmer C.R., Castaigne A. et al. Morbidity and mortality in patients randomized to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: INSIGHT. Lancet 2000;356:366-372.
7. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-2572.
8. Collins R., Peto R., MacMahon S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990;335:827-838.
9. Dzau V., Bernstein K., Celermaier D. et al. The relevance of tissue angiotensin-converting enzyme: manifestations in mechanistic and endpoint data. Am J Cardiol 2001;88:Suppl L:L1-L20.
10. Grundy S.M., Cleeman A., Merz C.N.B. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. Circulation 2004;110:227-239.
11. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-1053.
12. Hansson L., Hedner T., Lund-Johansen P. et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study. Lancet 2000;356:359-365.
13. Hansson L., Lindholm L., Ekbom T. et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular morbidity and mortality the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. Lancet 1999;354:1751-1756.
14. Julius S., Kjeldsen S.E., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipin: the VALUE randomised trial. Lancet 2004;363:2021-2031.
15. La Rosa J.C., Grundy S.M., Waters D.D. et al. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. N Engl J Med 2005;352:1425-1435.
16. Neaton J.D., Wentworth D. for the Multiple Risk Factor Intervention Trial Group. Serum cholesterol, blood pressure, cigarette smoking, and death from coronary heart disease: overall findings and differences by age for 316,099 white men. Arch Intern Med 1992;152:56-64.
17. Nissen S.E., Tuscus E.M., Libby P. et al. Effect of antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary artery disease and normal blood pressure. The CAMELOT study: a randomized controlled trial. JAMA 2004;292:2217-2226.
18. PEACE Trial investigators. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. N Engl J Med 2004;351:2058-2068.
19. Pepine C., Handberg E.M., Cooper-deHoff R.M. et al. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study

(INVEST): a randomized controlled trial. JAMA 2003;290:2805-2816.

20. Pitt B., O'Neill B., Feldman R. et al. The Quinapril Ischemic Event Trial (QUIET): evaluation of chronic ACE inhibitor therapy in patients with ischemic heart disease and preserved left ventricular function. Am J Cardiol 2001;87:1058-1063.

21. Rosendorff C. Treatment of hypertension patients with ischemic heart disease. In: Hypertension Primer: The essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management. Eds. J.L.Jr. Izzo, H.R. Black. Philadelphia PA: Lippincott Williams & Wilkins 2003;456-459.

22. Sever P.S., Dahlof B., Poulter N.R. et al. for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial - Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2003;361:1149-1158.

23. The ALLHAT Officers and Coordinators. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to ACE inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic (ALLHAT). JAMA 2002;288:2981-2997.

#### **Тұжырым**

### **ЖУРЕКТІН ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ЖӘНЕ АРТЕРИАЛДЫҚ ҚЫСЫМНЫҢ АҒЫМНЫҢ ЕРЕШЕЛІКТЕР ЖӘНЕ ЕМДЕУ (ӘДЕБИЕТТЕРГЕ ШОЛУ)**

**С.М. Исаханова**

**Отан соғысы мүгедектері реабилитациясы орталығы, Семей қ.**

Әдебиетке шолуда жүректін ишемиялық ауруының және артериялық қысымның ағымның ерешеліктер және емдеу тұралы арналған.

**Негізгі сөздер:** Жүректін ишемиялық ауру, артериялық қысым, емдеу.

#### **Summary**

### **THE COURSE AND TREATMENT OF CORONARY HEART DISEASE THE HEART IN COMBINATION WITH ARTERIAL HYPERTENSION (REVIEW)**

**S.M. Isakhanova**

**Center of rehabilitation of veterans of Semey city**

The literature review is devoted to the peculiarities of the current, the choice of a medicament for the treatment of ischemic heart disease in combination with hypertension.

**Keywords:** coronary heart disease, hypertension, therapy.

УДК 377.5:61

З.К. Жумадилова, А.Ш. Каскабаева, А.С. Ботабаева, Ж.Е. Муздубаева

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра внутренних болезней**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ» В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»****Аннотация**

Развитие практических знаний и умений является основной составляющей образовательных программ медицинских ВУЗов. Методика «стандартизированный пациент» внедрена на 4 курсе ОМФ по дисциплине «Внутренние болезни». Использование стандартизированных пациентов позволит улучшить коммуникативные навыки, общую клиническую компетентность и развитие профессиональной этики студентов, повысит компетенции преподавания и оценки ППС, обеспечит динамический образовательный ресурс.

**Ключевые слова:** инновационные технологии, стандартизированный пациент, практические навыки, оценочный лист, обратная связь.

В последнее десятилетие медицинское образование Казахстана претерпевает ряд прогрессивных изменений, связанных с широким внедрением в сферу обучения новых информационных и инновационных технологий, направленных на подготовку высококвалифицированных медицинских кадров. Повсеместно в медицинских учебных заведениях были открыты и функционируют учебно-клинические центры, где на манекенах и муляжах студенты отрабатывают практические навыки. Однако технически оснащенные центры не в полной мере дают возможность отработать такие навыки как: общение с реальными пациентами, развитие коммуникативных способностей, сбор анамнеза, навыки физического осмотра. Выпускники высших медицинских заведений нередко вынуждены обучаться врачебному мастерству уже непосредственно на своих рабочих местах, имея при себе диплом, а порой уже и сертификат специалиста. В последнее время частой проблемой в образовательном процессе следует признать отсутствие 100%-й обеспеченности студентов реальными больными и возможная сложность в вопросах общения «студент—пациент» в силу этических моментов (не всегда пациент готов раскрыться перед студентом) [1]. Один из путей решения этой важной проблемы является сосредоточение усилий по реализации программ, методология которых учит не просто знаниям, а знаниям-умениям [2]. Имитационные игры как одна из форм обучения студентов-медиков привлекают внимание специалистов уже давно [3]. В настоящее время методика обучения студентов на примере разыгрываемых ситуационных задач, с привлечением пациентов-актеров (так называемый стандартизированный пациент - СП) очень популярна во всем мире.

Учитывая требования современного обучения, кафедрой внутренних болезней решено внедрить данную методику в образовательный процесс студентов 4 курса ОМФ. Для начала несколько слов о СП и самой методике.

«СП - человек, подготовленный симулировать реального пациента настолько точно, что симуляцию не может заметить даже опытный клиницист. (Baggows, 1993). Во время симуляции, СП симулирует пациента в целом, то есть не только анамнез и симптомы, но и поведение, и эмоциональные и личностные характеристики».

СП представляют особую ценность для обучения студентов, осваивающих сбор анамнеза и умения клинического осмотра, готовясь к взаимодействию с реальными пациентами. Осваивая реалистичные сценарии с участием СП, они накапливают опыт, а преподаватели

получают возможность оценить - как студенты применяют новые знания на практике [4].

Преимущества использования СП в учебном процессе:

- удобно - доступно в любое время, в любом месте;
- надежно – пациенты являются стандартизированными и воспроизводимыми;
- достоверно – сопоставимо с реальными пациентами;
- контролируемо – преподаватели приводят с целями обучения;
- реалистичное – преподаватели интегрируют психосоциальные проблемы в клинический случай;
- корректирующее – студент немедленно получает обратную реакцию;
- практическое – студенты отрабатывают на практике методы физического обследования, инвазивные методы обследования (обследование органов таза, молочных желез);
- повторяемое – студенты могут многократно повторять клинические ситуации, в которых они не готовы работать самостоятельно;
- измеримое – результаты студентов можно сравнивать;
- безопасное – не причиняет неудобства, дискомфорта и не несет потенциального вреда для реальных пациентов;
- эффективное – обеспечивает непрерывное накопление опыта в сжатые временные рамки сокращает нагрузку на преподавателей медицинских вузов. Если в вузе используется программа со СП, значит в наличии уже имеется ценный ресурс!

Сотрудниками кафедры внутренних болезней проделана большая работа, которая состояла из нескольких этапов:

1. Составление клинических сценариев для СП и методических ресурсов (наборы лабораторно-инструментальных данных).

2. Подбор стандартизированных пациентов. В роли пациента выступает специально подготовленный человек (актер), способный с большой степенью достоверности инсценировать тот или иной клинический сценарий [5]. В нашем случае подобраны и обучены два стандартизированных пациента на казахском и русском языках.

3. Подготовка оценочной документации (создание оценочных листов: СП, эксперта и преподавателя, заполнение анкеты СП).

4. Обучение стандартизированных пациентов.

5. Аprobация симуляционной технологии с применением стандартизированных пациентов.

6. Внедрение симуляционной технологии с применением стандартизированных пациентов

7. Анализ обратной связи (проведение анализа обратной связи студентов и преподавателей).

8. Проведение мастер-класса для ППС.

В соответствии с Типовой программой дисциплины «Внутренние болезни» 4 курса были созданы 5 клинических сценария и оценочная документация: блок «гастроэнтерология» клинические случаи – «Язвенная болезнь», «Синдром раздраженного кишечника», блок «кардиология» – «Ишемическая болезнь сердца», «Артериальная гипертензия», блок «ревматология» – «Деформирующий остеоартроз».

Занятия с применением СП проводились по следующему алгоритму:

- Студент самостоятельно проводит обследование СП (сбор анамнеза, объективного обследования). Работа студента, исполняющего роль «врача-куратора» проходит индивидуально, в симуляционном кабинете, где созданы условия приближенные к реальной действительности, имитирующие кабинет поликлиники.

- СП выдает «отработанный» клинический сценарий. Он имеет конкретные установки, которые запрещают импровизировать по основной сюжетной линии и нацеливают выдавать четко сформулированную информацию по разработанному сценарию. СП не перебивает студента во время беседы, а также не предоставляет информацию добровольно, пока студенты не спросят о ней сами.

- Студент находится под перекрестным контролем, его действия оценивает преподаватель, эксперт-студент и СП с заполнением «оценочного листа».

- Как студент, так и преподаватель могут контролировать беседу с взятием - паузы «time-out» и продолжить работу - «time-in». Например, если студент в беседе чувствует себя неуверенно или не знает, что сказать, он предупреждает об этом, говоря «перерыв» («time-out»). СП входит в состояние безучастности и ведет себя так, как будто ожидает доктора. Когда студент готов продолжить, он говорит «рабочее время» («time-in»).

- После проведения первого этапа работы со СП, студент приступает к анализу полученных общеклинических данных, обосновывает предварительный диагноз, составляет план обследования, студент - куратор получает необходимые результаты лабораторно-инструментальных исследований.

- Заключительный этап работы - защита клинического случая с постановкой диагноза и назначение лечения с позиций доказательной медицины с выпиской рецептурного бланка.

- Важная составляющая работы по методике СП – это контроль качества работы студента и обратная связь – «дебрифинг»: обсуждение, заключение СП, экс-

перта и резюме преподавателя с выставлением общей итоговой оценки, отражающей его знания и умения.

При проведении анализа обратной связи получены положительные отзывы студентов, которые отметили развитие следующих компетенций: коммуникативные навыки, практические навыки, клиническое мышление, возможность применять полученные знания на реальных пациентах.

Подводя условную черту под представленным материалом, хотелось бы подчеркнуть собственные впечатления от методики «стандартизированный пациент». На наш взгляд, она предоставляет возможность студенту почувствовать себя ответственным за пациента, полагаясь на свои силы и знания. Выявленный недостаток теоретического багажа, слабость практических навыков помогут студенту в оставшееся в вузе время ликвидировать недочеты и более внимательно относиться к работе с больными на профильных кафедрах.

Таким образом, в свете актуальных проблем современного здравоохранения становится очевидным, что необходимо не только активно искать новые пути по повышению качества образования студентов медицинских вузов, но и более широко внедрять перспективные новшества в структуру учебно-методического процесса. Особое внимание следует уделять методам активного обучения и контроля, являющимся наиболее действенными и результативными. В то же время они ни в коей мере не должны быть противопоставлены этапам клинической подготовки и экзаменации у постели больного, составляющими важную часть обучения. Только их адекватное сочетание способно реально повысить образовательный уровень выпускников высших медицинских заведений, а практическое здравоохранение обеспечить высоко квалифицированными специалистами.

#### Литература:

1. Булатов С.А., Хамитов Р.Ф. Практические умения и навыки. Программа освоения практических умений по методике «Стандартизированный пациент»: учебно-методическое пособие. - Казань: Бриг, 2006. - 44 с.
2. Мещерякова М., Подчерняева Н., Шубина Л. Обучение профессиональным мануальным умениям и оценка уровня их сформированности у студентов медицинских вузов // Врач. - 2007. - № 7. - С. 81-83.
3. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине. - Ташкент: Медицина, 1986. - 320 с.
4. М. Кантрелл (M.Cantrell) Симулированные/стандартизированные пациенты. Глава 29 из книги «A practical guide for medical teachers» (пер. сангл. под ред. З.З. Балкизова) // Медицинское образование и профессиональное развитие – 2011. - №3. - С. 92-99.
5. Созинов А.С., Булатов С.А. Виртуальный больной – взгляд в будущее или игрушка для интеллектуалов // Виртуальные технологии в медицине. – 2010. - №1(3). – С.19-24.

#### Тўжырым

### «ІШКИ АУРУЛАР» ПӘНІ БОЙЫНША 4 КУРС СТУДЕНТТЕРІНІŇ ОҚУ ҮРДСІНДЕ СТАНДАРТТАЛҒАН ПАЦИЕНТТИ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

З.К. Жумаділова, А.Ш. Қасқабаева, А.С. Ботабаева, Ж.Е. Мұздубаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Ішкі аурулар кафедрасы

Тәжірибелік білім мен дағдыларды дамыту медициналық Жоғарғы оқу орындарының білім беру саласындағы негізгі бағдарламасы болып саналады. «Стандартталған пациент» әдістемесі ЖМФ 4 курсында «Ішкі аурулар» пәнінде енгізілді. Стандартты пациенттерді қолдану студенттердің коммуникативті дағдыларын жақсартуға, жалпы клиникалық компетенттілігін арттыруға, кәсіби этикасын дамытуға, ұстаздардың оқыту біліктілігін жоғарлатуға, бағалау әдістерін кеңейтуге мүмкіндік береді және динамикалық оқыту ресурсымен қамтамасыз етеді.

**Негізгі сөздер:** инновациялық технологиялар, стандартталған пациент, тәжірибелік дағдылар, бағалау парағы, кері байланыс.

## Summary

**EXPERIENCE OF «STANDARDIZED PATIENT» TECHNIQUE INTRODUCTION  
IN EDUCATIONAL PROCESS OF 4 COURSE STUDENTS BY «INTERNAL DISEASES» DISCIPLINE****Z.K. Zhumadilova, A.Sh. Kaskabayeva, A.S. Botabayeva, Zh.E. Muzdubayeva  
Semei State Medical University, Chair of internal diseases**

*Development of practical knowledge and abilities is the main component of educational programs of medical schools. The technique "the standardized patient" is introduced on the 4th course on discipline "Internal diseases". Use of the standardized patients will allow to improve communicative skills, the general clinical competence and development of professional ethics of students, will increase competences of teaching and a faculty assessment, will provide a dynamic educational resource.*

**Key words:** *the innovative technologies, the standardized patient, practical skills, check list, feedback.*

УДК 614.213:378.1

**Ж.Т. Жетмекова, Ж.К. Маженова, С.С. Кырыкбаева, Р.М. Жумамбаева**

**Государственный медицинский университет города Семей  
Магистранты 1 года по специальности «Сестринское дело», Кафедра общественного здравоохранения и информатики, Кафедра пропедевтики внутренних болезней.**

**АНАЛИЗ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ  
НА ФАКУЛЬТЕТЕ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»****Аннотация**

*В статье анализируется сформированность специальных компетенции бакалавра сестринского дела. Особенно авторы акцентируют внимание на компетенции практические навыки которая позволяет приобрести навыки и умения в практической области профессиональной деятельности.*

**Ключевые слова:** специальность "Сестринское дело", профессиональная компетентность, профессиональное образование, специальные компетенции, практические навыки, формирование компетенции, программы элективных дисциплин.

**Актуальность:** На протяжении длительного периода в стране сестринскому делу не уделялось должного внимания. Это привело к значительному отставанию этой области здравоохранения от развития современной науки и медицинских технологий, явилось причиной выбывания из профессии квалифицированного сестринского персонала. повсеместного снижения обеспеченности лечебно-профилактических учреждений сестринскими кадрами, увеличения дисбаланса в соотношении между врачами и медицинскими сестрами, и, как следствие, ухудшения качества оказываемой медицинской помощи. [1]

Вхождение Казахстана в новые социально-экономические условия выдвинуло на первый план необходимость проведения изменений в национальной системе образования. Ориентация сестринского образования на подготовку медицинской сестры нового качества требует соответствующей подготовки преподавателей. Введение высшего сестринского образования (ВСО) и открытие соответствующих факультетов в медицинских вузах Казахстана в 2006 году по специальности "Сестринское дело" (СД), основанного на принципиально новом понимании профессиональной деятельности сестры, явилось одним из первых шагов реформы сестринского образования в Республике Казахстан в целом. Стратегия этих изменений, изложенная в программе Саламатты Казахстан, предполагает дальнейший пересмотр образовательных программ и разработку качественных иных методов обучения, создание нового, отвечающего современным требованиям учебного процесса. [2]

В последние годы акцент в определении целей профессиональной подготовки сместился с усвоения студентами знаний и умений на формирование такой комплексной структуры, как профессиональная компе-

тентность. [3] Это понятие, широко распространенное в зарубежной системе образования, в последнее десятилетие, в связи со стремлением РК интегрироваться в европейское сообщество, становится в отечественном образовании базисным для определения не только стратегии общего и профессионального образования, но и для выбора подходов, методов, средств обучения и т.д.

Согласно постановлению ученого совета Государственного медицинского университета города Семей от 6 сентября 2011 г к специальным компетенциям относятся:

- 1) знание и понимание в изучаемой области;
- 2) практические навыки;
- 3) коммуникативные навыки с навыками критического мышления;
- 4) навыки научного мышления. [4]

Преимуществом ГОСО-2012 является введение большого количества элективных дисциплин, что дает возможность быстро реагировать на потребности рынка труда, потребности вуза, возможность создания конкуренции между отдельными кафедрами за студентов. Так из 64 изучаемых кредитов блока базисных дисциплин 42 составляют компоненты по выбору (65%), а из 32 кредитов профилирующих дисциплин компоненты по выбору составляют 26 (81%) кредитов. [5].

Для полноценного формирования компетенции при рекомендации компонентов по выбору на наш взгляд любой ВУЗ должен руководствоваться не только селективными предусматривающими обязательное участие изучаемых дисциплин но и обоснованным и научно подтвержденным восполнением программы элективами.

Таблица 1.

Шифр компетенций.

Шифр компетенции	1 курс					2 курс				3 курс	4 курс	
	ООД	БД				БД			ООД			
	Информатика	ОБЖ	Анатомия	Физиология	Микробиология	Основы психологии и коммуникативных навыков	Общая патология	Оценка состояния здоровья	Основы сестринского дела	Фармакология	Основы экономической теории	Менеджмент в сестринском деле
<b>Уметь</b>												
СК-02.01 Проводить целенаправленные мероприятия по профилактике заболеваний, укреплению, восстановлению здоровья индивида и группы населения;			+	+	+	+	+	+	+			
СК-02.02 Анализировать состояние общественного здоровья и потребности населения в медицинской, медико-социальной и медико-санитарной помощи;											+	
СК-02.03 Проводить сбор и оценку данных о состоянии здоровья пациента;			+	+	+	+	+	+	+			
СК-02.04 Организовать и осуществлять сестринский процесс для обеспечения квалифицированного ухода за пациентом с учетом его индивидуальных потребностей и проблем;			+	+	+	+	+	+	+			
СК-02.05 Оценивать эффективность оказания медицинской и медико-социальной помощи пациенту;								+				
СК-02.06 Оказывать медицинскую помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях;		+	+	+	+	+	+	+	+			
СК-02.07 Взаимодействовать с коллегами, организовать работу исполнителей, находить и принимать управленческие решения, связанные с трудовыми ресурсами организации;											+	
СК-02.08 Проводить анализ работы организации в системе оказания сестринской помощи;											+	
<b>Владеть навыками:</b>	+								+			
СК-02.09 Сбора, хранения и обработки информации, в том числе и компьютерной, в сфере профессиональной деятельности;												
СК-02.10 Оказания медицинской, медико-социальной, медико-санитарной и неотложной помощи;		+	+	+	+	+	+	+	+			
СК-02.11 Пропаганды здорового образа жизни, проведение мероприятий по профилактике заболеваний;					+			+				
СК-02.12 Планирования, организации, руководства, координации и контроля сестринских служб в системе здравоохранения;									+		+	
СК-02.13 Эффективной коммуникации, управления конфликтами, стрессами и использования инноваций в организации;						+			+		+	
СК-02.14 Определения профессиональной готовности исполнителей в области сестринского дела;									+			
СК-02.15 Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания, формулировки целей обучения, организации и проведения учебного процесса;												
<b>Быть компетентным в вопросах:</b>											+	
СК-02.16 Международного и отечественного состояния и развития сестринского дела;											+	
СК-02.17 Совершенствования качества оказания медицинских услуг;											+	
СК-02.18 Разработки и использования стандартов оказания медицинской помощи специалистами сестринского дела;									+		+	
СК-02.19 Управление, руководства и маркетинговой деятельности в сфере здравоохранения										+	+	

Как известно формирование компетенции практические навыки выпускника СД проводится изучаемыми дисциплинами на протяжении всего периода обучения, однако степень участия их при этом исследована недостаточно. Вместе с тем необходимость совершенствования компетенций практических навыков путем анализа их, а также целенаправленные и обоснованные рекомендации в образовательные программы элективных дисциплин с учетом степени участия предметов в их формировании, является одним из приоритетных направлений в подготовке высококвалифицированного специалиста СД.

**Цель исследования:** совершенствование формирования компетенций практические навыки на факультете сестринского дела путем обоснованного введения элективных дисциплин.

**Материалы и методы исследования:** Для выполнения поставленной цели нами был разработан паспорт компетенций Согласно которому эти компетенции обозначены были как **СК-01, СК-02, СК-03 и СК-04** соответственно.

В связи с тем что, компетенцию практические навыки формируют разные дисциплины, то подкомпетенций оказалось 19 и были они обозначены в цифровой номинации СК-02-01, СК-02-02, СК-02-03 и так далее до СК-02-18 (см таблицу 1 шифр компетенций).

Для обоснованной рекомендации студентам элективных дисциплин была изучена полнота сформированности всех подкомпетенций на курсах с учетом предметов участвующие в формировании компетенции СК-02 (практические навыки) начиная с 1 по 4 курс. последующей оценкой полноты сформированности каждой подкомпетенций.

**Результаты исследования.** При анализе проведенных исследований нами были получены следующие результаты: на протяжении периода обучения с 1 по 3 курс большинством изучаемых предметов, т.е. в количестве 8-9, формируются такие подкомпетенции как: СК-02.03, СК-02.04, СК-02.06, СК-02.10. Несколько хуже, т.е. 3 изучаемыми предметами формируются подкомпетенция СК-02.13. Двумя предметами формируется подкомпетенции СК-02.09, СК-02.11, СК-02.12, СК-02.19, СК-02.18. С участием лишь одного предмета формируются подкомпетенции СК-02.02 (Анализировать состояние общественного здоровья и

потребности населения в медицинской, медико-социальной и медико-санитарной помощи), СК-02.05 (Оценивать эффективность оказания медицинской и медико-социальной помощи пациенту), СК-02.14 (Определения профессиональной готовности исполнителей в области сестринского дела), СК-02.17 (Совершенствования качества оказания медицинских услуг). Вместе с тем в формировании такой подкомпетенции как СК-02.15 (Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания, формулировки целей обучения, организации и проведения учебного процесса) не участвуют ни один из изучаемых по программе предметов.

**Выводы.** Таким образом, если большинство клинических подкомпетенций формируются наиболее полноценно и главным образом на первом и втором курсах, то управленческие подкомпетенции основными изучаемыми предметами формируются слабо, что указывает на необходимость введения элективных дисциплин, конкретно, для формирования соответствующих подкомпетенции. В связи с этим для совершенствования компетенции практических навыков считаем целесообразным вводить в учебный процесс элективы с учетом не только траектории специальности и рекомендуемого ГОСО 2012 перечня элективов, а сформированности подкомпетенции согласно предлагаемого нами паспорта.

#### Литература:

1. Двойников С.И., Карасева Л.А., Пономарева Л.А. Теория сестринского дела. Самара. - ГП Перспектива. - 2002. - С. 6-9.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы;
3. Кеннеди Д. Написание и применение результатов обучения: практическое руководство. Университет Крок (Ирландия). - 2007. - С. 3-5.
4. Протокол Ученого Совета ГМУ г Семей №1 от 6.09.2011 г.
5. ГОСО Республики Казахстан Сестринское дело. - 2012. - С. 8 - 11.
6. Аяпов К.А. Сестринское образование в современных условиях и основные пути его дальнейшего совершенствования // Медицина.- 2002. - №5. - С. 113-115.

#### Тұжырым

#### «МЕЙІРБИКЕ ІСІ» ФАКУЛЬТЕТІНДЕ ТӘЖІРИБЕЛІК ДАҒДЫЛАР БІЛІКТІЛІГІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫНЫҢ САРАПТАМАСЫ

**Ж.Т. Жетмекова, Ж.К. Маженова, С.С. Кырыкбаева, Р.М. Жумамбаева**  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,  
«Мейірбике ісі» мамандығы бойынша 1 жыл магистранттары,

**Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасы, Ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы**  
Мақалада мейірбике ісі бакалаврларының арнайы біліктіліктерінің қалыптасуы сарапқа салынады. Әсіресе авторлар кәсіби әркетінің тәжірибелік саласында дағдылар және машықтарды меңгеруге мүмкіндік беретін тәжірибелік дағдылар біліктілігіне басым назар аударған.

**Кілт сөздер:** «Мейірбике ісі» мамандығы, кәсіби біліктілік, кәсіби білім беру, арнайы біліктілік, тәжірибелік дағдылар, біліктіліктің қалыптасуы, элективті пәндердің бағдарламалары.

#### Summary

#### ANALYSIS OF FORMING OF COMPETENCE PRACTICAL SKILLS ON THE FACULTY "NURSING"

**Zh.T. Zhetmecova, Zh.K. Mazhenova, S.S. Kyrykbaeva, R.M. Zhumambaeva**  
Semey State Medical University, 1 year Master students in "Nursing",

Department of Public Health and Department of Informatics, Department of Internal Diseases Propedeutics

This article analyzes the formation of the special competence of nursing bachelor. Authors emphasize the competence of practical skills which allows to acquire skills in the practical field of professional work.

**Keywords:** specialty "Nursing", a professional competencies, practical skills, the formation of competence, program of elective subjects.



UDC 614.2:378

T.K. Rakhypbekov, M.V. Goremykina, N.E. Glushkova

Semey State Medical University

**EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS OF YOUTH IN KAZAKHSTAN AND EAST KAZAKHSTAN REGION**

**Summary**

The article presents the results of epidemiological indicators analysis of youth in the Republic of Kazakhstan.

**Key words:** youth, epidemiological indicators

**Background.** Young people can be defined as socio-demographic group that is allocated on the basis of population age characteristics, characteristics of the social situation and the socio-psychological characteristics [1]. However, national statistics and in government programs there are differences in the definition of the age group. According to the Law on the State Youth Policy of 7.07.2004, the "young people - are citizens of the Republic of Kazakhstan at the age of fourteen to twenty-nine years" [2] At this age period saw major social and demographic developments in the human life cycle: the completion of general education, choice and getting the profession, starting work, marriage, the birth of children. In the State Statistics of Kazakhstan since 2001, has changed the age limit for inclusion in the population of youth: before 2001 the age limit for inclusion in the youth was 16 - 29 years, and since 2001, 15-24, as recommended by the International Labour Organization and the definition adopted international Conference of Labour Statisticians [3].

**Purpose** of this study was carried out analysis of epidemiological indicators of the Republic of Kazakhstan youth.

**Materials and methods.** He article contains materials the Statistics Agency of the Republic of Kazakhstan for the period from 1999 to 2012. Results were analyzed using descriptive statistics methods. The procedure for the statistical analysis performed using SPSS 20 for Windows (Semey State Medical University).

**Results and discussion.** According to the Statistics Agency of Kazakhstan on January 1, 2012 the number of young people aged 14 to 29 years was 4.3 million. In the structure of contemporary society age group of young people holds 26.9% of the total population of the country [4]. At the same time in the last decade up to 2008 there was a trend increase in the share of young people in the population. However, since the beginning of 2010 to 2012 the country has been a marked trend towards a reduction in the number of young people in general, and its share of the total population (Figure 1, 2).

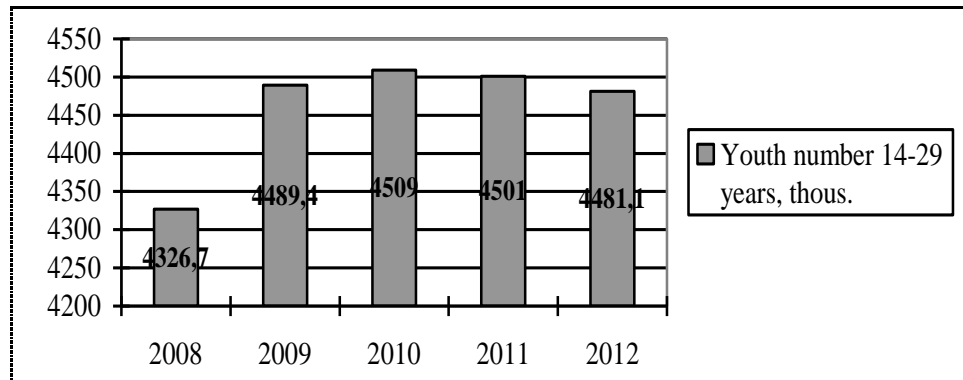


Figure 1 – The number of people aged 14-29 лет in the Republic of Kazakhstan, 2008-2012.

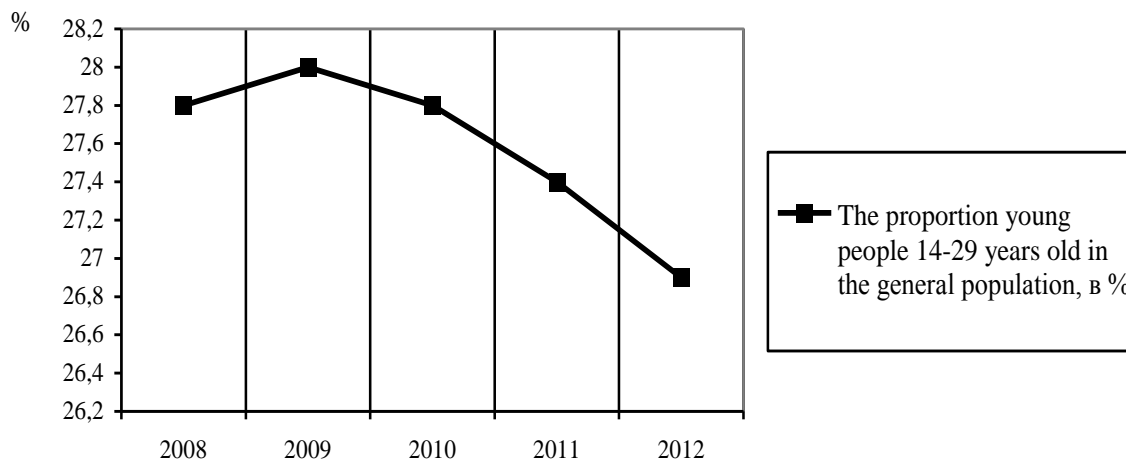


Figure 2 - The proportion of the population aged 14-29 years in the total population the Republic of Kazakhstan, 2008-2012

Describing the health of young people at the national level, according to the Agency of Statistics the Republic of Kazakhstan to note the changes in fertility. Interpretation of fertility expresses the level of reproductive health of young people and has an integral value in assessing the age group 15 to 19 years (AFR - adolescent fertility rate) [4].

Between 1999 and 2009, the birth rate in the republic and the EKR (East Kazakhstan Region) is on the rise in the age groups 20 - 24 and 25 - 29 years. So, in 2009, com-

pared with 1999, the birth rate in the whole country rose by 22.84 in the group of 20 - 24 years of age and at 57.02 in the group of 25 - 29 years. In the EKR for the same period a similar trend can be noted. Birth rates in groups of 20 - 24 and 25 - 29 years have grown for 10 years at 5.17 and 46.27 respectively (Table 1). This situation reflects the stabilization of the socio-economic processes in the country by 2009 compared with 1999.

Table 1.

Birth rates in the Republic of Kazakhstan and EKR in the age groups 15 - 19, 20 - 24, 25 - 29 years, 1999 – 2009

Age	the Republic of Kazakhstan		EKR	
	1999	2009	1999	2009
15-19	33,83	31,04	23,19	27,08
20-24	133,3	156,14	110,53	115,7
25-29	100,01	157,03	77,76	124,03

The opposite situation is observed when assessing fertility rates in the age group 15 - 19 years. Factor in this group is of particular importance and is defined by the term "fertility rate among teenagers." AFR is one of the international indicators to improve the health of young people. The international community in addressing the challenges of universal access to goods and services of sexual and reproductive health has defined its official indicator. This indicator is also a measure of young people's access to services and goods to sexual and reproductive health.

Describing the AFR for the period 2009 to 2011, it should be noted that according to EKR, as well as on the country, the rate is high, but in general it can be noted improvement. Thus, according to the data shown in Figure 3, AFR for the Republic of Kazakhstan has dropped compared with 2009 in 2010 to 2.85 and 1.64 in 2011. By EKR change this ratio is even more remarkable that apparently reflects the effectiveness of the Youth Health Centres (YHC) reproductive health of adolescents and young adults. Compared with 2009 AFR on EKR in 2011 decreased by 3.64 (Figure 3).

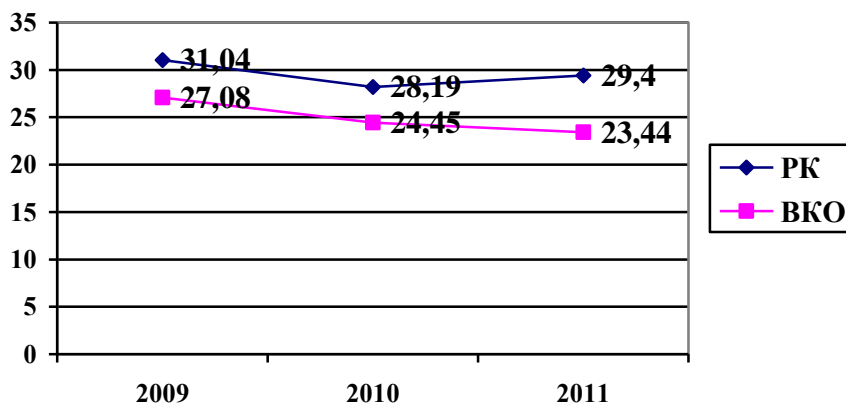


Figure 3 - The dynamics of adolescent fertility rate (AFR) in the Republic of Kazakhstan and EKR, 2009-2011

Changes in the direction of reducing the AFR, of course, are the characteristic of positive changes in the state of reproductive health of young people of the Republic of Kazakhstan. However, one should take into account the fact that the most favorable is less than 10 AFR adopted the equivalent of being a relative measure of the developed countries of Europe, such as Germany, France, Italy.

When analyzing the data of the annual report of the Agency on Statistics of the Republic of Kazakhstan, in addition to indicators of the youth population, fertility and AFR, we have analyzed the mortality in this age group (14 - 29 years).

According to the 2011 mortality rate among the general population in our country has reached the numbers 9.95 per 1,000 people, including young people, the figure is 1.44 per 1,000.

The distribution of causes of death among young people in 2009-2011. 100 thousand people demonstrated in Figure 4.

Somewhat declining, are all major causes of death, except for class neoplasms. At the same time, it should be noted that in all the years the dominant position is quantified mortality from accidents, poisonings and injuries ( $\chi^2 = 18,21; p < 0,01$ ).

The high mortality rate in the class of accidents, poisonings and injuries can be attributed to allocation of the Republic of Kazakhstan to the region with a "super-high" rates of suicidal activity of the population (more than 30 per 100,000 population per year), while in the EKR's rate the highest in the country (50, 4), as well as a high level of road accidents.

The high incidence of suicidal activity, while characterizing the distribution of risk behaviors among young people identified in the justification of the "Measures for the provision of medical and social and psychological support to prevent and reduce suicide among adolescents and young people" Republican Scientific and Practical Center for Psychiatry, Psychotherapy and Toxicology, Department of

Health the Republic of Kazakhstan. One of the main activities of the center of Psychiatry, aimed at addressing the problem of suicide, is to improve access to mental health, medical and psychological care and its approximation to the population, in the structure of the organization of primary health care (PHC), student health centers, classrooms,

social and psychological assistance (therapists, clinical psychologists). Social and psychological counseling today, there is a student in clinics and in the schools. However, data on the analysis of the availability of this kind of assistance to young people, as well as objective indicators of its reception in scientific literature we found.

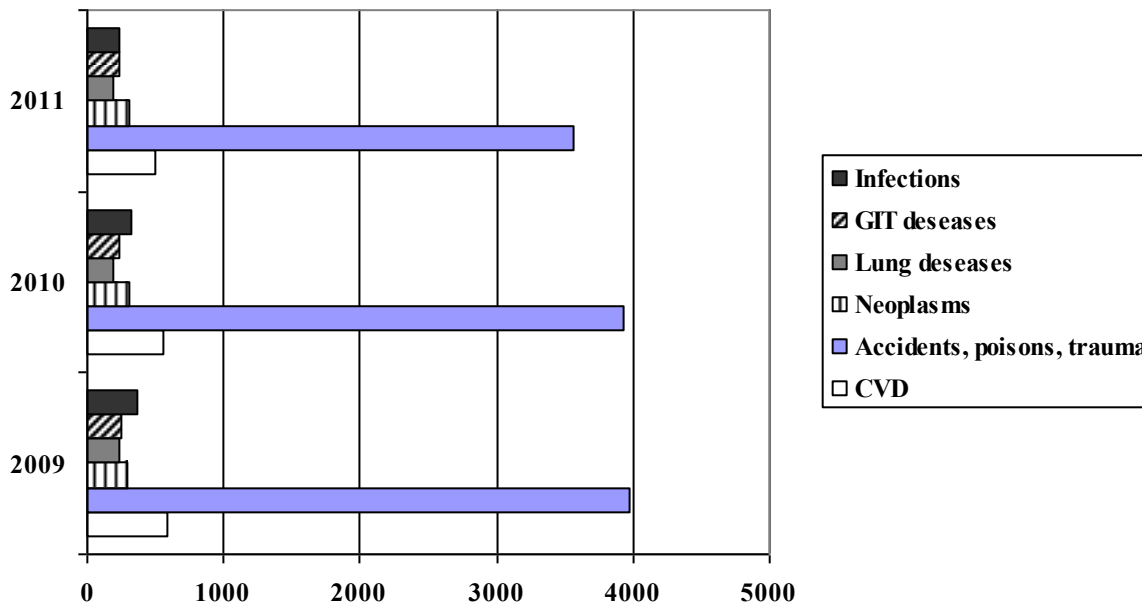


Figure 4 - Trends in mortality among the population aged 14-29 years by main causes, 2009 – 2011

**Conclusion.** Thus, the analysis of some demographic indicators among young people in the Republic of Kazakhstan and, in particular, in the EKR defense showed the feasibility of improving existing measures to protect the health of young people.

**References:**

1. Программа "Қазақстан жастары - 2009", 2009 .
2. Сергеев Р.В. Молодежь и студенчество как социальные группы и объект социологического анализа // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история,

социология, юриспруденция, политология, культурология. 2010.

3. Сеть молодежных неправительственных организаций. Отчет о ситуации в сфере молодежной политики на основе проекта «Анализ и мониторинг молодежной политики в Республике Казахстан за период 2004-2008 годы», 2009.

4. Амирханова М.М., Танирбергенов С.Т. Кластерное обследование по многим показателям в Республике Казахстан 2010-2011 г.г. Мониторинг положения детей и женщин. Астана: 2012.

**Тұжырым**  
**ЖАСТАРДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА**

**Т.К. Рахыпбеков, М.В. Горемыкина, Н.Е. Глушкова**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті**

Мақалада жастардың эпидемиологиялық көрсеткішінің анализінің нәтижелері Қазақстан Республикасында келтіреді.

**Негізгі сөздер:** жастар, эпидемиологиялық көрсеткіштер.

**Резюме**  
**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МОЛОДЕЖИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

**Т.К. Рахыпбеков, М.В. Горемыкина, Н.Е. Глушкова**  
**Государственный медицинский университет города Семей**

В статье приводятся результаты анализа эпидемиологических показателей молодежи в Республике Казахстан.

**Ключевые слова:** молодежь, эпидемиологические показатели.

УДК 616.91

Л.А. Муковозова, А.З. Токаева, Б.А. Алиев, Л.Г. Левашова,  
А.К. Сибиряков, А.В. Сутормина, Н.Ж. Байтулеуова

Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Инфекционная больница г. Семей»

## ЛИХОРАДКА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

### Аннотация

Приведены результаты ретроспективного анализа 71 истории болезни пациентов, поступивших в инфекционную больницу г. Семей с диагнозом «Лихорадка неясного генеза». Определены причины лихорадочных состояний, среди которых выделены наиболее часто встречаемые.

**Ключевые слова:** лихорадка неясного генеза, нозологическая структура.

Лихорадка относится к наиболее частым проявлениям многих инфекционных и неинфекционных заболеваний, что существенно затрудняет дифференциальную диагностику болезней, протекающих с этим синдромом. В этой связи лихорадка неясного генеза (ЛНГ) всегда была и остается весьма сложной диагностической проблемой для практикующих врачей. В течение 20-го столетия неоднократно менялось определение ЛНГ. Так, по мнению одних авторов (1,2,3) ЛНГ – это клинические состояния, при которых лихорадка является основным или единственным признаком, других (6) ЛНГ – это многократное повышение температуры тела выше 38°C в течение более 3-х недель, при невозможности установления диагноза при обследовании пациента в условиях стационара в течение недели.

В нозологической структуре причин ЛНГ в течение последних 50-60 лет произошли определенные изменения. По данным современной литературы наиболее частой причиной ЛНГ являются заболевания, которые условно можно разделить на несколько групп: генерализованные или локализованные инфекционно-воспалительные процессы (30-50%); опухолевые заболевания (20-30%); системные поражения соединительной ткани (10-20%); прочие заболевания, разнообразные по этиологии, патогенезу, методам диагностики, лечения и прогнозу (10-20%); побочные проявления медикаментов в виде лихорадки (3-5%). Удельный вес каждой из этих групп значительно колеблется по данным разных авторов (4,5), что может определяться разнообразными факторами (специфика стационаров, в которых обследуются больные, уровень обследования и т.д.). Приблизительно у 10% больных причину лихорадки расшифровать не удается, несмотря на тщательное обследование с использованием современных информативных методов.

Цель исследования – изучить нозологическую структуру причин ЛНГ в Семипалатинском регионе.

Нами проведен ретроспективный анализ 71 истории болезни пациентов, поступивших во взрослое отделение КГКП «Инфекционная больница г. Семей» с диагнозом «Лихорадка неясного генеза» за период с 2009 по 2012 гг. Больным проводились общеклинические исследования, посев крови на гемокультуры, микроскопия крови методом толстой капли, микроскопия крови и мочи в темном поле зрения, серологические реакции, ИФА, ПЦР на ряд инфекционных заболеваний и другие лабораторные и инструментальные (УЗИ, КТ, МРТ и др.) исследования, а также осуществлялись консультации специалистов (онкологов, ревматологов, хирургов и др.). Среди обследованных преобладали городские жители (65%) и мужчины (53,5%).

Наряду с лихорадкой различного характера и продолжительности у больных наблюдались следующие

клинические проявления: слабость (86%), увеличение различных групп лимфатических узлов (46,5%), головная боль (39,4%), потливость (38%), артралгии (26,8%), миалгии (25,3%), снижение аппетита (29,6%), боли различного характера в животе (14%), рвота (4,2%), тошнота (5,6%), диарея (8,5%), кашель (2,8%), насморк (2,8%), сыпь на коже различного характера (5,6%), потеря массы тела (2,8%), различные изменения в системе дыхания (35,2%) и органах желудочно-кишечного тракта (15,5%). Из лабораторных данных чаще отмечались: анемия (32,4%), лейкоцитоз с нейтрофилезом (22,5%), положительные результаты исследований на СРБ (15,5%), реакций Райта (12,7%) и Хеддльсона (23,9%). СОЭ колебалась от 20 до 57 мм в час.

С учётом клинических, лабораторных и инструментальных данных было установлено, что наиболее частыми причинами ЛНГ являлись *инфекционные заболевания* (35,2%): бруцеллез – 15,5%, ОРВИ – 4,2%, энтеровирусные инфекции – 4,2%, аденовирусная инфекция – 2,8%, криптогенный сепсис – 4,2%, инфекционный энтероколит – 9,8%, трихинеллез – 1,4% и *локальные инфекционно-воспалительные процессы* (35,2%): пневмония – 9,9%, пиелонефрит – 8,5%, одонтогенный периостит – 1,4%, холецистит – 2,8%, бронхит – 1,4%, мезотимпонит – 1,4%, синусит – 1,4%, фарингит – 1,4%, хронический панкреатит – 2,8%, сигмоидит – 1,4% *больного; реже - онкозаболевания* (12,7%), *системные заболевания соединительной ткани* (7,1%): острая ревматическая лихорадка (2,8%), ревматоидный артрит (1,4%), узловатая эритема (1,4%), идиопатическая воспалительная миалгия (1,4%) и *прочие заболевания* в единичных случаях (5,6%): синдром раздраженного кишечника, токсико-аллергический дерматит, инфильтративный туберкулез. В 4,2% случаев установить причину ЛНГ нам не удалось.

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что у большинства больных (95,8%) путем тщательного клинического исследования и использования современных лабораторных и инструментальных методов исследования имеется возможность выяснить причины ЛНГ, среди которых существенную долю составляют инфекционные болезни и локальные инфекционно-воспалительные процессы в различных органах и тканях.

### Литература.

1. Виноградова О.М., Тареев Е.М., Соловьева А.П. Лихорадочные маски злокачественных опухолей // Тер. арх. – 1985. - №6. – С. 119-124.
2. Воробьев А.И., Бриллиант М.Д. Гипертермия во внутренней клинике // Тер. арх. – 1981. - №10. – С. 4-14.

3. Дидковский Н.А., Дворецкий Л.И. О лихорадках неясного генеза в практике терапевта // Сов. мед. – 1980. - №9. – С. 65-70.

4. Самсон А.А. Лихорадка неясного генеза // Медицина неотложных состояний. – 2005. - №1. – С. 50-52.

5. Балабина Н.М. Лихорадка неясного генеза (сообщение 2) // Сибирский медицинский журнал. – 2006. - №4. – С. 97-99.

6. Petersdorf R.C. FUO. An old friend revisited // Arch. Int. Med. – 1992. - Vol. 152. – P. 21-23.

#### Тұжырым

#### БЕЛГІСІЗ СЕБЕПТЕРДЕН БОЛАТЫН ҚЫЗБА

**Л.А. Муковозова, А.З. Токаева, Б.А. Алиев, Л.Г. Левашова, А.К. Сибиряков, А.В. Сутормина, Н.Ж. Байтулеуова**  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,  
Семей қ. Жұқпалы аурулар ауруханасы

Белгісіз қызба диагнозбен инфекциялық емханада емделген 71 науқастардың ауру тарихтардың талдау бойынша нәтижелері берілген. Осы аурудың себептері анықталған, оның ішінде жиі кездесетіндер көрсетілген.

**Кілтті сөздер:** белгісіз қызба, нозологиялық құрылым.

#### Summary

#### FEVER OF UNDETERMINED ORIGIN

**L.A. Mukovozova, A.Z. Tokayeva, B.A. Aliyev, L.G. Levashova, A.K. Sibiryakov, A.V. Sutormina, N.Zh. Baytuleuova**  
Semey State Medical University,  
Infectious hospital, Semey

The results of retrospective analysis of 71 case histories of patients admitted to the Infectious Diseases Hospital of the Semey city with diagnosis of "Fever of undetermined origin" are given in the article. Causes of fever, among which are the most frequent, are identified.

**Key words:** fever of undetermined origin, nosological structure.

ӘОЖ:616.97+615.036

Ы.О. Кайрханова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, «Медицина» мамандығы бойынша магистрант молекулалық биология және микробиология кафедрасы

### СЕМЕЙ Қ. БОЙЫНША 2011 - 2012 ЖЫЛДЫҢ 1-ШІ ЖАРТЫСЫНДАҒЫ ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРДЫҢ АУРУШАҢДЫҒЫ

#### Аннотация

Бұл мақалада Семей қ. бойынша 2011 - 2012 жылдың 1-ші жартысындағы тұрғындардың ЖЖБА аурушаңдығының талдауы, 2012 жылдың 1-ші жартысында науқастарды жасы бойынша бөлу жүргізілді. Мерезбен және созақпен аурушаңдық жоғарлағаны, хламидиозбен аурушаңдық өткен жылдың деңгейінде сақталып қалғандығы байқалады. Барлық ЖЖБА бойынша ең жоғарғы үлес салмағы 18-44 жас аралығына келетіні, жасөспірімдер арасында мерезбен, созақпен және хламидиозбен науқастанушылық азайғаны байқалды.

**Кілттік сөздер:** аурушаңдық, мерез, созақ, хламидиоз.

**Өзектілігі.** ЖЖБА (жыныстық жолмен берілетін аурулар) деп негізгі берілу жолы сақтанбаған жыныстық қатынас болатын жұқпалы аурулар тобын айтады. ЖЖБА – ға мерез, созақ, микоплазмоз, хламидиоз, трихоманоз сияқты аурулар жатады [1]. Бұл аурулардың барлығы ерте заманнан белгілі, және қазіргі күндерде де бұл аурулар өте жиі кездеседі. Қазіргі уақытта жыныстық жолмен берілетін ауруларға (ЖЖБА) бактериялардың, вирустардың, саңырауқұлақтардың, қарапайымдылардың 30 астам түрлері жатады.

Сонымен қатар қазір ЖЖБА бойынша қолайсыз эпидемиологиялық жағдай қалыптасуда, ол созылмалы ағыммен, асқынулардың кең спектрімен және әйелдер мен ер адамдардың репродуктивті қызметінің бұзылу мүмкіндігімен сипатталады [2,3]. Жыныстық жолмен берілетін аурулармен ауыратын науқастардың санының артуы кейбір зерттеушілердің айтуы бойынша қоғамдағы нашарлеуметтік – экономикалық және саяси өзгерістермен (жұмыссыздық, кедейшілік, миграция және т.б.), және тұрғындардың жыныстық мінез-құлқының өзгеруімен байланысты (жыныстық өмірінің белсенділігі және моральды жыныстық еркіндік) [4,5].

ДДСҰ мәліметтері бойынша жыл сайын дүниежүзінде созақтың 250 миллионға дейінгі жағдайы және хламидиоздың 89 миллион жағдайы тіркеледі.

**Жұмыстың мақсаты** - Семей қаласындағы ЖЖБА аурушаңдық жиілігін зерттеу негізінде азайғандығын немесе көбейгендігін анықтау.

Семей қаласы бойынша ЖЖБА көбінің азаюына қарамастан эпидемиологиялық жағдай барлық зерттеу кезеңінде қарқынды болып қала берді.

**Зерттеу материалдары және әдістері:** Зерттеу Семей қаласының Тері және венерологиялық аурулар диспансерінде жүргізілді. 2011-2012 жылдың бірінші жартысындағы ауру тарихының ретроспективті талдауы жүргізілді. Жалпы зерттеу жүргізу барысында 491 ауру тарихы қаралды. Оның нәтижесі кестеде көрсетілген.

№1 кестедегі мәліметтер 2012 жылдың бірінші жартысында мерезбен аурушаңдық 100 мың тұрғынға шаққанда 11,7-ден 15,1-ге жоғарлады (31,6%-ға); созақпен аурушаңдық 23,8 –ден 26,5 жоғарлады (14,2%-ға). Хламидиозбен аурушаңдық өткен жылдың деңгейінде сақталып қалды – 72,6 және 77,2.

№1 кесте.

**Семей қ. бойынша 2011 - 2012 жылдың 1-ші жартысындағы тұрғындардың ЖЖБА аурушандығы.**

	Тұрғындар		Абсолютті саны		100 мың тұрғынға	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Мерез	323,3	331,6	38	50	11,7	15,1
Созақ			77	88	23,8	26,5
Хламидиоз			120	118	37,1	35,6
Барлығы			235	256	72,6	77,2

№2 кестедегі мәліметтер 2012 жылдың 1-ші жартысында барлық ЖЖБА бойынша ең жоғарғы үлес салмағы 18-44 жас аралығына келетінін, сәйкесінше 90,6 және 92,9% болатынын көрсетті, 45 және одан үлкендер тобы – 8,1 және 5,9%.

Жасөспірімдер арасында мерезбен, созақпен және хламидиозбен наукастанушылық азайған (өткен жылы

хламидиоздың 1 жағдайы, 2011 жылдың 1 кварталында – ЖЖБА 3 жағдайы тіркелген). 18-44 жас аралығындағы жастық категориясында мерездің 29-дан 41 жағдайға дейін жоғарлағаны – 41,3%-ға, созақтың біраз жоғарлауы 72-ден 83 жағдайға – 15,2%-ға байқалады.

№2 кесте.

**2012 жылдың 1-ші жартысында наукастарды жасы бойынша бөлу.**

	0-14 жас		15-17 жас		18-44 жас		45 және одан үлкен	
	Абс.саны\үлестік салмақ		Абс.саны\үлестік салмақ		Абс.саны\ үлестік салмақ		Абс.саны\ үлестік салмақ	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Мерез		2/4,0	1/2,6		29/76,3	41/82,0	8/21,1	7/14,0
Созақ			1/1,3		72/93,5	83/94,3	4/5,2	5/5,7
Хламидиоз			1/0,8	1/0,8	112/93,3	114/96,7	7/5,8	3/2,5
Барлығы		2/0,8	3/1,3	1/0,4	213/90,6	238/92,9	19/8,1	15/5,9

2012 жылдың бірінші жартысында балаларда мерездің 2 жағдайы анықталған: 1 жастағы балада ерте жасырын мерез, және 3 жастағы балада екіншілік рецидив беруші мерез. Олардың жұғуы тұрмыстық жолмен болған.

**Қорытынды:** сонымен Семей қаласы бойынша ЖЖБА көбінің азаюына қарамастан эпидемиологиялық жағдай барлық зерттеу кезеңінде қарқынды болып қала берді. Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде 2012 жылдың бірінші жартысында мерезбен аурушандық 31,6%-ға; созақпен аурушандық 14,2%-ға жоғарлады. Хламидиозбен аурушандық өткен жылдың деңгейінде сақталып қалды. 2012 жылдың 1-ші жартысында барлық ЖЖБА бойынша ең жоғарғы үлес салмағы 18-44 жас аралығына келетіні анықталды.

Жасөспірімдер арасында мерезбен, созақпен және хламидиозбен наукастанушылық азайған. 8-44 жас аралығындағы жастық категориясында мерездің–41,3%-ға, созақтың – 15,2%-ға жоғарлағаны байқалады.

2012 жылдың бірінші жартысында балаларда мерездің 2 жағдайы анықталған: 1 жастағы балада ерте жасырын мерез, және 3 жастағы балада екіншілік рецидив беруші мерез.

**Әдебиеттер:**

1.Скрипкин Ю. К., А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. Кожные и венерические болезни: учебник / М: ГЭОТАР-Медиа, - 2011. - 538 с.

2.Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путём. Анализ заболеваемости врождённым сифилисом в Российской Федерации. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. - 1999-2000. - С. 2-10.

3.Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах повышенного поведенческого риска // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2000. - №5. - С. 4-7.

4.Аравийская Е.Р. Анализ информированности подростков о сексуальных отношениях и инфекциях, передаваемых половым путем // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2001. - № 6. - С. 46-50.

5.Лузан Н. В. К вопросу о заболеваемости ЗППП у несовершеннолетних // Планирование семьи. - 1998. №2. - С. 22-25.

**Резюме**

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БОЛЕЗНЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ЗПП) ЗА 2011 И ПЕРВУЮ ПОЛОВИНУ 2012 ГОДА В ГОРОДЕ СЕМЕЙ**

**Ы.О. Каірханова**

**Государственный медицинский университет города Семей, Магистрант кафедры молекулярной биологии и микробиологии по специальности «Медицина»**

В статье изучена динамика заболеваемости венерическими инфекциями в городе Семей в 2011-2012 гг. Так заболеваемость сифилисом и гонореей уменьшается, наблюдается тенденция повышения венерическим хламидиозом. Зарегистрированы 3 случая врожденного сифилиса. Основной контингент заболевших, в возрасте 18-44 лет.

**Ключевые слова:** заболеваемость, сифилис, гонорея, хламидиоз.

**Summary**

**DYNAMICS OF THE INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS, IN SEMEY CITY IN 2011-2012 YEARS**

**Ы.О. Каірханова**

**Semei State Medical University, Molecular biology and microbiology department**

In this publication is study dynamics of urogenital infection in Semei city within 2011-2012 years. Syphilis and gonococcal urethritis is decreased, but venereal chlamydiosis is arised. Mostly patients in 18-44 years old. In 2012 year was registered 3 case of congenital syphilis.

**Key words:** syphilis, gonorrhoea, chlamydiosis.

УДК 616.24-002.5-08

К.С. Изембаева, Р.С. Изембаева, Л.И. Жунускалиева, Ж.К. Султанова,  
А.О. Есбосынова, Г.Х. Жумаксанова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

### Аннотация

В данной статье приведены анализ результатов лечения больных диссеминированным туберкулезом легких. Диссеминированный туберкулез легких по литературным данным последних лет относительно тяжелая форма, встречающаяся как среди жителей сельских регионов, так и у городского населения. Был дан анализ факторов возникновения данной формы туберкулеза с точек зрения социального статуса, возраста, места проживания, срока обращения за медицинской помощью, контактов, сроках прекращения бактериовыделения.

**Ключевые слова:** Диссеминированный туберкулез легких, социальное положение больных, лечение на стационарном этапе.

**Актуальность.** Больные, диссеминированным туберкулезом легких, по литературным данным последних лет составляют 5% от впервые выявленных больных туберкулезом, относительно тяжелая форма. Для повышения эффективности лечения данной формы нужно совершенствовать этиотропную терапию и использовать патогенетические средства (1-3).

**Цель исследования:** изучить эффективность лечения больных диссеминированным туберкулезом легких среди городских и сельских жителей.

**Материалы и методы исследования:** проанализированы истории болезни 80 больных и использованы клинические, микробиологические и рентгенологические методы обследования.

### Результаты обсуждения

Нами проанализированы клиническое течение и эффективность лечения диссеминированного туберкулеза легких у 80 больных с диссеминированным туберкулезом легких. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа (село – 52 больных) и 2 группа (город – 28 больных).

Среди больных в 1-й группе женщин было 25 (46%), во 2-й группе – 9 (32,1%), мужчин – 27 (54%) и 19 (67%) соответственно.

При анализе социального статуса установлено, что в основном, заболевшие диссеминированным туберкулезом легких были безработные, так, в 1-ой группе – 56,0%, во 2-ой – 67,8%. В селе (1 гр.) одним из существенных факторов в развитии диссеминированного туберкулеза легких являлся пенсионный возраст.

При профилактическом осмотре заболевание было выявлено у 5 (9,6%) больных в 1-ой группе, при обращении к врачу – у 47 (90,4%) больных. Во 2-ой группе в 100% случаев заболевание выявлено при обращении к врачу. Данные показатели указывают о недостаточности проводимых профилактических методов выявления больных диссеминированным туберкулезом легких, низкой санитарно – просветительной работы, как в селе, так и в городе.

При анализе клинических проявлений заболевания, отмечено, что наиболее часто больные 1-ой группы жаловались на кашель – в 92% случаев, а во 2-ой группе чаще отмечали слабость – в 82,1% случаев.

При поступлении острое течение процесса в 1-ой группе констатировано у 6 (11,5%) больных, подострое течение у 46 (88,5%) больных, во 2-ой группе – у 6 (21,4%) и у 22 (78,6%) соответственно.

Обращалось внимание на наличие у больных контакта с больными туберкулезом. При этом отмечено, что в 1-ой группе у 7 (13,5%) и во 2-ой – у 4 (14,3%) больных был контакт с больным туберкулезом. При этом в 1-ой группе чаще отмечался семейный контакт в 8,0% случаев, а во 2-ой группе – контакт в местах лишения свободы в 7,1% случаев. Бактериовыделение было отмечено в 1-ой группе у 26 (50%) больных методом микроскопии, во 2-ой группе – у 16 (57,1%). При этом культуральным методом МБТ были выявлены у больных 1-ой группы в 50,0% и в 42,9% случаев – во 2-ой группе.

В результате лечения конверсия мазка мокроты через 2 месяца в 1-ой группе отмечена у 17 (32%), через 3 месяца – у 3 (12,5%), через 4 месяца – у 3 (12,5%), нет контроля (умерли) 3 (12,5%) больных, во 2-ой группе – через 2 месяца у 12 (75%), через 4 месяца – у 2 (12,5%), конверсия мазка мокроты не было у 2 (12,5%) больных. Всего конверсия мазка мокроты была в 1-ой группе у 21 (87,5%), во 2-ой группе – у 14 (87,5%) больных.

**Выводы.** Таким образом, в конце интенсивной фазы химиотерапии в обеих группах сравнения в 87,5% произошла конверсия мокроты.

В 1-ой группе из 52 больных вылечены 26 (50%), лечение завершили 14 (28,0%), неудача лечения случилась у 3 (6,0%), умерли 9 (18,0%) больных, во 2-ой группе из 28 больных вылечены 9 (32,1%), лечение завершили 13 (46,4%), нарушение режима отмечено у 1 (3,6%), неудача лечения – у 3 (10,0%), умерли 2 (7,1%). Общий процент вылеченных больных у больных 1-ой группы составил 76,9%, во 2-ой группе – 78,5%.

### Литература:

1. Кибрик Б.С., Мельников В.П., Маковой Ю.В. Особенности диагностики и течения прогрессирующего диссеминированного туберкулеза легких // Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. - №6. – С. 3-6
2. Пунга В.В., Ерохин В.В., Капков Л.П. и др. Мониторинг выявления и эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких в зоне курации ГУ ЦНИИТ РАМН // Пробл. туб. и болезней легких. – 2008. - №10. – С. 6-13.
3. Корецкая Н.М., Ярыгина И.В. Сравнительная характеристика диссеминированного туберкулеза легких у больных, выделяющих МБТ с высокой и низкой жизнеспособностью // Пробл. туб. и болезней легких. – 2007. - №2. – С. 17-20.

**Тұжырым****ДИССЕМИНИРЛЕНГЕН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, Ж.К. Султанова, А.О. Есбосынова, Г.Х. Жумаксанова**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,**

**Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы**

78 науқаста диссеминирленген туберкулездің клиникалық ағымы мен өмінің әсері зерттелінген. Барлық науқастар 2 топқа бөлінді; 1 топта ауыл тұрғындары- 50 науқас) және 2 топта (қала тұрғындары-28 науқас) құрады.

Ауыл адамдарының арасында өкпенің диссеминирлі туберкулезі жастарда және қарттарда жиі анықталды. Әлеуметтік жағдайы бойынша салыстырмалы топтарда жұмыссыздар саны 1-ші топта (ауылда) көп болды № 1-3 ай мерзімінде аурудың бірінші пайда болған белгілерінен кейін, өкпенің диссеминирлі туберкулезінің диагнозы жиі қойылды. Сонымен бірге, медициналық көмекке қаралған 1 науқастарда аурудың 3-6 айында кеш анықталды. 1-ші топта жиі отбасылық қарым-қатынас болса, ал 2-ші топта бас бостандығынан айырылған жерде жиі байқалады. 1-ші топта жазылған науқастардың жалпы пайызы 76,0, 2-ші топта 78,5%. Қалада тұратындардың арасында ауылда тұратындармен бактерия бөлуінің тоқтауы 2 айдан кейін 1,2 есе жиірек кездесті және осыған сәйкес 75,0% және 62,5% құрады.

**Негізгі сөздер:** өкпенің диссеминирленген туберкулезі, аурулардың әлеуметтік жағдайы, аурулардың емханада емделуінің нәтижесі.

**Summary****RESULTS OF TREATMENT DISSEMINATED OF A TUBERCULOSIS EASY**

**K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, L.I. Shunuskaliev, G.K. Sultanova, A.O. Yesbosynova, G.H. Zhumaksanova**  
**Semey State Medical University,**

**Regional antituberculosis dispensary Semey city**

Thus, in a village the disease came to light more often in young and elderly age, and among the city dwellers - is more often in young. Under the social status in compared groups the quantity (amount) of the unemployed was more in 1-st group (village). The diagnosis of a tuberculosis easy more often was established in terms from 1 about 3 months after occurrence of symptoms. At the same time it is obvious, that more quarter of the analyzed patients addresses behind medical aid and 3-6 months from a beginning of disease come to light in late terms -. The contact to the patient by a tuberculosis in 1-st group more often was marked family, while in 2 group - in places of deprivation of freedom. General (common) percent (interest) of the cured patients has made in 1-st group 76,0% and in 2 to group - 78,5%. Among the city dwellers terms of the termination (discontinuance) have come (stepped) in 2 months in 1,2 times more often, than among the inhabitants of village, that has made 75,0 % and 62,5 % accordingly. These factors influenced efficiency of treatment.

**Key words:** Disseminated tuberculosis, social status of patients treatment at a stationary stage.

УДК 616.24-002.5-055.2

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, А.О. Есбосынова,**  
**Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова**

**Государственный медицинский университет города Семей,**  
**Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ЖЕНЩИН**

**Аннотация**

В данной статье приведены данные стационарного этапа лечения туберкулеза органов дыхания у женщин, в результате которого наступило прекращение бактериовыделения у 43 из 82 больных, что составило 52,4%, а закрытие полости деструкции наступило у 26 из 76 больных, что составило 34,2%. Основными причинами низкой эффективности стационарного этапа лечения являются: позднее выявление, отказ от лечения, нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов и наличие лекарственной устойчивости.

**Ключевые слова:** Клиническая структура, туберкулез, женщины, социальное положение.

Проблемы туберкулеза легких у женщин в последние годы привлекают все больше внимания ведущих специалистов всех стран мира не только в связи с ростом показателей заболеваемости и смертности от данного заболевания. Меньшая социальная защищенность и меньший уровень доходов женщин, больший психологический гнет самого факта выявления туберкулеза, высокий процент среди заболевших женщин

лиц молодого возраста с сохраненной репродуктивной способностью и наличием тесного контакта с детьми – вот лишь некоторые особенности, определяющие актуальность и значимость данной проблемы (1-3).

**Цель исследования** - изучение клинической структуры, социального портрета и эффективности стационарного этапа лечения у женщин с впервые



выявленным туберкулезом органов дыхания в различных эпидемиологических условиях.

#### Материалы и методы

Проанализированы истории болезни 178 женщин с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания в возрасте от 18 до 75 лет, находившихся на лечении в РПТД. Программа обследования включала данные клинических, бактериологических и рентгенологических методов. Эффективность стационарного этапа лечения оценивали по следующим критериям: клиническому (динамика клинических проявлений туберкулезной инфекции), микробиологическому (процент и сроки прекращения бактериовыделения), рентгенологическому (динамика воспалительных и деструктивных изменений в легочной ткани).

Лечение женщин проводилось комплексно и включало этиотропную терапию согласно категории и патогенетические методы лечения.

#### Результаты и обсуждение

Лица трудоспособного возраста (21-50 лет) составили 67,9%. Увеличилось число женщин в возрастной группе 41-50 лет.

Подавляющее большинство пациенток в анализируемый год имели среднее образование.

Каждая третья пациентка из числа работающих имела рабочую специальность, увеличилось число пациенток, занятых в сфере обслуживания и здравоохранения.

Более чем у половины пациенток жилищно-бытовые условия и материальное положение были удовлетворительными.

Более чем у половины пациенток 64,6% туберкулез легких был выявлен при обращении с жалобами в медицинские учреждения общей лечебной сети. Достаточно высоким в анализируемый год оставалось число заболевших женщин, у которых имелись зарегистрированные туберкулезные контакты (36,5%).

Наиболее часто встречающейся формой туберкулеза органов дыхания у женщин остается инфильтративная.

Бактериовыделение отмечалось у половины 82 из 178 (46,1%) пациенток, при этом у почти половины 36 из 82 (43,9%) из них оно характеризовалось как обильное. Деструкция в легком было выявлена у 76 из 178 (42,7%) больных. Полирезистентность отмечена в 60% случаев и множественная лекарственная устойчивость - у 12% соответственно.

У пациенток, в возрасте 18-54 лет, чаще всего встречались сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта и хронические обструктивные заболевания легких, у женщин пожилого и старческого возраста - заболевания сердечно-сосудистой системы и сахарный диабет 2-го типа.

Среди пациенток с сохранившимися деструктивными изменениями в легких наиболее значимыми оказались следующие сочетания факторов: отказ от лечения + нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов; отказ от лечения + большая протяженность поражения легочной ткани; отказ от лечения + нерегулярный прием противотуберкулезных препаратов + ЛУ микобактерий. Среди пациенток этой подгруппы достоверно большим был процент женщин, длительно не проходивших профилактическое флюорографическое обследование.

#### Литература:

1. Глазкова И.В., Волкова Е.Н., Молчанова Л.Ф. Факторы риска развития туберкулеза у женщин репродуктивного возраста // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - №4. - С. 14-18.

2. Нечаева О.Б., Кожекина Н.В., Подымова А.С. Заболеваемость и смертность от туберкулеза женщин в Свердловской области // Пробл. туб.-2008. - №6. - С. 24-29.

3. Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К. Фитотерапия в комплексной терапии туберкулеза легких // Пробл. туб. - 2008. - №5. - С.3-6.

#### Тұжырым

**ТЫНЫС АҒЗАЛАРЫ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫҢ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АУРУХАНАДА АЛҒАН ЕМІНІҢ НӘТИЖЕСІ**  
**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Л.И. Жунускалиева, А.О. Есбосынова, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,**

**Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы**

Ауруханада емделу нәтижесінде туберкулез қоздырғышын (ТҚ) шығаратын 82 аурудың 43-ші ТҚ шығаруды тоқтатты (52,4%), ал өкпесінде каверна бар 76 аурудың 26-ның кавернасы жабылды (34,2%).

Ауруханада емдеудің нәтижесінің төмендігінің себептері: ауру адамның емделуден бас тартуы, туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілерді ұдайы қолданбауы және ТҚ-ның дәрілерге төзімділігінің болуы.

**Негізгі сөздер:** клиникалық құрылымы, туберкулез, әйелдер, әлеуметтік жағдай.

#### Summary

**RESULTS OF A STATIONARY STAGE OF TREATMENT OF A TUBERCULOSIS OF BODIES OF BREATH AT THE WOMEN**

**K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, L.I. Shunuskaliev, A.O. Yesbosynova, G.K. Sultanova, G.H. Zhumaksanova**  
**Semey State Medical University,**

**Regional antituberculosis dispensary Semey city**

As a result of a stationary stage of treatment there has come (stepped) the termination (discontinuance) at 43 of 82 patients, that has made 52,4 %, and the closing of a cavity has come (stepped) at 26 of 76 patients, that has made 34,2%.

The basic reasons of low efficiency of a stationary stage of treatment are, later revealing, failure (refusal) of treatment, irregular reception of preparations and presence of medicinal stability.

**Key words:** Clinical structure, tuberculosis, women, social status.

УДК 614.2-616-002.5-08

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина

Государственный медицинский университет города Семей,  
Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

## Аннотация

В статье описана клиническая характеристика больных туберкулезом легких. Среди клинических форм туберкулеза легких преобладал инфильтративный туберкулез, составивший 76,9%. При исследовании социального состава не работающие составили 58,2% и 31,5% больных страдали хроническим алкоголизмом.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, клиническая характеристика.

Туберкулез всегда имел определенные черты, которые отражали общие социальные проблемы государства, как социальное заболевание. Туберкулез поражает наиболее уязвимые слои населения, бедных и лиц с плохим питанием, поражает наиболее молодой контингент в наиболее продуктивном возрасте (1-3).

**Целью** нашего исследования явилось изучение и выявление причин способствующих росту заболеваемости туберкулезом в современных условиях.

**Материалы и методы**

Материалом служили 92 больных, (взрослых) страдающих различными формами туберкулеза органов дыхания. Среди больных преобладали мужчины, составившие 63,1% (58 чел.) от всех больных. Большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин, так и среди мужчин. Из 92 больных лица от 18 до 30 лет составили 28,6%, 31-40 лет – 25,3%, 41-50 лет – 21,9%, 51-60 лет – 16,5%: старше 60 лет – 7,7%. Как видно из выше изложенных данных, заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, то есть в основном до 50 лет составив 75,8% от всех больных. По социальному составу среди заболевших не работающие составили 58,2%, студенты 7,7%, служащие 8,8%, а работающие составили 25,3%. В условиях неблагоприятной ситуации с туберкулезом в странах СНГ особое значение имеют угрожаемые по возникновению и неблагоприятному течению туберкулеза контингенты: одним из которых являются хронические алкоголики. Среди наших 92 больных страдали алкоголизмом 29 человек (31,5%). Среди клинических форм у больных преобладала инфильтративная 76,9%, а из других – очаговый туберкулез составил 3,3%, диссеминированный 5,5%, фиброзно-кавернозный 12,0%, плеврит как основное заболевание 2,2%.

**Результаты и их обсуждение**

Из 92 больных выявлены при профилактических осмотрах 41,3%, а по обращаемости 58,7%. По субъективным данным при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 58,2%, на одышку 28,6%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве 41,7%, на потливость 50,5%, на боль в грудной клетке жаловались 54,9% больных. Основные клинические симптомы туберкулезной инфекции, такие как общая слабость, потливость, субфебрилитет и снижение аппетита, наблюдались у 65,9% больных. При локализации специфического легочного процесса под плеврой больные жалуются на боль в пораженной стороне грудной клетки. Среди наших 92 больных такие жалобы предъявляли 45 больных (48,9%). Результаты анализов крови больных приведены ниже. Повышение скорости оседания эритроцитов наблюдались у 43,9%, последнее наблюдалось у больных с распространенным процессом и наличием полостей распа-

да в легком. Повышение количество лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 65,6% больных. Нарастание содержание палочкоядерных нейтрофилов отмечалось в 54,9% случаев, а лимфопения на фоне повышения моноцитов имело место у 32,9% обследованных. Рентгенологическая характеристика 92 больных туберкулезом органов дыхания обнаружила, что у больных в 53,3% случаев процесс был распространенным, у 17,6% количество каверн в легких был больше 2, в 4,4% больных каверны были больших размеров. При проведении данного исследования большое внимание уделялось обнаружению микобактерии туберкулеза (МБТ). Городские больные сдавали мокроту или промывание воды бронхов (при отсутствии мокроты) на МБТ в течение 3 дней со дня обращения к врачу-фтизиатру. Исследование мокроты или промывных вод бронха на МБТ проводилось бактериоскопически и бактериологически. Сельские больные сдавали мокроту на МБТ в облтубдиспансере, исследование выполнялось бактериоскопически также трехкратно, но после госпитализации обязательно сдавали мокроту или промывные воды бронха на МБТ для бактериологического обследования, поэтому частота обследования мокроты на МБТ у городских и сельских одинакова. Как было указано выше, из 92 больных МБТ обнаружены только у 56, что составляет 60,9%. Ниже приведены результаты бактериологического исследования 56 бациллярных больных и их характеристика в зависимости от степени бацилловыделения. В результате исследования нами установлено, что 28,6% или 16 больных из 56 бациллярных относились к числу обильных бацилловыделителей. Таким образом, нами было установлено, что степень тяжести бацилловыделения также зависела от распространенности и тяжести течения заболевания. Среди наших 92 больных состояли в контакте с больными туберкулезом 21,9%. Из сопутствующей патологии 36,3% составили отоларингологические заболевания как тонзиллит, ларингит, и др. таким образом, больные по всем показателям нуждались в комплексном лечении. В дополнении к стандартным рекомендациям ВОЗ всем больным до начала химиотерапии проводились не только микроскопия мазков мокроты, но и параллельно 3-кратно из одной порции мокроты производился ее посев на питательные средства с обязательным определением чувствительности МБТ к основным и резервным противотуберкулезным препаратам. Лечение больных было назначено с учетом чувствительности к специфическим препаратам.

**Заключение**

Среди наших больных мужчины составили 63,1%, а лица до 50 лет составили 75,8%. Среди клинических форм туберкулеза легких преобладал инфильтративный туберкулез, составивший 76,9%. При исследовании

социального состава не работающие составили 58,2% и 31,5% больных страдали хроническим алкоголизмом.

#### Литература:

1. Гнездилов Е.В. Скрининг-диагностика социального статуса больного туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2001. - №8. – С. 14-16

2. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Проблема туберкулеза и болезней легких. – 2009. - № 2. – С. 3-11.

3. Убайдуллаев А.М., Салаева М.С. Роль социальных факторов в формировании параметров качества жизни у больных ХОБЛ // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. - №6. – С. 30-34.

#### Тұжырым

### ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН АДАМДАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина**  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

#### Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы

Біздің аурулардың арасында ер адамдар 63,1% пайызды құрады. Ал 50 жасқа дейінгілер 75,8% пайызды құрады. Тыныс ағзаларының клиникалық түрлерінің ішінен инфильтративті өкпе туберкулезі 76,9% пайызды құрады. Аурулардың социалдық құрамын зерттегенде олардың 58,2% пайызды жұмыс істемейтіндер болса, ал 92 аурулардың 29-зы, яғни 31,5% пайызы созылмалы алкоголизммен ауыратындар екені анықталады.

**Негізгі сөздер:** Өкпе туберкулезі, клиникалық мінездемесі.

#### Summary

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

**K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, Sh.K. Sultanova, G.H. Shumaksanova, N.K. Selichanova, G.M. Gabdullina**  
Semey State Medical University,

#### Regional antituberculosis dispensary Semey city

The article describes the clinical characteristics of patients with pulmonary tuberculosis. Among the clinical forms of pulmonary tuberculosis dominated infiltrative tuberculosis, amounting to 76.9%. In the study of social structure is not working were 58.2% and 31.5% of patients suffered from chronic alcoholism.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, clinical characteristic.

УДК 616.24 – 002.5 – 07

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей**

## НОВЫЕ СЛУЧАИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

#### Аннотация

Применение наряду с химиотерапией иммунокорректирующих методов лечения способствовало повышению эффективности лечения и сокращению сроков стационарного этапа лечения на один месяц у больных с новыми случаями туберкулеза органов дыхания. Комплексное лечение впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания способствовало достижению благоприятных исходов у 81% больных.

**Ключевые слова:** туберкулез органов дыхания, эффективность лечения.

**Актуальность.** По количеству больных туберкулезом Казахстан занимает 33-е место среди 212 стран мира и 4-е место в Европейском регионе и входит в число стран с высокой заболеваемостью туберкулезом. Показатель конверсии мазка в конце интенсивной фазы среди новых случаев по Республике Казахстан с бацилловыделением зарегистрированных в 2009 г. составил 81%. Неудача лечения составил в 2009 г. – 52,3%, а рецидивы составили – 62,8%. Одной из причин неэффективности лечения туберкулеза является наличие сопутствующей патологии других органов и систем (1-3).

**Цель исследования** – повышение эффективности лечения впервые выявленного туберкулеза органов дыхания путем разработки наиболее оптимальных стандартных и индивидуальных схем химиотерапии туберкулеза органов дыхания, новых патогенетических методов лечения.

**Материалы и методы.** Нижеприведенные данные основаны на результатах 70 наблюдений за впервые

выявленными больными в возрасте 15-69 лет с активными формами туберкулеза органов дыхания, находившимися на лечении в областном противотуберкулезном диспансере.

**Результаты и обсуждение.** Среди больных преобладали больные с инфильтративным – 49 (70%) и очаговым – 10 (14,3%) туберкулезом. Среди других форм встречался экссудативный плеврит – 8 (11,4%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 3 (4,3%) пациента.

Среди наших больных лица женского пола составили 32 (45,7%), мужского – 38 (54,3%). Бактериовыделение имелось у 45 (64,3%) больных, полости распада определялись у 23 (32,8%). У 18 (25,7%) больного выявились распространенные процессы. Схема назначения химиотерапии зависела от выраженности процесса, наличия распада и бактериовыделения, категории тяжести заболевания и других показателей. Больным с распространенными осложненными процессами назна-

чали 4-5 противотуберкулезных препаратов. Наиболее частой комбинацией являлось назначение изониазида, рифампицина, пиперазона и стрептомицина или последним препаратом был этамбутол. Большим без распада и бактериовыделения назначали 3 препарата, чаще изониазид, рифампицин, пиперазон или изониазид, пиперазон и этамбутол. Остальные получали разные комбинации по индивидуальной схеме в зависимости от переносимости препаратов, сопутствующих заболеваний и других факторов, не дающих возможности применить стандартные схемы лечения. Известен способ лечения иммуномодуляторами больных туберкулезом тималин, тимоген, туберкулин, левамизол, тактивин и другие. К недостаткам большинства иммуномодуляторов применяемых при туберкулезе относится отсутствие у них способности повышать местный иммунитет верхних дыхательных путей. Последние годы острые вирусные и хронические бактериальные инфекции верхних дыхательных путей часто (от 10 до 19,2%) сопутствуют туберкулезу органов дыхания.

С целью повышения эффективности лечения, а именно показателя закрытия полости распада мы наряду со специфической химиотерапией из четырех препаратов (H, R, Z, E или S) применяли иммуномодуляторы: ИРС-19 и бронхо-мунал. Бронхо-мунал содержит лиофилизированный лизат бактерий, чаще всего вызывающих инфекции дыхательных путей. Каждая капсула бронхо-мунала содержит 7,0 мг лиофилизованного лизата бактерий. Данный препарат модулирует иммунный ответ организма, стимулирует как клеточный, так и гуморальный иммунитет. Наши больные получали бронхо-мунал утром натощак по 1 капсуле в течение 10 дней. Курс лечения повторяли 3 раза с 20 дневным интервалом, так как среди наших больных основным сопутствующим заболеванием было острые респираторные и хронические бактериальные инфекции верхних дыхательных путей. Для применения бронхо-мунала основанием служили наличие иммунодефицита (относительный показатель E-РОК до лечения составил  $41,93 \pm 6,63$ , а относительный показатель Тхелпера –  $25,8 \pm 7,78$ ). Основанием для применения ИРС-19 служили наличие у наших больных сопутствующей патологии в виде тонзиллитов, фарингитов, ринитов и других отоларингологических заболеваний.

Препарат ИРС-19 содержит детерминанты антигенов наиболее частых возбудителей респираторных инфекций, таких как стрептококк, стафилококк ауреус, клебсиелла, мейоракселла, *Diplococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. Эти интагенные детерминанты абсолютно непатогенны. В то же время на слизистой оболочке они инициируют защитные иммунные реакции, идентичные реакциям, вызываемым самими исходными возбудителями.

Препарат ИРС-19 используется в виде аэрозоля для интраназального использования. Последний путь введения перспективен, так как благодаря анатомическим и физиологическим условиям в области носоглотки ИРС-19 может чрезвычайно быстро и интенсивно проникать через слизистую оболочку в организм, вызывая тем самым немедленную мобилизацию защитных механизмов в слизистой оболочке и запуская эффективное производство антител в иммунных органах носоглотки. Применение препарата в форме аэрозоля позволяет создавать равномерный слой препарата на слизистой оболочке, что в свою очередь, создает оптимальные условия для всасывания.

**Заключение.** Применение наряду с химиотерапией иммунокорректирующих методов лечения способствовало повышению эффективности лечения и сокращению сроков стационарного этапа лечения на один месяц у больных с новыми случаями туберкулеза органов дыхания. Комплексное лечение впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания способствовало достижению благоприятных исходов у 81% больных.

#### Литература:

1. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Вылегжанов С.В. Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением // Пробл.туб. - 2001. - №7. - С. 13-18.
2. Паролина Л.Е., Морозова Т.И., Докторова Н.П. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре // Пробл.туб. и болезней легких. - 2007. - №6. - С. 13-17.
3. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Жаксылыкова Н.Т. и др. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // 6-й съезд фтизиатров Казахстана. - Алматы. - 2010. - С. 101-104.

#### Тұжырым

#### ЖАҢАДАН ТЫНЫС АҒЗАЛАРЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРҒАН АДАМДАР

**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Ж.К. Султанова, Г.Х. Жумаксанова, Н.К. Селиханова, Г.М. Габдуллина**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,**

**Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қаласы**

Жаңадан тыныс ағзаларының туберкулезімен ауырған адамдарды, өзіндік химиотерапияға патогенетикалық емдеуді қосу арқылы емдегенде оң нәтиже алуға болады. Емнің оң нәтижелі болуы көп жағдайға байланысты, соның ішінде негізгілері мынау: емдеу уақытында басталуы керек, қосымша ауруларды емдеу керек және негізгі туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілермен қатар патогенетикалық емдеу тәсілдерін кеңінен пайдалану керек. Оң нәтижелі ем ауырулардың 81% алынды.

**Негізгі сөздер:** тыныс алу жолдарының туберкулезі, емдоманың тиімділігі.

#### Summary

#### NEW CASES OF A TUBERCULOSIS OF BODIES OF BREATH

**K.S. Igembayeva, R.S. Igembayeva, Sh.K. Sultanova, G.H. Shumaksanova, N.K. Selichanova, G.M. Gabdullina**

**Semey State Medical University,**

**Regional antituberculosis dispensary Semey city**

The complex treatment of a tuberculosis of a respiratory organs at the for the first time revealed patients results in most cases in favorable results. The efficacy of treatment depends on a well-timed beginning of treatment, treatment of concomitant diseases, nosotropic (pathogenetic) therapy and from the optimally pick up schema (circuit) of a chemotherapy. The favorable results are received (obtained) at 81% of the patients.

**Key words:** tuberculosis respiratory organs, the efficacy of treatment.

УДК 616.211-007.24-089.844

М. Маманов, Э. Инджи

Стамбульский университет Джеррахпаша, Медицинский факультет  
Кафедра отоларингологии

## ВТОРИЧНАЯ РИНОПЛАСТИКА

## Аннотация

Проведен до- и послеоперационный анализ 17 пациентов, перенесших вторичную септоринопластику, отмечены наиболее часто встречающиеся осложнения септоринопластики, а также способы, как их можно избежать, а при возникновении, методы их устранения. Рекомендовано тщательно провести оценку пациентов до вторичной септоринопластики, определить локализацию дефектов первичных септоринопластик и заранее запланировать методы коррекции, с помощью которых можно устранить дефекты. Нужно отметить, что вторичные оперативные вмешательства намного сложнее первичных септоринопластик, поэтому желательно, чтобы вторичными септоринопластиками занимались более опытные хирурги.

**Ключевые слова:** вторичная септоринопластика, операции, нос, хирург.

## Актуальность

Планирование и само хирургическое вмешательство вторичной септоринопластики намного сложнее первичной процедуры. С ростом популярности функциональных и эстетических операций ринохирургии увеличилось и ожидания пациентов и хирургов от этих вмешательств. С появлением все большего числа врачей, занимающихся септоринопластиками, растет и количество пациентов, нуждающихся в повторной операции, т.е. в ревизионной хирургии. Операции, проведенные без детального предварительного анализа и должного уважения к анатомическим образованиям носа, зачастую разочаровывают в ближайшем будущем и доктора и пациента. Недостаточное вмешательство и ятрогенные деформации у большинства пациентов являются причиной, побуждающей к вторичной хирургии. Поэтому, эта тема должна быть освоена всеми ринохирургами, занимающимися септоринопластиками. Хирург должен провести детальную оценку пациента, которому запланирована вторичная септоринопластика.

Ринохирург должен до операции знать какие деформации имеются и, какие методы коррекции ему предстоит сделать, чтобы устранить дефект. Неудачные в эстетическом плане хирургические операции носа могут иметь негативное психологическое воздействие на пациента и до решения проблемы может втянуть ринохирурга в сложный юридический процесс.

В нашем исследовании мы ставили следующие задачи:

- 1) выявить причину вторичной ринопластики,
- 2) четко обозначить деформации,
- 3) определить хирургические процедуры необходимые для устранения этих деформаций.

## Материалы и методы.

В клинике оториноларингологии медицинского факультета Джеррахпаша Стамбульского университета в период с 2010 по 2012 годы были проведены 17 вторичных септоринопластик. Средний возраст пациентов 31,2 лет. В количественном составе 10 мужчин и 7 женщин. Нами был проведен ретроспективный анализ этих операций, предоперационных форм согласия, результатов объективного осмотра, фотографий до- и послеоперационных периодов, записей ходов операций и проведенных вмешательств, фотодокументации каждого пациента в предоперационном и 6-м месяце послеоперационного периода в шести проекциях. Все операции проводились под общим наркозом и открытым доступом септоринопластики. В открытом доступе септоринопластики делали трансколумелльный "V" и двусторонний подхрящевой разрезы лезвием N11. Боковые остеотомии были проведены чрезкожно. Всем пациентам после операции в носовые полости были вставлены одинаковые носовые тампоны и на спинку носа для внешней фиксации была применена одинаковая наружная фиксация, которые были удалены через 7 дней после операции.

## Результаты

Двум пациентам первичную операцию проводили в нашей клинике. 15 пациентов перенесли септоринопластику по одному разу, а два пациента были прооперированы дважды. Период после последней операции у пациентов был от одного года до 9 лет. У 2 пациентов костная структура носа была искривлена вправо, у 3 - влево, у 3 - были горбинки, 7 пациентов - имели различного рода деформации перегородки носа, 5 пациентов - дефект крыльев носа, 4 пациента - клювовидный дефект носа, седловидный нос отмечался - у 2, излишне вздернутый (ротированный) - у 3, деформации в виде открытой крыши - у 3 пациентов (Таблица 1).

Таблица 1.

## Виды деформаций и их процентное соотношение в нашем клиническом исследовании.

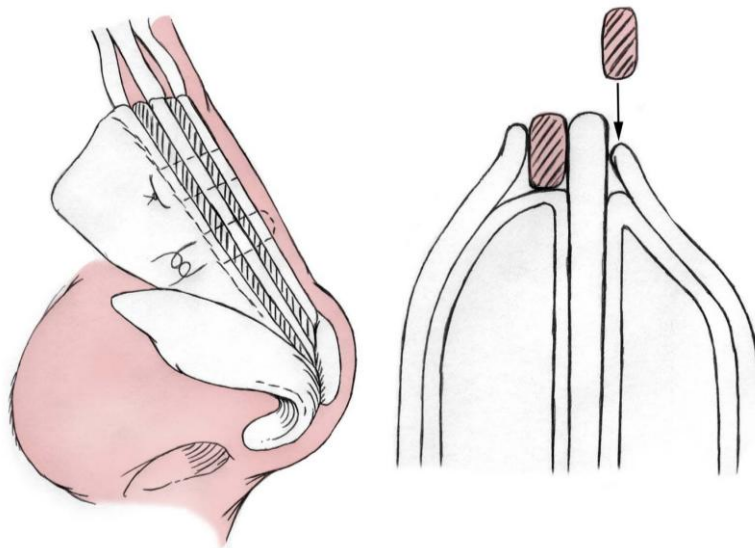
Вид деформации	Количество пациентов	Процентное соотношение (%)
Клювовидный нос	4	23,5
Седловидный нос	2	11,8
Ассиметричный нос	5	29,4
Излишне вздернутый (ротированный) нос	3	17,6
Деформация в виде "открытой крыши"	3	17,6

Дефекты костных структур носа были приведены в срединную линию с помощью остеотомий, искривления перегородок выпрямлены, в нужных случаях были ис-

пользованы трансплантаты-распорки, в случаях седловидных носов были использованы хрящи как доноры на спинку носа. Трех пациентам донором хряща-

трансплантата использовали реберный материал, а в других случаях хватило перегородки носа. Аллопластический материал для донора хряща мы не использовали. В случаях клювовидных дефектов ставили подпорки для колумеллы. Крылья носа корректировали транс-

плантатами на крылья носа. Недостаточные резекции крыльев носа корректировали клиновидным иссечением каудальной части крыла. Также для коррекции мы применяли трансплантаты-распорки, щиты, "Рахат-лукум" ("Turkish delight") (Рис.1).



**Рисунок 1. Трансплантаты-распорки.**

Пациенты контролировались в послеоперационном периоде в течение не менее 6 месяцев. Нами не наблюдались такие осложнения как послеоперационный некроз трансплантата, отвергание донора или сдвиг трансплантата. На месте разреза кожи в послеоперационном периоде не замечались осложнения по типу формирования рубца или некроз кожи лоскута.

#### **Обсуждение**

Вторичной септоринопластике должна всегда предшествовать тщательная оценка. Первостепенная задача ринохирурга заключается в определении локализации дефекта. После определения четкой локализации дефекта ринохирург мысленно должен представить план коррекции, предварительно зная материалы, нужные для предстоящего хирургического вмешательства. Перед каждой операцией обязательна беседа с пациентом, в которой ринохирург должен выслушать от пациента его ожидания после запланированного оперативного вмешательства и объяснить пациенту предстоящую операцию, положительные и, возможные, негативные результаты. Вместе с ростом количества септоринопластики увеличивается и количество вторичных оперативных вмешательств. Если вы запланировали отбор хряща с целью использования трансплантата, то обязательно должно быть получено согласие пациента [1]. Неудачный исход септоринопластики может быть следствием нескольких обстоятельств. Очень важно выслушать все ожидания пациента до операции. Вполне приемлемый результат со стороны хирурга может считаться пациентом неудачной операцией, которое как правило, объясняется достаточно высокими ожиданиями пациента от проведенной операции. Причинами, приводящими к деформациям, также могут служить образование рубцовой ткани, инфекции, осложнения, реакция организма на шовный материал. Особенно, недостаточные или чрезмерные остеотомии и резекции в будущем приведут к деформациям. Ринохирург должен учитывать толщину и структуру кожи перед операцией, что тоже немаловажно. Пациенты, нуждающиеся во вторичной септоринопластике, как правило, имеют несколько деформаций. Адамсон разделил послеопе-

рационные осложнения септоринопластики на группы, в соответствии с их количеством; в его клинической работе 50% пациентов имели одну деформацию, 30% две, в 20% он сообщил о трех или более деформациях [2]. В нашем случае, пациенты имели, по крайней мере, две деформации. Наиболее распространенными осложнениями были горбинки носа, недостаточно резецированные во время первичной септоринопластики. За ней следуют искривления носовой перегородки и костной пирамиды. Вайк и соавт. классифицировали дефекты по локализации: деформации верхней трети, средней и нижней трети носа, где наиболее часто встречались деформации нижней трети носа [3]. В другом исследовании Камер разделил послеоперационные деформации на крупные и мелкие. Большими деформациями отметил клювовидный, седловидный носы, асимметрию колумеллы, излишне вздернутый (ротированный), деформации в виде открытой крыши. В том исследовании самым частым 56% отметили седловидный нос [1]. В нашем исследовании клювовидный нос встречался у 23,5%, седловидный нос у 11,8%, асимметрии носа у 29,4%, излишне вздернутый (ротированный) 17,6%, деформации в виде открытой крыши 17,6% пациентов. Наши результаты отличаются от данных медицинской литературы. Это может быть следствием не очень большого количества пациентов.

Очень важно выбрать правильное время для ревизионной септоринопластики. Необходимо подождать заживление тканей и максимального устранения отечности после предыдущей септоринопластики [4]. Этот период занимает не менее шести месяцев. В нашем исследовании период ожидания после первичной операции составил от одного до 9 лет. Всем пациентам была применена открытая септоринопластика. Разрез "V" колумеллы в сочетании с подхрящевыми разрезами кожи плавно переходил на отсепаровку лоскута кожи спинки носа. Открытый подход во вторичной ринопластике является правильным выбором, позволяя максимальный контроль анатомических структур и дефектов первичных операций носа [5]. Тем не менее, могут встречаться такие осложнения как, инфекция раневой

поверхности, некроз кожи лоскута и образование рубцов [6]. В нашем исследовании послеоперационные осложнения не наблюдались ни у одного из наших пациентов. Нужно быть предельно внимательным при выполнении срединных и боковых остеотомий, так как это один самых сложных этапов ринопластики, коррекции которых считаются нелегким делом. Та же ситуация наблюдается при резекциях костно-хрящевой спинки носа. При искривлениях костной спинки необходимо принимать во внимание искривление носовой перегородки. В случаях искривлений перегородки мы делали септопластику, выпрямляя перегородку, а затем использовали трансплантаты-распорки для удаления асимметрии наружной костной основы. В случаях, необходимых к выравниванию кончика носа, использовали хрящевой трансплантат ребра и перегородки носа. Трём пациентам с нарушенными механизмами опоры кончика носа применили колумелльную стойку в виде поддержки. В нашем клиническом исследовании осложнений, чрезвычайные резекции каудальной части крыльев носа, приведшие к асимметрии, тоже были скорректированы с помощью хряща-трансплантата.

#### Выводы

Исходя из вышеперечисленного, можно прийти к выводу, что количество вторичных септоринопластик возрастает прямопропорционально с ростом числа первичных операций носа. В этих операциях требуется особое внимание и тщательный анализ, необходимы более сложные техники оперативных вмешательств.

Соответственно, вторичными септоринопластиками должны заниматься более опытные ринохирурги.

С каждым пациентом, которому требуется вторичная септоринопластика, должна проводиться детальная беседа, где ринохирург обсудит с пациентом ожидания от предстоящей операции, результаты и возможные осложнения. Только после всего этого, снизив до минимума всевозможные риски, мы должны приступать к вторичной септоринопластике.

#### Литература:

1. Kemer FM, McQuown SA. Revision rhinoplasty. Analysis and treatment. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988;114:257-66.
2. Adamson PA. The failed rhinoplasty. Curr Ther Otolaryngol. Head and Neck Surg 1990;4:137-44.
3. Vuyk HD, Watts SJ, Vindayak B. Revision rhinoplasty: review of deformities, aetiology and treatment strategies. Clin Otolaryngol Allied Sci 2000;25:476-81.
4. Bilgili AM, Koç A, Veyseller B, ve ark. Revizyon rinoplasti olgularımızın retrospektif analizi. Türkiye Klinikleri J ENT 2000;4:95-101.
5. Wright WK, Kridel RW. External septorhinoplasty: a tool for teaching and for improved results. Laryngoscope 1981;91:945-51.
6. Gunter JP, Rohrich RJ. External approach for secondary rhinoplasty. Plast Reconstr Surg 1987;80:161-74.

#### Abstract

#### REVISION SEPTORHINOPLASTY

M. Mamanov, E. Inci

Istanbul University Cerrahpasa Medical School  
Otolaryngology Department

We reviewed 17 patients before and after revision septorhinoplasty, marked the most common complications of septorhinoplasties, as well as the ways how they can be avoided, and methods of removing them in the events. We should carefully evaluate patients before secondary septorhinoplasty, determine the localization of primary septorhinoplasties defects and the correction methods we can use to eliminate defects. It should be noted that secondary surgery is much more complicated than primary septorhinoplasty, so it is advisable to secondary septorhinoplasties doing more experienced surgeons.

**Key words:** revision septorhinoplasty, operations, nose, surgeon.

УДК -616.33-005.1-89

Н.М. Абишев

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии и травматологии.

### ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА МАЛЛОРИ - ВЕЙССА

#### Аннотация

Ведущим дифференциально-диагностическим тестом в постановке источника кровотечения желудочно-кишечного тракта, является эндоскопическое исследование. Лечебно-диагностическая программа в установлении диагноза Маллори-Вейсса на современном этапе предусматривает консервативно-выжидательную тактику. При профузном кровотечении из трещин в кардии и пищеводе показана экстренная операция по устранению источника артериального кровотечения из глубоких трещин.

**Ключевые слова:** Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), острая почечная недостаточность (ОПН), Центральное венозное давление (ЦВД), эзофагоскопия.

**Актуальность:** Внедрение в медицинскую практику современных эндоскопических методов исследования с волоконной оптикой значительно расширило возможности врачей эндоскопистов и хирургов в ран-

нем распознавании грозного для жизни пациента синдрома Маллори-Вейсса. Только при желудочных кровотечениях данное заболевание встречается до 8%. Чаще трещины появляются в кардио-пищеводном от-

деле желудка в результате резкого физического напряжения, многократной неукротимой рвоте, которые мгновенно повышают внутрибрюшное, а также внутрижелудочное давление. Особенно развитию синдрома Маллори – Вейсса способствуют злостное употребление алкоголя, переполнение желудка пищевыми массами.

В Больнице скорой медицинской помощи в хирургическом отделении по экстренным показаниям поступили 32 пациентов обоего пола в возрасте от 35 до 62 лет, доставленных врачами скорой помощи, по поводу остро желудочно-кишечного кровотечения, которым было проведено соответствующее лечение. В процессе комплексного обследования у них установлен синдром Маллори-Вейсса. У 16 больных желудочному кровотечению предшествовала многократная рвота с интоксикационным синдромом алкогольного происхождения. У 12 пациентов заболевание началось с появления кровавой рвоты, у 4 - проявилось меленой (дегтеобразный стул), тяжелая степень кровопотери выявлена - у 9 больных, средняя - у 13, легкая кровопотеря - у 10 пациентов. Синдром Маллори-Вейсса до операции предполагали у 6 больных, учитывая классический анамнез, так как кровотечению предшествовали частая рвота и физическое перенапряжение. Экстренная эзофагогастродуоденоскопия почти в 98% выявляла точный диагноз синдром Маллори-Вейсса. У 12 больных с большой кровопотерей и продолжающимся кровотечением на фоне восполнения кровопотери проведены оперативные пособия – гастротомия с ушиванием лигатурами глубоких трещин, из 4 пациентов, оперированных в районной больнице, двух пациентов пришлось оперировать повторно из-за рецидивного кровотечения, в результате несостоятельности лигатурных швов с некрозом ткани.

*Приводим клиническое наблюдение: Больная П. 42 лет, оперирована в районной больнице хирургом, но источник кровотечения не был обнаружен, несмотря на выполнение гастротомии. На 4-сутки после операции появилась рвота цвета «кофейной гущи», снизилось артериальное давление, гемоглобин снизился до 28 г/л. Несмотря на активное лечение гемостатическими препаратами, массивное переливание свежей крови, кровотечение продолжалось. На пятые сутки в хирургическом отделении городской больницы выполнена широкая гастротомия в проксимальном отделе желудка. На операции в кардиальном отделе на задней поверхности замечен красный тромб, трещины защиты узловыми капроновыми лигатурами с захватом подслизисто-мышечного слоя. Из-за неустойчивого гемостаза принято решение перевязать левую желудочную артерию желудка, что обеспечило хороший эффект остановки кровоточащего из трещины, артериального сосуда. Больная выписана с выздоровлением.*

Красные тромбы, обнаруженные в кардиальном отделе желудка, у трех больных позволили своевременно выявить источник кровотечения. В основном, у пациентов обнаруживались трещины в кардиальном отделе желудка, реже с переходом на пищевод. По одной трещине в кардиальном отделе отмечено - у 16 пациентов, по 2 - у 14. Трещины в окружности кардии с переходом на пищевод. Длина трещин варьировала от 1 до 6 см., ширина – от 2,5 до 5 мм., направление трещин почти всегда отмечалось продольным. Мы убедились в преимуществе разглаживания складок слизистой оболочки желудка, пищевода марлевыми

тупферами или тампонами при поиске разрывов трещин. Несвоевременное распознавание разрыва слизистой оболочки кардиального отдела желудка может привести к рецидивному кровотечению и развитию тяжелых осложнений. Оперативное лечение у этой категории больных заключается в верхне-срединной лапаротомии и гастротомии поперечной стенки желудка, зашивании трещин с захватом подслизистого и даже мышечного слоя. Мы разделяем мнение отдельных авторов [4.5.6] придерживающихся активной хирургической тактики в лечении синдрома Маллори – Вейсса, но допускающих консервативное лечение пациентов. Если кровотечение своевременно остановилось от применения комплексной гемостатической терапии, противоязвенных лекарственных средств, оперативное пособие не применяется.

При поступлении больного в приемное отделение с диагнозом пищеводно-желудочного кровотечения необходимо оценить тяжесть состояния больного, а также информировать эндоскописта о возможном источнике кровотечения по данным анамнеза [1.3.7]. Изучение анамнеза – большое подспорье в дифференциальной диагностике синдрома Маллори-Вейсса, цирроза печени, портальной гипертензии, язвы, распада опухоли с кровотечением [2].

Основной дифференциально-диагностический тест в установлении источника кровотечения - экстренное эндоскопическое исследование. При нестабильных показателях гемодинамики и продолжающемся кровотечении его выполняют в операционной, после остановки катетера в центральную вену, восполнения ОЦК кристаллоидами при участии анестезиолога, оценивающего возможность проведения эндоскопии в условиях интубационного наркоза. Информацию, полученную во время эндоскопического исследования, считают отправной точкой принятия в выборе метода лечения.

Лечебная тактика после установления диагноза кровотечения «синдром Маллори-Вейсса» - консервативно-выжидательная. Начинается интенсивная инфузионная терапия, свежеситратной крови не более 3-х суточной заготовленной крови, гемостатика под контролем ЦВД с целью оценки адекватности коррекции волеических нарушений. Не следует допускать снижение гематокрита ниже 25% и падения диуреза менее 40 мл в час. Несоблюдение указанных условий приводит к развитию печеночно-почечной недостаточности.

Своевременно назначенная и адекватно проведенная инфузионно-трансфузионная терапия определяет исход лечебных мероприятий при развившемся пищеводно-желудочном кровотечении из глубоких трещин эзофагокардиальной области. Если консервативные мероприятия не эффективны, показана экстренная операция – гастротомия, ушивание разрывов с перевязкой кровоточащих сосудов.

У больных пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующую тяжелую патологию - эндоскопический гемастоз, это последняя надежда на остановку кровотечения.

В настоящее время скрининг наиболее информативен для выявления синдрома Маллори-Вейсса. Эзофагогастроскопия, применяемая в клинической практике, помогает установить диагноз и в определенной степени прогнозировать развитие осложнений. Типичными клиническими проявлениями данного заболевания являются обнаружение на эндоскопии про-



дольных поверхностных или глубоких трещин в гастроэзофагеальной области. Если консервативная терапия не эффективная, производится оперативное пособие гастротомия из абдоминального доступа в проксимальном отделе желудка в косопоперечном направлении. После этого прошивают отдельными лигатурами все развившиеся продольные кровоточащие трещины слизисто-мышечной ткани в кардиальном отделе желудка, особенно операция приемлема в экстренной ситуации.

Из 32 больных страдающих синдромом Маллори-Вейсса умерли 2 пациента с тяжелой сопутствующей патологией - цирроз печени, сердечно-легочной патологией, ХПН. Все пациенты, лечившиеся в хирургической клинике, после выписки из стационара реабилитационные мероприятия осуществляли у хирургов поликлинического звена. Эндоскопия патологических изменений в желудке по выписке не выявляла рецидива заболевания у пациентов. Пролечившиеся больные работали по своей профессии, вели здоровой образ жизни.

**Выводы.** Синдром Маллори-Вейсса является опасным осложнением который проявляется профузным кровотечением. Встречается это патология до 8% от всех поступающих больных с острой геморрагией верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

Разрывы стенки желудка выявляются при внезапном повышении внутрижелудочного давления, на фоне патологических изменений в желудке.

Комплексное обследование с применением экстренной эндоскопии, позволяет выявить количество и

расположение разрывов стенки слизистой кардии желудка, пищевода.

Тактика хирурга при синдроме Маллори-Вейсса должна проводится активной. Профузные кровотечения являются показанием к экстренной операции. Основным методом оперативного вмешательства при синдроме Маллори-Вейсса, это ушивание трещин стенки желудка со стороны просвета органа.

#### **Литература:**

1. Савельев В.С., Буянов В.М. Диагностическое значение эндоскопии верхнего отдела пищеварительного тракта // Вестн. хирургии. - №11. - 1972. - С. 71-77.
2. Пациора М.Д., Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.К., Синдром Маллори-Вейсса. // Вестник Хирургии, 1971, - №2. - С. 139-140.
3. Утецев Н.С. и соавт., Экстренная гастроскопия в диагностике острых кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта // Вестник хирургии - 1972, - №2, - С. 147 - 148.
4. Горбашко А.И., Острые желудочно-кишечные кровотечения, - Л., - 1974, - С. 160-161.
5. Румянцев В.В. Диагностика и лечение синдрома Маллори-Вейсса // Вестник хирургии, - 1975, - №4, - С. 25-29.
6. Bellmann H., Wohlgemuth B., Kothew L.A. Об этиологии и патогенезе синдрома Маллори-Вейсса, // Хирургия. - 1974, -№2. - С. 14-19.
7. Kasset A.M., Endoscopy, 2000, - №32, - P. 630-634.

### **Тұжырым МАЛЛОРИ-ВЕЙСС ЕМДІК БАҒДАРЛАМАСЫ Н.М. Абишев**

#### **Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Хирургия және травматология кафедрасы**

*Маллори-Вейс синдромы профузды қан кетумен көрінетін қауіпті асқынуы болып табылады. Бұл патология асқазан ішек жолдарының жоғарғы бөлімінің жедел геморрагиясымен түсетін барлық науқастардың 8% дейін кездеседі.*

*Асқазанның патологиялық өзгерістер фондында, асқазанішілік қысымның кенеттен жоғарлағанда асқазан қабырғаларының жыртылулары байқалады.*

*Комплексті зерттеулер шұғыл эндоскопия қолдануымен өңештің, асқазанның кардия шырышты қабырғаның жыртылулардың орналасуы мен көлемін анықтауға көмектеседі. Маллори-Вейс синдромы кезінде хирургтың тактикасы белсенді түрде жүргізілуі керек. Профузды қан кетулер шұғыл операцияға көрсеткіш болып табылады. Маллори-Вейс синдромында оперативті араласудың негізгі әдісі – мүшенің ашық аймағынан асқазанның жыртылған қабырғасының тігісі.*

**Негізгі сөздер:** Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС), гастротомия, жедел бүйрек жетіспеушілігі (ОПН), орталық көктамыр қысымы (ЦВД).

### **Summary MALLORI-VEISS'S MEDICAL PROGRAM N.M. Abishev**

#### **Semey State Medical University, Chair of surgery and traumatology**

*Mallori-Veiss's syndrome is dangerous complication which is shown profuse bleeding. There is this pathology to 8% from all arriving patients with sharp hemorrhage the top department of gastroenteric tract.*

*Ruptures of a wall of a stomach come to light at sudden increase of intragastric pressure, against pathological changes in a stomach.*

*Complex inspection with application emergency endoscopy, allows to reveal quantity and arrangement of ruptures of a wall mucous stomach, esofagus. Tactics of the surgeon at syndrome Mallori-Vejssa should be spent by the active. Profuse bleedings are the indication to emergency operation. The basic method of operative intervention at syndrome Mallori-Vejss is suturing cracks of wall of stomach from a body gleam.*

**Key words:** fibrogastroduodenoscopy (FGDS), gastrotomy, acute renal-feature (ARF), Central venous pressure (CVP).

УДК 617.55-636.11-059.193.4-039

К.Т. Кажыкенов, М.М. Гладинец, Т.С. Толукбаев, С.О. Сабербеков, А.О. Сапенов

*Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии и травматологии.***РАННЯЯ ЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ****Аннотация**

*Проблема лечения перитонита привлекает пристальное внимание хирургов всего мира. Перитонит и грозные осложнения послеоперационного периода, требующие повторной релапаротомии - главная проблема неотложной хирургии. Ранняя лапаротомия при острой хирургической патологии органов брюшной полости один из факторов снижения летальности в экстренной абдоминальной хирургии.*

**Ключевые слова:** Релапаротомия, дивертикулит, дивертикул, трансфузия.

Актуальность оперативных вмешательств при острой патологии органов брюшной полости остается не решенной и по настоящее время, из-за развития в послеоперационном периоде грозных осложнений требующих повторной релапаротомии. Перитонит - главная проблема неотложной хирургии. Вот почему более 100 лет проблема лечения перитонита привлекает пристальное внимание хирургов всего мира. Это одно из тяжелейших осложнений разнообразных острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости. По данным современных авторов летальность составляет 35% и более. Перитонит вечная нестареющая проблема экстренной абдоминальной хирургии. У больных с панкреонекрозом летальность до 20%, с острой кишечной непроходимостью более 40%.

**Цель:** Изучить частоту и причины осложнений у больных, перенесших операции по поводу острой хирургической патологии органов брюшной полости и травмы живота.

По абсолютным показаниям, в случае развития тяжёлых осложнений были выполнены, своевременно, релапаротомии.

Причинами к выполнению ранних лапаротомий, возможно, являются дефекты оперативной техники или являются результатом прогрессирования основного заболевания, которое обусловлено поздней госпитализацией пациентов. При неясном диагнозе возможна выжидательная тактика хирурга, а также не адекватная тщательная ревизия органов брюшной полости, а иногда, не всегда выполненная радикальная ревизия органов брюшной полости, а также правильно проведенная операция, непреднамеренная травматизация и размножение мягких тканей, не устраненный гемостаз.

На базе Больницы скорой медицинской помощи проведен анализ 4246 операций, по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, из них повторные оперативные пособия - 44. Умерли 5 больных, что составляет - 11,2%. Сроки релапаротомий и характер осложнений были выявлены своевременно. После аппендектомии в 5 из 21 наблюдений причиной релапаротомии являются острая спаечная кишечная непроходимость. Релапаротомия по поводу острой ранней спаечной непроходимости осуществлялась в сроки от 4 до трех недель после проведенной первой операции. От осложнений острой спаечной непроходимости при деструктивном аппендиците умерли 2 - больных в связи с продолжающимся вялотекущим разлитым гнойным перитонитом, с сопутствующей патологией сердечно - сосудистой и полиорганной недостаточностью.

Очень серьезным осложнением острого аппендицита, нуждающимся в ранней релапаротомии является

абсцесс культи червеобразного отростка. Причинами развития абсцессов культи отростка отмечены повреждение кишечной стенки слепой кишки при формировании кисетного шва и дессерозация стенки кишки. А при несостоятельности культи червеобразного отростка выявлены погрешности в течение оперативного вмешательства. Ранняя и поздняя кишечная спаечная непроходимость выявлена у 15 пациентов, умерло - 2.

Абсцесс культи червеобразного отростка - 1.

Несостоятельность культи червеобразного отростка - 2.

Кровотечение из артерии червеобразного отростка - 1.

Межкишечные абсцессы - 3.

Подпеченочный абсцесс - 2.

Абсцесс сальниковой сумки - 3.

Панкреонекроз поджелудочной железы, перитонит - 14, умер - 1.

Дивертикулит Меккеля неустановленный на первом этапе - 3.

Тромбоз мезентериальных сосудов кишечника - 2, умер - 1.

Почти все больные оперировались молодыми хирургами и у всех пациентов производились первичные оперативные пособия с деструктивными формами аппендицита - подтверждение гистологических исследований. В двух наблюдениях релапаротомию выполняли по поводу перитонита на вторые и четвертые сутки после удаления простого червеобразного отростка. Во время операции оказался деструктивный процесс в дивертикуле Меккеля. Здесь первичным процессом был дивертикулит Меккеля, который своевременно не диагностирован.

Из 156 грыжесечений при ущемленных грыжах в двух случаях были осуществлены релапаротомия, что составляет 1,4%. В одном наблюдении больная страдающая ожирением, оперирована по поводу ущемления параумбиликальной грыжи. Операция проводилась с техническими трудностями. Послеоперационный период осложнился развитием тонкокишечного свища и на 3-й неделе сделана повторная операция, проведена резекция участка тонкой кишки, несущей тонкокишечный свищ. В данном случае имела место неполноценная тактика хирурга.

В другом случае релапаротомия произведена на четвертые сутки по поводу развития острой спаечной непроходимости кишечника.

По поводу перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки произведено 125 операций, релапаротомия - у 4 человек, что составляет 0,98%. В двух случаях релапаротомия произведена в послеоперационном периоде, после ушивания перфоративного отверстия в желудке на фоне развившегося перитонита.

После адекватно проведенной операции и интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии обе больные выздоровели. Причиной спаечной непроходимости явился перитонит.

Больному Б. после ушивания перфоративного отверстия язвы двенадцатиперстной кишки в послеоперационном периоде, осложненном подпеченочным абсцессом, произведена релапаротомия на 10-е сутки. После вскрытия абсцесса и полноценного дренирования полости абсцесса наступило выздоровление.

С острой кишечной непроходимостью оперировано 105 больных, из них у 1,49 % произведена повторная релапаротомия, из-за развития осложнения тонкокишечной спаечной непроходимости. Релапаротомия с хорошим исходом.

По поводу острого калькулезного холецистита выполнено 218 операций - холецистэктомии с различными вариантами дренирования желчевыводящих путей. Повторно оперировано 3 больных (1,0 %). В двух наблюдениях релапаротомия произведена с развившимся осложнением острой спаечной кишечной непроходимостью. Одна больная умерла от гнойного перитонита, от развившегося подпеченочного абсцесса и сопутствующей тяжелой формы сахарного диабета.

При травмах с повреждением брюшной полости и без повреждения внутренних органов было 185 человек, у 3-х из них 1,6% произведена релапаротомия. У 2-х пациентов послеоперационный период осложнился острой кишечной непроходимостью и на фоне разлитого перитонита сделана релапаротомия, больная после адекватного лечения с применением методов детоксикации выздоровела.

Один больной поступил в связи с тупой травмой живота. Во время операции обнаружен разрыв подвздошной кишки, дефект ушит. На начало пятых суток при нарастании клиники перитонита произведена релапаротомия. Обнаружен некроз участка тонкой кишки по брыжеечному краю. Здесь имела место ошибка хирурга во время первой операции, произведена резекция клиновидного сегмента тонкой кишки. Послеоперационное течение гладкое, выписан больной с выздоровлением.

Изолированные повреждения органов брюшной полости в практике хирургов, встречаются до 25 %. Диаг-

ностика открытого повреждения органов брюшной полости решается своевременно, труднее решить вопрос при непроникающей травме. При повреждении полых органов сводится к экономному иссечению краев раны желудка, ушивание в поперечном направлении по отношению к оси желудка.

Из 120 пролеченных пациентов, по поводу острого деструктивного панкреатита, у трех больных пациентов выявлены осложнения - 1,6 %. У 28 больных проводилось оперативное пособие, на фоне перитонита. Летальность у двух больных на фоне неуправляемой энзимной токсемии с тотальным панкреонекрозом и полиорганной недостаточностью. В одном случае основанием, для осуществления релапаротомии, послужило развитие абсцесса сальниковой сумки. У другого больного с панкреонекрозом послеоперационное течение осложнилось звантрацией, которая операционным путем ликвидирована. У одного пациента выполнена релапаротомия на 8-е сутки, где обнаружена обтурация тонкой кишки у баугинеевой заслонки желчным камнем (размер - 6,5-5 см).

**Выводы.** Причины повторных релапаротомий многообразны, в большей степени главной причиной является продолжение воспалительного процесса в брюшной полости, вызванное основным заболеванием, по поводу которого произведена первичная операция. Ведущим показанием для выполнения релапаротомии служит нарастание признаков острой ранней спаечной кишечной непроходимости, а также нарастание симптомов перитонита.

#### Литература:

1. Нурмаков А.Ж. Хирургические болезни. Алматы, 2009. – С. 94-112.
2. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Т. 2, - Москва. – 2009. С. 197-223.
3. Bradley E.L. Surgery of acute pancreatitis. Amer J., Surg. - 2007, - VoL. 194, - P. 20-23.
4. Емельянов С.И. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. - 2000. – 220 с.
5. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Ленинград. Медицина. – 1978. - С. 98-102.

#### ТҰжырым

### ІШКІ ҚҰРЛЫСЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖЕДЕЛ АУРУЛАРЫНДА ЛАПАРОТОМИЯСЫ

К.Т. Кажыкенов, М.М. Гладинец, Т.С. Толукбаев, С.О. Сабербеков, А.О. Сапенев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Хирургия және травматология кафедрасы

Қосымша лапаротомияның себептері көп ең бастысы тәрбиілік істің өткелілуі қай ауыруға баиланысты операция жасалған.

Релапаротомияның жасаудын бірден бір себебі ішектін өтпеу және перитониттің симптомдары.

**Негізгі сөздер:** Релапаротомия, дивертикулит, дивертикул, трансфузия.

#### Summary

### EARLY RELAPAROTOMY IN ACUTE SURGICAL DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS

K.T. Kazhykenov, M.M. Gladinets, T.S. Tolukbayev, S.O. Saberbekov, A.O. Sapenov

Semey State Medical University,

Department of surgery and traumatology

Among 4246 patient operated on for emergency surgical diseases of the abdominal organs underwent a repeated operation, 9 (21,4 %) of those opted on a second time died. The causes of repeated laparotomy are of a great variety. The principal cause, however, is the continuation of the inflammatory process induced by the primary disease for which the first operation had been performed. The intensification of signs of acute early commissural ileus or peritonitis is the main indication for relaparotomy.

**Key words:** Laparotomy, diverticul, transfusion.

УДК 616.381-002.3-089-06

Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра хирургии и травматологии.**ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ  
БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ****Аннотация**

Изучены диагностические, тактические и технические ошибки, допущенные при лечении 208 больных с разлитым гнойным перитонитом. Рассмотрены причины отмеченных ошибок и осложнений, показано значение качественной и количественной сторон предоперационной подготовки и рационального ведения послеоперационного периода. Особое внимание обращено на оптимальную хирургическую тактику во время выполнения оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** Эндотоксикоз, иммуногенез, детоксикация, декомпрессия, релапоротомия, эвентрация.

**Актуальность:** Перитонит является тяжелым и относительно частым осложнением острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, возникая у 15-35% больных этими заболеваниями. Летальность при перитонитах колеблется от 7 до 70%. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения перитонита являются прогрессирование гнойно-воспалительных осложнений. Учет ошибок, опасностей и осложнений, встречающихся при лечении разлитого гнойного перитонита, позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных. Несмотря на большое число работ, посвященных диагностике и лечению разлитого гнойного перитонита, частота диагностических ошибок и послеоперационных осложнений, а также летальность остаются на достаточно высоком уровне [1, 4, 5].

Мы изучили непосредственные результаты лечения 208 больных разлитым гнойным перитонитом, находившихся в хирургических и реанимационных отделениях Городской больницы №1 и Больнице скорой медицинской помощи г. Семей за 6 лет.

При анализе сроков госпитализации больных в стационар установлено, что в 1-е сутки от начала заболевания госпитализировано 49% больных, через - 48 часов - 19,7%, через 72 часа были доставлены в клинику - 43,5%, позже трёх суток - 18,8% пациентов, лечившихся в других отделениях.

У 32 больных 15,4 % были допущены диагностические ошибки на догоспитальном этапе. При обращении за медицинской помощью они были осмотрены врачами поликлинического звена как терапевтами, так и хирургами, врачами скорой неотложной помощи, приемного отделения стационара. Из них 7 больных в связи с диспепсическими проявлениями госпитализированы в инфекционную больницу, где после дальнейшей манифестации клинической картины были осмотрены врачами-хирургами и переведены в хирургическое отделение. В то же время 24 больным было отказано в госпитализации, только при повторном обращении через двое-трое суток были направлены на стационарное лечение в хирургическую клинику БСМП.

Представляет интерес тот факт, что у умерших больных ошибки диагностики на догоспитальном этапе отмечены реже у 10,5%, чем у выживших - 18,9%.

У 37 больных 17,8 % диагностические ошибки допущены врачами-хирургами на стационарном этапе лечения. Чаще всего устанавливали диагноз острой кишечной непроходимости, клинический синдром которой доминировал у больных с разлитым гнойным перитонитом в токсической и терминальной фазах заболевания. Это

привело к неправильному выбору лечебной тактики: сифонные и очистительные клизмы, проведение бариевой пробы, длительное динамическое наблюдение, в результате чего увеличивались сроки пребывания больных в стационаре до выполнения операции. У умерших больных диагностические ошибки в стационаре допускались чаще у 19,8%, чем у выживших 16,4%.

Таким образом, выявленные ошибки диагностики на догоспитальном и стационарном этапах, у больных с разлитым гнойным перитонитом встречаются довольно часто, так как врачи разного профиля недостаточно хорошо знают клиническую картину перитонита, имеющую свои особенности в разных фазах заболевания.

Большое практическое значение в лечении перитонита имеет предоперационная подготовка больных. По данным литературы [5], подготовка позволяет снизить летальность на - 10-15 %. Основой предоперационной подготовки являются коррекция грубых нарушений гомеостаза и купирование явлений полиорганной недостаточности, нередко возникающих при разлитом гнойном перитоните. Этим требованиям отвечают инфузионная терапия заменителями вне- и внутриклеточной жидкости, корректоры объема циркулирующей крови, препараты, улучшающие реологические свойства крови, терапия нарушений кислотно-щелочного равновесия, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, антибактериальная терапия и особенное значение имеют методы детоксикации.

В анализируемой группе больных предоперационная подготовка была проведена у 171 больных, что составляет - 82,2%. Однако при изучении сроков подготовки выяснилось, что у 70,2% больных она длилась более 3 часов, что было связано с организационными и диагностическими сложностями. У подавляющего большинства больных подготовка проводилась в условиях общехирургического отделения при недостаточно полном контакте врачей-хирургов и анестезиологов-реаниматологов, что приводило к значительной отсрочке операции, а это существенно отразилось на непосредственных результатах лечения. Так, среди больных, у которых оперативное вмешательство было произведено в первые 2 часа после поступления в стационар, умерли 15,6%, при увеличении этого времени до 3 часов летальность составила - 30,6%, до 7-12 ч - 44,4%, а более 12 ч - 73,9%.

В связи с этим представляется, что более рационально предоперационную подготовку больных проводить в реанимационном отделении или операционном блоке при лабораторном и функциональном мониторинге. Объективным подтверждением этого может служить

тяжесть состояния больных при поступлении. Так, нестабильная гемодинамика с явлениями централизации кровообращения была у 21,6% больных, тахикардия более 100 в минуту - у 54,4%, тахипноэ более 28 в минуту - у 28 %, рвота - у 56,8%, нулевое или отрицательное центральное венозное давление - у 39%, что, безусловно, требует постоянного контроля и наблюдения специализированного медицинского персонала. Вероятно, необходимо согласиться с мнением ряда авторов считающих, что оптимальные сроки предоперационной подготовки даже у очень тяжело больных не должны превышать 2-3 часа (3.5).

Основой оперативного лечения были радикальное устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Во время операции у 2 больных были допущены технические ошибки - повреждение мочевого пузыря при лапаротомии и повреждение селезенки при осушивании брюшной полости. Выявлена статистически достоверная зависимость летальности от длительности операции. При продолжительности оперативного вмешательства менее 1 часа умерли - 11,9% больных, 1-2 часов - 35,5%, 2-3 часов - 82,3 %, более 3 часов - 90%.

Сегодня остается правомерным суждение, что операцию у больных с разлитым гнойным перитонитом должны выполнять наиболее квалифицированные специалисты, которые способны произвести оптимальное вмешательство в зависимости от характера и сложности патологии в брюшной полости.

Вопросы санации брюшной полости решаются хирургами неоднозначно. Одни предпочитают производить промывание брюшной полости различными жидкостями, другие ограничиваются лишь удалением патологического экссудата. Осушивание полости живота с последующим ее промыванием различным антисептическим раствором было произведено у 138 больных или 66,4%, а у 70 пациентов санация ограничивалась удалением патологического экссудата с промыванием раствором 0,25% новокаина, фурацилина.

Не была выявлена зависимость частоты летального исхода от количества экссудата в брюшной полости, но отметили существенную разницу при проведении интраоперационной санации брюшной полости. Так, если после удаления экссудата производили промывание различными жидкостями, то летальность составила 36,2%, если ограничивались лишь осушиванием брюшной полости и одним антисептиком с последующим ее дренированием, то она повышалась до 51,4%. Объем жидкости, используемый для промывания брюшной полости, не влиял на частоту летального исхода.

Таким образом, отказ от промывания брюшной полости различными антисептиками во время операции следует считать тактической ошибкой, ведущей к повышению летальности.

Завершали операцию оставлением дренажей в брюшной полости для адекватного оттока экссудата и одновременного проведения местной антибактериальной терапии.

Ошибки в дренировании брюшной полости отмечены у 64 человек 30,8%. Основными ошибками были: дренирование брюшной полости при распространенных формах перитонита 1-2 трубчатыми дренажами; тампонада брюшной полости без наличия абсолютных показаний не полностью удаленный очаг инфекции, неуверенность в состоятельности швов полых органов, не полностью остановленное капиллярное кровотечение; несоблюдение рациональных сроков нахождения дренажей и тампонов в брюшной полости. Все это у ряда больных привело к развитию тяжелых послеоперацион-

ных осложнений. Остаточные гнойники брюшной полости наблюдались у 13 больных 6,3%, кишечные свищи - у 12 (5,8%), релапаротомии по поводу продолжающегося перитонита были выполнены у 18 больных (8,7%).

Одним из основных элементов комплексного лечения разлитого гнойного перитонита является рациональная антибактериальная терапия. Она была использована у 191 больного. Предпочтение отдавали парентеральному введению терапевтических доз пенициллина у 71,2% больных, полусинтетических пенициллинов у 25,5%, цефалоспоринов у 11,1%, амино- гликозидов у 9,7%, тетрациклинов у 6,7% и т. д. Для местного лечения внутрибрюшинно применяли канамицин у 91,1%, мономицин у 5,7% и другие антибиотики у 3,2%. Стандартная комбинация антибиотиков пенициллинового ряда парентерально и аминогликозидов внутрибрюшинно использована у 114 больных 60%. На наш взгляд, в таком стандартном назначении антибактериальной терапии частично кроются причины неудовлетворительных результатов лечения разлитого гнойного перитонита. Подтверждением этого является тот факт, что чувствительность микрофлоры, высеваемой из брюшной полости, к пенициллину была сохранена лишь у 21,4% больных, к канамицину - у 65,3%, к мономицину - у 71,9%.

Несмотря на высокий процент сохранения чувствительности микрофлоры к антибиотикам аминогликозидного ряда, они обладают и серьезными недостатками, такими как нефро- и гепатотоксичность. Ретроспективный анализ историй болезни больных с разлитым гнойным перитонитом показал, что гипербилирубинемия при поступлении была у 49 человек 23,5 %, а в ближайшие дни после операции она наблюдалась уже у 104 больных 50%. Изменения в моче, указывающие на поражение почек до операции, отмечены у 72 человек 34,6%, а в раннем послеоперационном периоде - у 135 64,9%. Эти нарушения деятельности печени и почек характерны для тяжелых хирургических эндотоксикозов, поэтому применение в комплексе лечения перитонита антибиотиков аминогликозидного ряда в определенной мере способствует прогрессированию полиорганной недостаточности.

В связи с этим одним из реальных путей улучшения результатов лечения разлитого гнойного перитонита должна явиться истинная рациональная антибиотикотерапия с учетом антибиотикограммы, механизма действия и побочных эффектов назначаемых препаратов, а в ряде случаев, особенно при реактивной стадии перитонита, предпочтение при использовании антибактериальной терапии для внутрибрюшинного введения следует отдавать антисептикам диоксидин.

Тяжесть течения основного заболевания предопределяет и тяжесть развития послеоперационных осложнений. Так, тяжелые формы пареза желудочно-кишечного тракта и гастроплегия с большими потерями желудочного содержимого отмечены у 78 больных (37,5%), нагноение послеоперационной раны - у 79 (37,9%), эвентрация - у 8 человек (3,8%). Возникновение этих осложнений отягощало течение заболевания, а у ряда больных способствовало наступлению летального исхода; значительно увеличивались сроки пребывания больных в стационаре. Умерли 86 больных (41,3 %).

#### Литература:

1. Савельев В.С. Клиническая хирургия. Национальное руководство: Т. 2 - М., 2008. ГОЭТАР-Медиа. - 864 с.
2. Навашин С. М., Фомина И. П. Рациональная антибиотикотерапия. - М., 1985. - 128 с.

3. Попов В.А. Перитонит.- Л., - 1985. – 198 с.  
4. Симонян К.С. Перитонит.- М., 1971. – 218 с.

5. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. - Киев, 1981. – С. 23-27

#### Тұжырым

### ЖАЙЫЛҒАН ІРІҢДІ ПЕРИТОНИТПЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕРІ, ҚАУПІ ЖӘНЕ АСҚЫНУЛАРЫ

Н.М. Абишев, А.Д. Жилкайдаров, М.М. Гладинец

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,  
Хирургия және травматология кафедрасы

Жайылған іріңді перитонитпен ауырған 208 науқасты емдеу кезінде диагностикалық, тактикалық және техникалық жағынан кеткен қателіктер зерттелген. Осылай, жайылған іріңді перитонит іш қуысы мүшелерінің жедел хирургиялық аурулардың бүгінгі күнге дейін ең ауыр асқынуы болып қалады және осы науқастар тобының сапалық көрсеткішін анықтайды. Операциядан кейінгі летальдыққа әсер ететін қателіктер мен асқынулардың мінездемелік есебі, жайылған іріңді перитониттің емдік нәтижелерін жақсартуға бағытталады.

**Негізгі сөздер:** Эндотоксикоз, иммуногенез, детоксикация, декомпрессия, релапоротомия, эвентрация.

#### Summary

### ERRORS, HAZARDS, AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PURULENT PERITONITIS

N.M. Abichev, A.D. Jilkaidarov, M.M. Gladinets

Semey State Medical University,  
Chair of surgery and traumatology

Errors and complications encountered in the treatment of 208 patients with generalized purulent peritonitis are analysed. The importance of preoperative management of patients is shown, when properly conducted it improves the results of treatment. The author discusses tactical and technical errors which are encountered most frequently during the operation and lead to increase of the mortality rate. Rational postoperative management requires particular attention. The immediate results of treatment are improved when errors, hazards, and complications occurring in the treatment of patients with generalized purulent peritonitis are taken into account.

**Key words:** Endotoxiosis, immunogenesis, detoxication, relaparotomy, eventration.

УДК 616.33-005.1-089

Б.А. Галиев

КГП на ПХВ «Центральная районная больница», г. Зыряновск

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

#### Аннотация

Статья посвящена эндоскопическому и хирургическому лечению острого язвенного кровотечения, освещены различные методы лечения, обобщен практический опыт.

**Ключевые слова:** Лечение, острого, язвенного, кровотечения.

В лечении больных с язвенным кровотечением (ЯК) на сегодня ещё не выработано единого тактического подхода в ведении этих пациентов [9, 19]. Как известно, рекомендуется совместное лечение различными специалистами и своевременное привлечение специально подготовленного эндоскописта [1, 2]. Ранняя эндоскопия также позволяет определить показания к безопасной выписке пациентов группы низкого риска, таким образом, снижая расходы на их лечение [2, 24]. Целями ранней эндоскопии являются определение источника кровотечения, прогноза и проведение эндоскопического лечения при наличии показаний. Рекомендации по лечению касаются, прежде всего, первых 72 ч после поступления и эндоскопического обследования, так как риск повторного кровотечения наиболее высок именно в этот период [8, 14].

Пациентам с кровотокащими язвами, отнесенным к группе высокого риска при эндоскопии (активное кровотечение или видимый кровеносный сосуд), должен быть выполнен эндоскопический гемостаз, который снижает риск повторного кровотечения, экстренного оперативно-

го вмешательства и смерти [1, 2, 6]. К числу современных методов эндоскопического вмешательства относят инъекции (например, физиологического раствора, вазоконстрикторов, склерозирующих веществ, препаратов, склеивающих ткани или их комбинаций), термальные воздействия (контактные, такие как многополярная электрокоагуляция, и бесконтактные, такие как коагуляция с применением аргоновой плазмы) или механические воздействия (прежде всего эндоскопическое клипирование). Все методы эндоскопических вмешательств доказано превосходят отсутствие какого-либо вмешательства [1, 2]. В то же время добавление второго метода гемостаза (инъекции, термального воздействия) к введению адреналина (в физиологическом растворе в разведении 1 к 10 000) в еще большей степени снижает вероятность повторного кровотечения, оперативных вмешательств и смерти [4] по сравнению с введением одного адреналина, которого следует избегать [1, 18, 21]. Хотя эффективность введения только склерозирующего вещества считается сомнительной, оно редко приводит к повреждению тканей [21].

Существующие рекомендации считают более предпочтительным комбинированное лечение (введение адреналина с целью достижения местной вазоконстрикции и облегчения визуализации кровотока сосуда с последующим термальным воздействием) [2], однако преимущества комбинированного лечения перед только термальным воздействием доказаны не окончательно [32]. Эндоскопическое лечение среди пациентов с высоким риском, имеющим закрепленный тромб, продолжает оставаться противоречивым [2, 10, 12, 26].

Применение методов механического воздействия, прежде всего эндоскопической установки клипс, считается весьма перспективным [2]. Точная роль эндоскопической установки клипс окончательно не определена, имеющиеся данные указывают на то, что по эффективности она аналогична только термальному воздействию, комбинации инъекции и контактного термального воздействия, а также установке клипс в сочетании с инъекцией [18, 27]. Этот вопрос требует дальнейшего изучения. Возможно, в будущем оптимальный метод лечения будет зависеть от расположения и внешнего вида язвы. В настоящее время эндоскопистам следует применять те методы гемостаза, которые они лучше знают, так как все эти методы достаточно эффективны. Однако применение только инъекции эпинефрина является неоправданным. Точная роль новых методов эндоскопического гемостаза, таких как криотерапия, ушивание и применение металлических клипс, должна быть установлена в будущих исследованиях.

Обязательное выполнение повторной эндоскопии в течение первых 24 ч после первого исследования не рекомендуется [1, 2]. Хотя эффективность подобной процедуры была подтверждена в двух мета-анализах [5, 17], снижение частоты рецидивов кровотечения является небольшим.

Эпидемиологические исследования показывают ежегодное увеличение числа экстренных хирургических операций с 5,2 до 7,0 на 100 тыс. жителей в период с 1987 по 1999 г. [20]. В связи с лучшим пониманием природы язвенной болезни значение хирургических вмешательств в ее лечении в последние два десятилетия значительно снизилось. В частности, в настоящее время консультация хирурга не считается обязательным компонентом обследования пациентов с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ. Целью экстренных оперативных вмешательств является не излечение болезни, а остановка кровотечения в тех случаях, когда эндоскопического вмешательства недостаточно или оно недоступно. Роль раннего планового оперативного вмешательства все еще окончательно не определена, равно как и оптимальная хирургическая методика у пациентов с острым процессом [19, 22]. Недавно проведенный анализ, в котором сравнивали ваготомию с дренированием и ваготомию с резекцией желудка, не выявил достоверных различий [7]. Хирургическое вмешательство продолжает оставаться безопасным и эффективным методом лечения для отдельных групп пациентов с неконтролируемым кровотечением (т.е. тех, у кого не получается добиться стабилизации гемодинамики путем переливания кристаллоидов и продуктов крови), а также больных, которые могут не перенести рецидив или усиление кровотечения [9]. У большинства пациентов с признаками продолжающегося или повторного кровотечения вторая попытка эндоскопического вмешательства с целью достижения гемостаза в большинстве случаев оказывается эффективной, может реже сопровождаться осложнениями по сравнению с хирургическим вмешательством и является рекомендуемым методом лечения [15]. Исключением могут яв-

ляться пациенты с язвами более 2 см в диаметре, а также те, у кого развивается гипотензия на фоне повторного кровотечения, так как в подобных случаях повышен риск того, что второе эндоскопическое вмешательство вновь окажется неэффективным [1, 15].

Ангиография с чрезкатетерной эмболизацией является еще одним методом неоперативного лечения пациентов, у которых кровотечение не было остановлено или его очаг не был выявлен при эндоскопии. Для эмболизации кровоточащих сосудов применяют такие вещества, как Gelfoam, поливинил этанол, цианакриловые клеи и кольца [11]. Эффективность подобных вмешательств варьирует в пределах от 52 до 94%, а частота повторных кровотечений, требующих эмболизации, составляет около 10% [16]. В исследованиях было показано, что эмболизация значительно снижает смертность пациентов с кровотечениями из верхних отделов ЖКТ [11], хотя в некоторых случаях и сопровождается такими осложнениями, как кишечная ишемия, вторичный дуоденальный стеноз, а также инфаркты желудка, печени и селезенки [16]. В большинстве клиник радиологические вмешательства выполняют у пациентов, которым не помогли эндоскопические вмешательства, особенно тех из них, кто имеет высокий риск развития осложнений в результате оперативного вмешательства. Ретроспективный анализ не выявил существенных отличий между эмболизацией и хирургическими вмешательствами в отношении частоты повторных кровотечений (29,0 и 23,1% соответственно), необходимости в выполнении дополнительных оперативных вмешательств (16,1 и 30,8%) и смертности (25,8 и 20,5%), несмотря на старший возраст и более высокую частоту сердечно-сосудистых заболеваний в группе пациентов, которым выполняли эмболию [23]. Хотя радиологическое вмешательство в ряде случаев и не приводит к окончательному излечению, оно позволяет стабилизировать состояние пациента до того момента, когда можно будет провести другое лечение [11].

Обсуждение долгосрочного лечения пациентов с острым ЯК выходит за рамки настоящей статьи, тем не менее, мы считаем необходимым упомянуть о крайней важности выявления и лечения *H. pylori* [25]. Кроме того, у отдельных пациентов важным является установление необходимости в приеме нестероидных противовоспалительных препаратов, а также дезагрегантов: если подобное лечение требуется, следует также назначать им гастропротективные препараты [13].

#### Литература

1. Adler DG, Leighton JA, Davila RE, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in acute non-variceal upper-GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2004;60:497–504. [Erratum, *Gastrointest Endosc* 2005; 61:356].
2. Barkun A, Bardou M, Marshall JK. Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med* 2003;139:843–57.
3. British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Non-variceal upper gastrointestinal haemorrhage: guidelines. *Gut* 2002; 51:Suppl 4:iv1–iv6.
4. Calvet X, Vergara M, Brullet E, Gisbert JP, Campo R. Addition of a second endoscopic treatment following epinephrine injection improves outcome in high-risk bleeding ulcers. *Gastroenterology* 2004; 126:441–50.
5. Chiu PW-Y, Lau T-S, Kwong K-H, Suen DT-K, Kwok SP-Y. Impact of programmed second endoscopy with appropriate retreatment on peptic ulcer re-bleeding: a systematic review. *Ann Coll Surg Hong Kong* 2003; 7:106–15.

6. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102:139–48.
7. de la Fuente SG, Khuri SF, Schiffner T, Henderson WG, Mantyh CR, Pappas TN. Comparative analysis of vagotomy and drainage versus vagotomy and resection procedures for bleeding peptic ulcer disease: results of 907 patients from the Department of Veterans Affairs National Surgical Quality Improvement Program database. *J Am Coll Surg* 2006; 202:78–86.
8. Freeman ML, Cass OW, Peine CJ, Onstad GR. The non-bleeding visible vessel versus the sentinel clot: natural history and risk of rebleeding. *Gastrointest Endosc* 1993; 39:359–66.
9. Imhof M, Ohmann C, Roher HD, Glutig H. Endoscopic versus operative treatment in high-risk ulcer bleeding patients – results of a randomised study. *Langenbecks Arch Surg* 2003; 387:327–36.
10. Kahi CJ, Jensen DM, Sung JJ, et al. Endoscopic therapy versus medical therapy for bleeding peptic ulcer with adherent clot: a meta-analysis. *Gastroenterology* 2005; 129:855–62. [Erratum, *Gastroenterology* 2006; 131:980–1].
11. Kim SK, Duddalwar V. Failed endoscopic therapy and the interventional radiologist: non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Tech Gastrointest Endosc* 2005; 7:148–55.
12. Laine L. Systematic review of endoscopic therapy for ulcers with clots: can a meta-analysis be misleading? *Gastroenterology* 2005; 129:2127–8.
13. Lanas A, Hunt R. Prevention of antiinflammatory drug-induced gastrointestinal damage: benefits and risks of therapeutic strategies. *Ann Med* 2006; 38:415–28.
14. Lau JY, Chung SC, Leung JW, Lo KK, Yung MY, Li AK. The evolution of stigmata of hemorrhage in bleeding peptic ulcers: a sequential endoscopic study. *Endoscopy* 1998; 30:513–8.
15. Lau JYW, Sung JJY, Lam Y, et al. Endoscopic re-treatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med* 1999; 340:751–6.
16. Ljungdahl M, Eriksson LG, Nyman R, Gustavsson S. Arterial embolisation in management of massive bleeding from gastric and duodenal ulcers. *Eur J Surg* 2002; 168:384–90.
17. Marmo R, Rotondano G, Bianco MA, Piscopo R, Prisco A, Cipolletta L. Outcome of endoscopic treatment for peptic ulcer bleeding: is a second look necessary? A meta-analysis. *Gastrointest Endosc* 2003; 57:62–7.
18. Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco MA, D'Angella R, Cipolletta L. Dual therapy versus monotherapy in the endoscopic treatment of high-risk bleeding ulcers: a meta-analysis of controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:279–89, 469.
19. Millat B, Hay JM, Valleur P, Fingerhut A, Fagniez PL. Emergency surgical treatment for bleeding duodenal ulcer: oversewing plus vagotomy versus gastric resection, a controlled randomized trial. *World J Surg* 1993; 17:568–73.
20. Paimela H, Oksala NK, Kivilaakso E. Surgery for peptic ulcer today: a study on the incidence, methods and mortality in surgery for peptic ulcer in Finland between 1987 and 1999. *Dig Surg* 2004; 21:185–91.
21. Park WG, Yeh RW, Triadafilopoulos G. Injection therapies for nonvariceal bleeding disorders of the GI tract. *Gastrointest Endosc* 2007; 66:343–54.
22. Poxon VA, Keighley MR, Dykes PW, Heppinstall K, Jaderberg M. Comparison of minimal and conventional surgery in patients with bleeding peptic ulcer: a multicentre trial. *Br J Surg* 1991; 78:1344–5.
23. Ripoll C, Banares R, Beceiro I, et al. Comparison of transcatheter arterial embolization and surgery for treatment of bleeding peptic ulcer after endoscopic treatment failure. *J Vasc Interv Radiol* 2004; 15:447–50.
24. Spiegel BM, Vakil NB, Ofman JJ. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med* 2001; 161:1393–404.
25. Suerbaum S, Michetti P. *Helicobacter pylori* infection. *N Engl J Med* 2002; 347:1175–86.
26. Sung JJ, Chan FK, Lau JY, et al. The effect of endoscopic therapy in patients receiving omeprazole for bleeding ulcers with nonbleeding visible vessels or adherent clots: a randomized comparison. *Ann Intern Med* 2003; 139:237–43.
27. Sung JJ, Tsoi KK, Lai LH, Wu JC, Lau JY. Endoscopic clipping versus injection and thermo-coagulation in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *Gut* 2007; 56:1364–73.

#### Тұжырым

### ЖЕДЕЛ ОЙЫҚ ЖАРАСЫНЫҢ ҚАНТ КЕТУІНІҢ ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Б.А. Галиев

Зыряновск аудандық ауруханасы

Мақалада жедел ойық жарасының қант кетуінің эндоскопиялық және хирургиялық емдеу тұралы арналған, әдістер айырмашылықтар емдеу тұралы жарық түсіру, практикалық зерттеу.

**Негізгі сөздер:** емдеу, жедел, қант кету.

#### Summary

### ENDOSCOPIC AND SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ULCER BLEEDING

B.A. Galiyev

Central Regional Hospital, Zyryanovsk

Is devoted to endoscopic and surgical treatment of acute ulcer bleeding, highlighted the various methods of treatment, generalized experience.

**Key words:** treatment, acute, ulcer, bleeding.



УДК 616.37-007.43-616.34-007.64

Б.А. Галиев

КГП на ПХВ «Центральная районная больница», г. Зыряновск

## ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОЙ ВНУТРЕННЕЙ ГРЫЖИ С УЩЕМЛЕНИЕМ В ОТВЕРСТИИ БРЫЖЕЙКИ МЕККЕЛЕВА ДИВЕРТИКУЛА

### Аннотация

Статья посвящена клиническому случаю из практического опыта лечения внутрибрюшной внутренней грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

**Ключевые слова:** Грыжа, внутренняя грыжа, Меккелев дивертикул.

**Актуальность.** Проблема лечения грыж живота на сегодняшний день остается нерешенной, требует дополнительного изучения и разработки стандартов оказания квалифицированной помощи. Наружные грыжи живота встречаются у 7% населения, а у лиц пожилого и старческого возрастов достигают 15-17% [1,5,7].

Среди пациентов, поступающих в лечебные учреждения с ургентной патологией, лица с ущемленными грыжами занимают значительное место [2,3,4,6].

**Цель:** поделиться практическим опытом успешного лечения внутрибрюшной ущемленной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

### Материалы и методы

Проанализированы 122 случая у пациентов с различными грыжами, поступавшими в хирургическое отделение центральной районной больницы г. Зыряновск в течение 6 лет, с 2007 по 2012 гг.

На клиническом примере продемонстрирован опыт успешного лечения внутрибрюшной ущемленной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула.

### Результаты и обсуждение

**Мужчина, 28 лет. Жалобы при поступлении:** спастические боли в животе без четкой локализации, сухость во рту, тошнота, многократная, рвота. Из анамнеза: начало заболевания связывает с употреблением большого количества жирной пищи, возможно - не первой свежести. В связи с рвотой - госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом: Пищевая токсикоинфекция. Обращает на себя внимание наличие лейкоцитоза с  $11,3 \times 10^9$ , с палочкоядерным сдвигом. Проводилась инфузионная и антибактериальная терапия. Состояние больного с переменной динамикой. Тошнота, рвота сохраняются - усилились боли в животе. Спустя сутки вызван дежурный хирург, назначена обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции, на которой выявлены признаки тонкокишечной непроходимости - несколько уровней жидкости и чаш Клойбера. В ОАК - сохраняется лейкоцитоз. Больной переведен для дальнейшего лечения в хирургическое отделение.

**Локальный статус.** Язык суховат, обложен белесым налетом. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный без четкой локализации. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было. Газы не отходят. **Общий статус.** Состояние: средней тяжести. Сознание: ясное. Кожные покровы и видимые слизистые: бледно-розовой окраски. Пульс: 100 уд. в мин. АД: 140/80 мм. рт. ст. Тоны сердца: ясные. ЧД: 18 в мин. Аускультативно - дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Хрипов нет. Мочеиспускание: свободно. Симптом Пастернацкого: отрицательный с обеих сторон.

**Исследования.** Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции: выявлены признаки тонкокишечной непроходимости - уровни жидкости и газовых арок. Дана бариевая взвесь. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции - пассаж бариевой взвеси через 6 часов. Признаки тонкокишечной непроходимости нарастают - увеличилось количество уровней жидкости и чаш Клойбера. Предварительный диагноз: Острая тонкокишечная непроходимость, неуточненная. Лечебно-диагностические мероприятия. С момента поступления в отделение хирургии - инфузионная терапия кристаллоидами, спазмолитиками, очистительные клизмы, постановка назогастрального зонда.

На 2-ые сутки - состояние больного ближе к средней степени тяжести. Жалобы на вздутие, спастические боли в животе без четкой локализации, сухость во рту, тошноту, многократную, рвоту. Повышение температуры не отмечалось. В сознании, контактен. Сон, аппетит, двигательная активность на удовлетворительном уровне. Эмоционально и вегетативно лабилен. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, без геморрагий. Отеков нет. Аускультативно - дыхание в легких проводится во все отделы, везикулярное. Хрипов нет. ЧДД - 18 в`. Тоны ясные, ритм правильный. ЧСС - 100 в`, АД - 140/80 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, напряжения - определяется на всех периферических артериях конечностей. Равен ЧСС. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащенное. **Status localis:** Язык сухой, обложен белесым налетом. Живот вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации напряженный, повсеместно болезненный. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Перистальтика кишечника выслушивается. Печень, селезенка не пальпируются. Стула не было в течение 2 дней. На обзорной R-графии с бариевой взвесью определяются множественные уровни жидкости и чаши Клойбера. **DS:** Острая кишечная непроходимость. В связи с обозначенной отрицательной динамикой и сохранения у пациента клиники кишечной непроходимости с перитонеальными явлениями является показанием для оперативного экстренного вмешательства под общим обезболиванием в объеме лапаротомии с ревизией брюшной полости и последующей оценкой объема оперативного вмешательства. Противопоказаний к операции нет. Операция - Лапаротомия. Резекция дивертикула Меккелея. Дренирование брюшной полости. Под эндотрахеальным наркозом выполнена средне срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости серозного выпота до 500 мл. Раздутые петли тонкого кишечника занимают всю полость, гиперимированны, отечны. В области малого таза имеется конгломерат из петель тонкой кишки ущемленной в окне образованном брыжейкой меккелева дивертикула (около 40 см от баугиновой заклонки). Петли тонкой кишки аккуратно разведены - после чего цвет кишечника стал розоветь, появилась

пульсация сосудов, отмечаются единичные перистальтические волны. В брыжейке ущемленного участка тонкой кишки определяются несколько увеличенных лимфоузлов до 2,0-2,5 см. С учетом операционной находки, меккелев дивертикул резецирован – дефект стенки тонкого кишечника ушит двурядным узловым швом. Прходимость кишки сохранена. Назоинтестинальная интубация. Контроль на гемостаз и салфетки. Малый таз дренирован поливиниловой трубкой. Лапаротомный разрез ушит послойно, наглухо. Асептическая наклейка на шов.

**Послеоперационный диагноз:** Острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость. Заключительный диагноз: Внутривнутрибрюшинная внутренняя грыжа с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула. Острая тонкокишечная непроходимость. Исход: Состояние больного с положительной динамикой. Дренаж удален на 2 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Выписан в удовлетворительном состоянии домой.

#### Выводы

Своевременная диагностика редкой формы внутрибрюшинной грыжи с ущемлением в отверстии брыжейки Меккелева дивертикула позволила провести успешное хирургическое вмешательство.

#### Литература:

1. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. М.: Медпрактика - М, 2002. - 147 с.
2. Жебровский В.В. Двадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж, и др. // Вестник хирургии им И. И. Грекова. – 1996, - 2. -С. 105-108.
3. Иванов А.В. Хирургическое лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки с использованием сетчатого эксплантата. // Дис... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург. - 2012. – 93 с.
4. Ковалева З.В. Выбор эксплантата для герниопластики // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27. Самара, 1999. – 26 с.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.И. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки // Герниология. 2004. - №1. - С. 5-10.
6. Хавина Е.М., Белослудцев Д.Н., Потапов Н. В. Симультанные операции при грыжах брюшной стенки // Хирургия: наука и труд Н.Новгород, - 1999. – С. 42-43.
7. Bauer K.N., Kemen M., Senkal M., Zumtobel V. Zehn-Jahres-Ergebnisse nach Reparatur der Problem rezidivleistenhernie mit Prolenenetz.// Zentralbl Chir.-1998.- 123. - P. 163.

#### ТҰжырым

### ІШ ҚҰЫСЫНЫҢ ІШІНДЕГІ ЖАРЫҚТЫ МЕККЕЛЬ БҮЙІРҚАЛТАНЫҢ ТЕСІК ҚЫСЫЛУ ЕМДЕУ ПРАКТИКАЛЫҚ ЗЕРТЕУІ

Б.А. Галиев

Зырянск аудандық ауруханасы

Бұл мақалада тажирибелік зерттеудің клиникалық жағдайы көрсетілген -ішкі құрлысының Меккель бүйірқалтаның тесігі қысылғаның емдеу тұралы айтылған. Уақытында жасалған анықтау сирек кездесетін хирургиялық патологияны ота жасалды.

**Негізгі сөздер:** ота, жарық, ішіндегі жарық, Меккель бүйірқалта.

#### Summary

### PRACTICAL EXPERIENCE OF TREATMENT INTRAPERITONEAL ENTOCELE THE INFRINGEMENT IN THE HOLE THE MESENTERY MECKEL'S DIVERTICULUM

B.A. Galiyev

Central Regional Hospital, Zyryanovsk

The article is devoted to the clinical case of practical experience by intraperitoneal treatment with an internal hernia infringement in the opening of the mesentery Meckel's diverticulum.

**Key words:** Hernia, internal hernia, Meckel's diverticulum.

УДК 616.65-002-008.6

Б.К. Токенов

Учреждение «Почечный центр», г.Семей

### ОПЫТ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОСТАМОЛ® УНО ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

#### Аннотация

В статье приведён опыт длительного применения препарата Простамол® Уно при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 23 пациентов. Выявлено положительное влияние на динамику лечения инфекции мочеполовых путей.

**Ключевые слова:** Простамол® Уно, гиперплазия предстательной железы

**Введение.** На сегодняшний день доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является самым распространенным урологическим заболеванием мужчин пожилого возраста, установлено также, что до 30% мужчин сорокалетнего возраста, доживаю-

щих до 80 лет, переносят оперативное лечение по поводу ДГПЖ[1-3]. Диагностика и лечение данного заболевания представляет собой не только серьезную медицинскую, но и большую социальную проблему. Данный факт определяет важность ранней его диагностики

и развития профилактического направления терапии ДГПЖ.

Методы лечения больных гиперплазией предстательной железы, как известно, подразделяются на консервативные и оперативные. В свою очередь консервативное ведение больного может быть медикаментозным или заключаться в динамическом наблюдении.

В целом у больного ДГПЖ использование консервативных методов лечения допустимо при отсутствии абсолютных показаний к оперативному вмешательству.

Показания к применению медикаментозной терапии ДГПЖ:

- Наличие симптомов ДГПЖ, причиняющих пациенту беспокойство;
- Присутствие факторов риска прогрессирования ДГПЖ;
- Необходимость подготовки к оперативному лечению больного ДГПЖ для снижения риска и степени выраженности осложнений.

Благодаря современным медикаментозным средствам за последние двадцать лет существенно снизилось количество операций по поводу данного заболевания.

Немаловажно, что помимо способности уменьшать степень выраженности симптомов и улучшать объективные параметры мочеиспускания, у каждой группы препаратов есть ряд свойств, определяющих дополнительные показания к их использованию у больных ДГПЖ, при этом особое место в лечении и профилактике симптомов ДГПЖ занимает фитотерапия как безопасный и эффективный метод. Популярность фитотерапии на сегодняшний день растёт, её используют до 90% больных ДГПЖ [2].

Из растительных препаратов наиболее глубоко изучен экстракт *Serenoa repens*, или пальмы Сабала. На сегодняшний день проведено два метаанализа исследований эффективности препаратов *Serenoa repens*:

исследование Вилт (Wilt) и соавт. (метаанализ 18 клинических исследований, общее количество больных 2939) [4] и исследование Бойль (Boyle) и соавт. (метаанализ 13 клинических исследований, общее количество пациентов 2859) [2]. Оба метаанализа установили клиническую эффективность экстрактов *Serenoa repens* в уменьшении степени выраженности субъективных симптомов (уменьшение суммарного балла IPSS в среднем на 4,78) и увеличении средних значений пиковой скорости мочеиспускания  $Q_{max}$  (+1,93–2,2 мл/с). Следует отметить, что, несмотря на наличие ингибирующего действия на 5 $\alpha$ -редуктазу, препараты *Serenoa repens* не оказывают влияния на уровень ПСА сыворотки крови и, таким образом, не затрудняют интерпретацию этого важного для своевременного распознавания рака простаты показателя [3].

На территории Республики Казахстан зарегистрирован и разрешен к применению препарат содержащий экстракт *Serenoa repens* – Простамол® Уно компании BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), (Германия).

**Цель исследования:** определение эффективности и безопасности длительного применения препарата Простамол® Уно у пациентов с ДГПЖ.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 26 пациентов в возрасте от 49 до 68 лет с симптомами нижних мочевых путей, обусловленными ДГПЖ. После врачебного осмотра и лабораторно-инструментального подтверждения диагноза ДГПЖ при получении информированного согласия на участие и соблюдение рекомендаций врача – больные включались в группу, получавшую Простамол® Уно 320 мг – по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 6 месяцев. Длительность заболевания до обращения – составила от 8 месяцев до 7 лет.

Сопутствующая патология преимущественно представлена артериальной гипертензией (Рисунок 1).

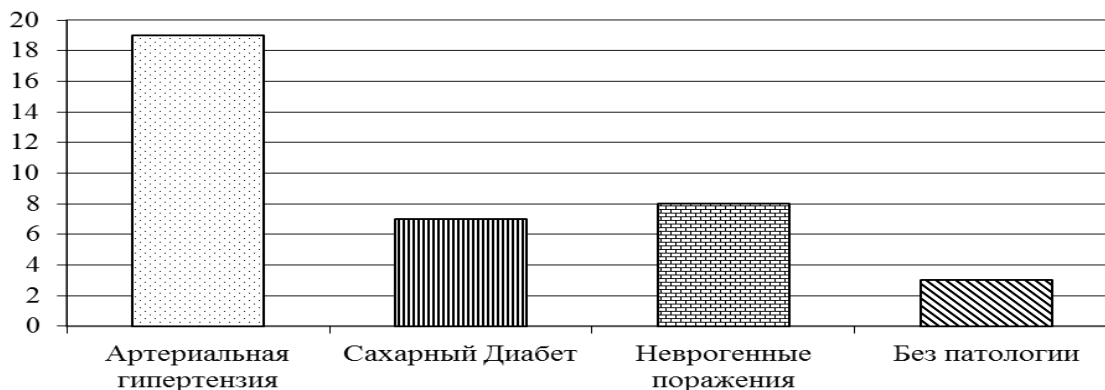


Рисунок 1 – Структура сопутствующей ДГПЖ патологии

Для оценки эффективности препарата оценивались через 1, 2, 3 и 6 месяцев следующие исходные данные и их динамика: количество баллов по шкалам IPSS и качества жизни QoL, УЗИ предстательной железы. Оценка безопасности препарата проводилась путем регистрации и анализа нежелательных явлений.

#### Результаты.

На фоне приема препарата Простамол® Уно по данным ректального исследования отмечено незначительное уменьшение объема простаты через один (n-5), два (n-10), и три (n-8) месяца наблюдения, что предположительно связано с уменьшением воспаления и отека на фоне комплексной терапии.

В целом на фоне проводимой терапии по данным ультразвукового исследования отмечено уменьшение объема предстательной железы к концу 6 месяцев обследования на 15,2 %.

При определении количества остаточной мочи в процессе лечения установлено, что Простамол® Уно способствует уменьшению количества остаточной мочи, причем достоверные изменения отмечены уже через месяц после приема препарата, а стойкий клинический эффект зафиксирован более чем у половины пациентов (n-15) уже ко второму месяцу терапии.

Как видно по данным диаграммы, уже через месяц более чем у половины пациентов 74,3% пациентов

(n=13) отмечено уменьшение количества остаточной мочи, через 2 месяца.

Динамика обструктивных и ирритативных симптомов оценивалась по международной системе оценки забо-

леваний предстательной железы IPSS – QoI с определением качества жизни на каждом визите.

Исходные показатели IPSS были в среднем  $17,67 \pm 3,2$ , что соответствует умеренной симптоматике (рис. 2).



Рисунок 2 – Динамика показателей IPSS на фоне применения препарата Простамол® Уно в течении 6 месяцев

Установлено, что в процессе лечения Простамол® Уно уже через месяц пациенты отметили улучшение симптоматики. У 12 пациентов исчезла ночная поллакиурия. У 6 пациентов показатели IPSS не изменились и остались на уровне первого визита, а при оценке качества жизни пациент определил его как смешанное чувство.

У большинства пациентов выявлено достоверное снижение среднего значения оценки качества жизни от

первого визита к третьему, что свидетельствует об эффективности лечения (рисунок 3). Через два месяца лечения количество пациентов, которые оценивали свое состояние как хорошее, увеличилось до 15 пациентов, а удовлетворительное – у 8 пациентов. Данная динамика сохранилась до конца периода исследования. За время клинического исследования ни один пациент не выбыл из исследуемой группы в связи с нежелательными явлениями.



Рисунок 3 – Динамика показателей QoL на фоне применения препарата Простамол® Уно в течение 6 месяцев.

**Выводы.** Учитывая, что ДГПЖ является хроническим заболеванием с прогрессирующим течением, требующим динамического наблюдения и постоянной медикаментозной терапии – препарат Простамол® Уно компании BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), (Германия), является препаратом выбора в отношении купирования симптомов нижних мочевых путей у больных гиперплазией простаты.

**Литература:**

1. Дмитриев Д.Г. Опыт длительного применения препарата Простамол Уно у больных доброкачествен-

ной гиперплазией предстательной железы. РМЖ. 2006; 14 (12): 921–4. 12.

2. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Использование препарата Простамол® Уно («Берлин-Хеми», Германия) у больных гиперплазией предстательной железы. Врачеб. сословие. 2006; 7: 24–8.

3. Barbalias GA. Why alpha- blockers in prostatitis? Eur Urol Suppl 2003; 2: 27–9.

4. Wilt TJ et al. JAMA. 1998; 280 (18): 1604–9.

**Тұжырым**  
**ПРОСТАМОЛ® УНО ПРЕПАРАТЫНЫҢ ЕНЕК БЕЗДІҢ ГИПЕРПЛАЗИЯНЫҢ ҰЗАҚ МЕРЗІМДЕ ҚОЛДАНУЫ**  
**Б.К. Токенов**

**Семей қ. «Бүйрек орталығы» Мекемесы**

Мақалада Простамол® Уно препаратының енек бездің гиперплазиясы емдеу туралы жазылған. Несеп ағар жолдарының емдеудың оң жақтабы көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** Простамол® Уно, енек бездің гиперплазиясы.

**Summary**  
**EXPERIENCE OF LONG-TIME USING OF THE DRUG PROSTAMOL® UNO**  
**IN TREATING THE SYMPTOMS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA**  
**B.K. Tokenov**

**Establishment of the «Kidney Center», c. Semey**

The paper presents the experience of the drug Prostamol® Uno in the treatment of prostatic hyperplasia in 37 patients. A positive impact on the dynamics of the symptoms of urinary tract infections.

**Key words:** Prostamol® Uno, benign prostatic hyperplasia.

**УДК: 615.217:616.65-002-008.6**

**Б.В. Шин**

**Консультативно-диагностическая поликлиника №3, г. Семей**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПРОФЛОСИН® ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМОВ**  
**ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Аннотация**

В статье приведён опыт применения препарата Профлосин® при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы у 43 пациентов. Выявлено положительное влияние на динамику симптомов мочевых путей.

**Ключевые слова:** профлосин, гиперплазия предстательной железы

Если еще 20 лет назад реальной альтернативы оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) практически не было, то сегодня существует целый ряд разнообразных консервативных методов. Среди них медикаментозная терапия ДГПЖ – одна из наиболее динамично развивающихся областей урологии [1-3].

Блокаторы  $\alpha 1$ -адренорецепторов ( $\alpha 1$ -АР) стали стандартными препаратами в терапии ДГПЖ [2,3]. Исследованиями последних лет доказана ведущая роль  $\alpha 1$ -АР в патогенезе заболевания. Стимуляция их повышает тонус гладкомышечных элементов шейки мочевого пузыря, простатического отдела уретры, поддерживая в значительной степени внутриуретральное давление [4]. Сократительная функция простаты также находится под контролем  $\alpha 1$ -АР, которые локализуются преимущественно в стромальных элементах железы, занимающих до 60% объема органа. Исходя из этого, блокаторы  $\alpha 1$ -АР должны не только уменьшать уретральное сопротивление за счет снижения тонуса гладкой мускулатуры простаты и уретры, но и устранять вторичные изменения детрузора в результате улучшения кровоснабжения мочевого пузыря, влияя, таким образом, на устранение динамического компонента инфравезикальной обструкции.

В настоящее время наибольшее распространение при лечении ДГПЖ получили так называемые селективные  $\alpha$ -блокаторы, действующие на подтип 1  $\alpha$ -АР: тамсулозин, альфузозин, теразозин, доксазозин. Они селективно блокируют постсинаптические  $\alpha 1A$ -адренорецепторы гладкой мускулатуры предстательной железы, шейки мочевого пузыря простатической части уретры. У тамсулозина способность блокировать аль-

фа1A-адренорецепторы в 20 раз больше по сравнению с действием на альфа1B-адренорецепторы гладкой мускулатуры сосудов. Клинически это проявляется в его незначительном влиянии на системное артериальное давление.

Эффективное и безопасное применение тамсулозина у больных с гиперплазией предстательной железы доказано многочисленными исследованиями [4,5]. Достоверно продемонстрировано, что тамсулозин по сравнению с плацебо заметно уменьшает выраженность симптомов, а также нарушений мочеиспускания, обусловленных гиперплазией простаты. Кроме того, в этих исследованиях было показано, что применение тамсулозина безопасно и сопровождается незначительным числом побочных реакций [1,2,5].

В то же время накопление дополнительного клинического опыта применения тамсулозина дает возможность дальнейшей оценки значения данного препарата в лечении больных с гиперплазией простаты.

На территории Республики Казахстан зарегистрирован и разрешен к применению  $\alpha 1$ -адреноблокатор Профлосин® компании BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), (Германия).

Доказано, что Профлосин® биоэквивалентен оригинальному тамсулозину и дает меньше побочных реакций, связанных с постуральной гипотензией, для него не опасен «эффект первой дозы», состоящий в резком падении АД сразу после начала лечения и характерный для других  $\alpha$ -адреноблокаторов — доксазозина и теразозина, не требуется корректировка дозы для больных с нарушениями функции почек и печени. Регресс симптоматики отмечается уже через 2–3 недели лечения [5].

**Цель исследования:** определение эффективности и безопасности препарата Профлосин® у пациентов с ДГПЖ.

**Материалы и методы.** На базе Консультативно-диагностической поликлиники №3 города Семей, проведено пострегистрационное исследование препарата

Профлосин® (тамсулозин) 0,4мг №30 в условиях амбулаторной практики у пациентов с симптомами ДГПЖ.

В исследование было включено 43 пациента в возрасте от 42 до 67 лет с симптомами нижних мочевых путей, обусловленными ДГПЖ. Сопутствующая ДГПЖ патология представлена в таблице 1.

Таблица 1.

**Структура сопутствующей ДГПЖ патологии.**

Вид патологии	артериальная гипертензия	неврогенные поражения	сахарный диабет	без сопутствующей патологии
Количество, %	22 (49%)	7 (16%)	16 (34%)	5 (11%)

Длительность заболевания до обращения – составила от 6 месяцев до 12 лет. В рутинные методы исследования, для верификации доброкачественной этиологии гиперплазии было включено определение уровня простатического специфического антигена (ПСА). После врачебного осмотра и лабораторно-инструментального подтверждения диагноза ДГПЖ при получении информированного согласия на участие и соблюдение рекомендаций врача – больные включались в группу, получающую Профлосин® 0,4 мг – по 1 капсуле 1 раз в сутки в утренние часы после завтрака либо после первого приема пищи.

Оценка эффективности препарата осуществлялась:

- 1) по международной системе IPSS и качества жизни;
- 2) на основании определения уровня остаточной мочи;
- 3) на основании данных УЗИ предстательной железы.

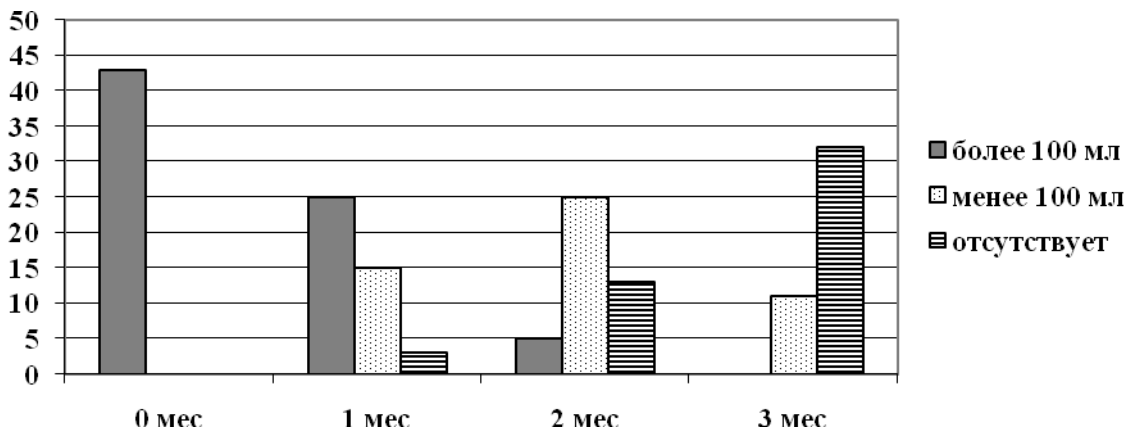
Контроль проводился: до начала терапии, на 4-ой, 8-ой и 12-ой неделях лечения. Оценка безопасности препарата проводилась путем регистрации и анализа нежелательных явлений.

**Результаты**

На основании данных обследования установлено, что основными жалобами пациентов до начала лечения были учащенное мочеиспускание в ночное время 2-4 раза, вялая струя мочи, задержка мочеиспускания. Пальцевое ректальное исследование выявило увеличение предстательной железы с признаками, характерными для доброкачественной гиперплазии. Исследуемую группу составили пациенты среднее значение ПСА сыворотки составило  $1,5 \pm 1,1$  нг/мл.

На фоне приема препарата Профлосин® по данным ректального исследования отмечено незначительное уменьшение объема простаты через одини два месяца наблюдения, что предположительно связано с уменьшением воспаления и отека.

При определении количества остаточной мочи в процессе лечения установлено, что Профлосин® способствует уменьшению количества остаточной мочи, причем достоверные изменения отмечены уже через месяц после приема препарата (рисунок 1).



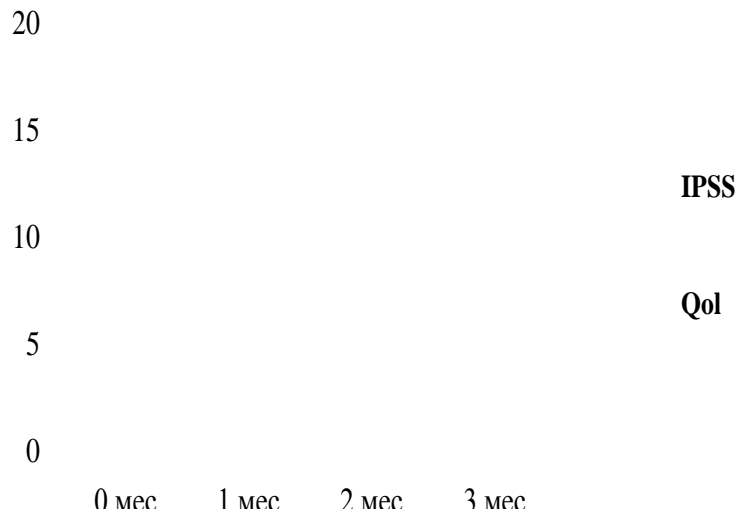
**Рисунок 1. Динамика количества остаточной мочи на фоне применения препарата Профлосин® в течении 3 месяцев**

Как видно по данным диаграммы, уже через месяц более чем у 40% пациентов (n=21) отмечено уменьшение количества остаточной мочи, через 2 месяца уровень остаточной мочи по данным инструментального исследования менее 100 мл отмечен у 58% (n=25) отсутствие остаточной мочи у 30% (n=13) пациентов. В целом уже после 2 месяцев терапии при достижении клинического эффекта 10 пациентов были переведены с терапии альфа-адреноблокаторами на поддерживающую фитотерапию (serenoherens).

Динамика обструктивных и ирритативных симптомов оценивалась по международной системе оценки забо-

леваний предстательной железы IPSS – QoI с определением качества жизни на каждом визите. Исходные показатели IPSS были в среднем  $18,67 \pm 5,2$ , что соответствует умеренной симптоматике.

Установлено, что в процессе лечения Профлосин® уже через месяц пациенты отметили улучшение симптоматики. У 12 пациентов исчезла ночная поллакиурия. У 5 пациентов показатели IPSS не изменились и остались на уровне первого визита, хотя количество остаточной мочи через два месяца уменьшилось до уровня менее 10 мл, а при оценке качества жизни пациент определил его как смешанное чувство (рисунок 2).



**Рисунок 2. Динамика показателей IPSS и QoL на фоне применения препарата Профлосин® в течение 3 месяцев.**

У большинства пациентов выявлено достоверное снижение среднего значения оценки качества жизни от первого визита к третьему, что свидетельствует об эффективности лечения. Через два месяца лечения количество пациентов, которые оценивали свое состояние как хорошее, увеличилось до 25 пациентов, а удовлетворительное – у 18 пациентов.

За время клинического исследования ни один пациент не выбыл из исследуемой группы в связи с нежелательными явлениями. Такие побочные явления, как гипертензия, головокружение, тошнота, которые иногда встречаются при приеме препаратов группы  $\alpha$ 1-адреноблокаторов, в нашем исследовании не наблюдались. Не отмечено и изменений показателей крови. За время наблюдения не отмечено ухудшения биохимических показателей крови. Креатинин, печеночные пробы были в пределах нормы.

**Выводы.** Таким образом, показана эффективность и безопасность суперселективного альфа-1A-адреноблокатора – препарата Профлосин® компании BERLIN-CHEMIE AG (MENARINI GROUP), (Германия), в отношении симптомов нижних мочевых путей у больных гиперплазией простаты. При решении вопроса о выборе эффективного препарата можно принимать во внимание и такие параметры, как удобство, доступность и эффективность. Появление на рынке  $\alpha$ -адреноблокаторов препарата Профлосин® – капсул с

модифицированным высвобождением позволило расширить показания к назначению препаратов данной группы у больных ДГПЖ и уменьшить частоту нежелательных побочных эффектов.

#### **Литература:**

1. Garavello W, Di Berardino F, Romagnoli M et al. Nasal rinsing with hypertonic solution: an adjunctive treatment for pediatric seasonal allergic rhinoconjunctivitis. *Int Arch Allergy Immunol* 2005; 137 (4): 310–4.
2. Ситдыкова М.Э. Клиническая эффективность и безопасность препарата Тулозин (тамсулозин) у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Экспериментальная и клиническая урология. – 2010. - № 2, – С. 47-51.
3. Mc Connell J.D., Barry M.J., Bruskewitz R.C. et al Benign Prostatic Hyperplasia: diagnosis and treatment. *Clinical Practice Guideline. AHCPR Publication 94 – 0582.* Rockville: Agency for Health Care Policy and Research. Public Health Service. US Department of Health and Human Services; 1994; 8.
4. Винаров А.З. Медикаментозное лечение больных гиперплазией предстательной железы: Дис. д-ра мед. наук. М. 1999.
5. Серняк П.С. Роль Флосина (тамсулозина) в комплексном лечении симптомов нижних мочевых путей // «Новости медицины и фармации» 19 (293) – С. 81-92.

#### **ТҰЖЫРЫМ ПРОФЛОСИН ПРЕПАРАТЫНЫҢ ҚОЛДАНЫСЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ ЕНЕК БЕЗДІҢ АУМАҚТАУЫНЫҢ БЕЛГІСІНІҢ ШИПАСЫ ҮШІН Б.В. Шин**

**Семей қ. «№3 Консультативтік-диагностикалық аралас емханасы»**

Мақалада Профлосин препаратының енек бездің гиперплазиясы ұзақ мерзімді емдеу туралы жазылған. Нәсел ағар жолдарының емдеудың оң жақтары көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** профлосин, енек бездің аумақтау.

#### **Summary EXPERIENCE WITH THE DRUG PROFLOSIN IN TREATING THE SYMPTOMS OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA B.V. Shin**

**Consultative and diagnostic polyclinic № 3, Semey**

The paper presents the experience of the drug Proflosin® in the treatment of benign prostatic hyperplasia in 43 patients. A positive impact on the dynamics of the symptoms of urinary tract infections.

**Key words:** proflosin, benign prostatic hyperplasia.

УДК 618.11-066.555

С.Б. Белых

Городская больница № 1, г. Усть-Каменогорск

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ 3-ГО ПОКОЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

### Аннотация

В статье приведены данн оценка клинической эффективности цефиксима при неосложненных и осложненных инфекций мочеполовых путей.

**Ключевые слова:** цефиксим, цефалоспорины, урология, антибиотики.

В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации Урологов, опубликованными в 2001 и обновленными в 2004 году, существует следующая клиническая классификация инфекций мочевых путей:

- Неосложненная инфекция нижних мочевых путей (острый неосложненный цистит);
- Неосложненная инфекция верхних мочевых путей (острый неосложненный пиелонефрит);
- Осложненная инфекция мочевых путей (с пиелонефритом или без);
- Уросепсис;
- Уретрит;
- Специальные формы: простатит, эпидидимит и орхит.

Неосложненная инфекция нижних мочевых путей или, другими словами, острый цистит, представляет собой гнойно-воспалительное заболевание слизистой мочевого пузыря и является наиболее распространенной формой инфекции мочевыводящей системы.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о большой социальной значимости острого цистита. Так, в России ежегодно регистрируется около 36 млн. случаев острого цистита, что составляет около 1000 случаев на 100 тыс. населения [1].

Для подбора оптимальной эмпирической терапии чрезвычайно важно знать современные характеристики возбудителей инфекций мочевых путей в конкретной местности.

С этой целью в настоящее время в мире регулярно проводятся многоцентровые клинические исследования. Так, крупнейшее международное исследование ECO-SENS (n=4734, 252 клиники в 16 странах Европы и в Канаде), закончившееся в 2003 году [G.Kahlmeter, 2003], позволило выявить следующие закономерности:

- У 77,7% пациенток инфекция мочевых путей была вызвана *Escherichia coli*, у 5,2% - *Proteus mirabilis*, у 2,8% - *Klebsiella spp.*, у 3,9% - *Staphylococcus saprophyticus* и у 5,8% пациенток – прочими микроорганизмами.
- Отсутствие чувствительности к ампициллину имело место в 29,8% случаев, сульфаметоксазолу в 29,1% наблюдений и триметоприму у 14,8% выделенных штаммов микроорганизмов.
- Устойчивость штаммов *E.coli* менее чем у 3% пациентов была отмечена к ципрофлоксацину, нитрофурантоинам, гентамицину и фосфомицину трометамолу [2].

В России под руководством проф. Л.С. Страчунского и проф. В.В. Рафальского были проведены и продолжают проводиться аналогичные исследования, в результате которых установлено, что на территории Российской Федерации:

- Острый цистит в 85,9% наблюдений вызвала *E.coli*, до 6,0% - *Klebsiella spp.*, до 1,8% - *Proteus spp.*, до 1,6% - *Staphylococcus saprophyticus*, в 1,2% - *Pseudomonas aeruginosae* и др.

- Штаммы *E.coli*, устойчивые к ампициллину, встречаются в 22,7 -44% случаев, к ко-тримоксозолу – 16,2-26,9%, нитроксолину – 6,8-7,9%.

- Устойчивость штаммов *E.coli* менее чем у 3% больных острым циститом была отмечена к норфлоксацину, ципрофлоксацину и нитрофурантоину [3].

Данные проведенных исследований свидетельствуют о том, что в последние годы возросла распространенность уропатогенных штаммов *E.coli*, устойчивых к широко используемым в настоящее время антибактериальным препаратам.

На протяжении многих лет более 20 цефалоспориновых антибиотиков успешно применяются для лечения самых различных внебольничных и нозокомиальных инфекций. Согласно данным исследования, проведенного в 2008 г. Европейской Ассоциацией Урологов, в антимикробном лечении больных нозокомиальной ИМП 32,5% урологов отдадут предпочтение фторхинолонам, 32,3% - цефалоспорином (19,2% применяют цефалоспорины 3-го поколения), 12,3% - аминогликозидам и 9,5% специалистов применяют карбапенемы. Отличительной чертой цефалоспоринов 3-го поколения является высокая активность в отношении микроорганизмов семейства *Enterobacteriaceae*, устойчивость к действию бета-лактамаз некоторых бактерий, длительный период полувыведения, что позволяет назначать эти препараты 1 – 2 раза в сутки.

В условиях роста резистентности уропатогенов к фторхинолонам и к ко-тримоксозолу, возрастает роль цефалоспоринов 3-го поколения в лечении неосложненной ИМП у амбулаторных больных. В отличие от таких антибиотиков как фторхинолоны и ко-тримоксозол, цефалоспорины можно применять у детей и беременных женщин. Одним из наиболее изученных цефалоспоринов 3-го поколения для перорального приема является препарат Цефиксим.

Цефиксим является полусинтетическим цефалоспорином 3-го поколения для перорального применения. По сравнению с представителями 1-2-го поколений, его отличает более высокая стабильность к бета-лактамазам широкого спектра действия. Цефиксим проявляет высокую активность в отношении *E.coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter diversus*, *Providencia rettgeri*, *Neisseria gonorrhoeae*. Не действует на *St.aureus* и *Ps.aeruginosae*.

Препарат обладает высокой биодоступностью, которая составляет 40-52%. При этом следует отметить, что прием пищи не оказывает существенное влияние



на его биодоступность и фармакокинетику [4]. Цефиксим создает высокие концентрации во многих органах и тканях, а в моче цефиксим создает концентрации, во много раз превышающие МПК большинства микроорганизмов, вызывающих ИМП.

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности цефиксима при неосложненных и осложненных ИМП.

В качестве объекта исследования выбраны 37 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет, страдающие ИМП. Больные были распределены на две группы: в 1-й группе численностью 25 человек были собраны больные с неосложненной ИМП (с острым циститом, т.к. эта нозология является доминирующей в структуре внебольничных неосложненных ИМП), 2-я группа включала пациентов с относительно нетяжелыми формами осложненных ИМП (с хроническим осложненным циститом, хроническим осложненным пиелонефритом) в количестве 12 человек. В 1-й группе для лечения заболевания использовали цефиксим в дозе 400 мг 1 раз в день в течение 5 дней, во второй – цефиксим в дозе 400 мг 2 раза в день.

У всех пациентов лабораторно подтвержден диагноз ИМП. Основные уропатогены, вызвавшие инфекции мочевого тракта, принадлежали семейству Enterobacteriaceae, доминировала E.coli.

Клиническая эффективность и эрадикация возбудителя в 1-й группе пациентов наблюдались в 100% случаев. Препарат достаточно хорошо переносился, нежелательные явления наблюдались только у 4-х больных (16%), в 3-х случаях в виде расстройства ЖКТ и в 1-м – в виде бактериального вагиноза. Нежелательные явления были нетяжелыми, не требовали прекращения лечения или госпитализации.

В то же время во 2-й группе клинический опыт исследования цефиксима у пациентов с осложненными ИМП показал меньшую эффективность. Было установлено, что микробиологическая активность цефиксима при терапии осложненной ИМП составляла 75% (9случаев). В 3-х случаях персистенция возбудителя сохранялась. В то же время клинические симптомы сохранились у 33% пациентов (4 случая), клиническая

эффективность терапии составила 67%. Частота нежелательных явлений также возросла и составила 25%.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что наблюдается минимальная устойчивость основных уропатогенов к цефиксиму, и это позволяет рекомендовать его применение для лечения пациентов, страдающих неосложненными формами ИМП.

В случаях осложненных ИМП, несмотря на достаточно высокую эффективность, все же рекомендуется возможность применения цефиксима в качестве второй (пероральной) составляющей при проведении ступенчатой антибиотикотерапии.

В условиях растущей резистентности возбудителей ИМП к традиционно используемым препаратам, цефиксим является одним из антибиотиков первого выбора для лечения неосложненной инфекции мочевых путей.

#### Литература:

1. Локшин К.Л. Современные представления о диагностике и лечении неосложненного острого цистита. РМЖ Хирургия. Урология, 2006 г, № 12
2. Naber KG, Bergman B, Bishop MC, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Lobel B, Jinenez Cruz F, Selvaggi FP; Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU).EAU guidelines for the management of urinary and male genital tract infections. Urinary Tract Infection (UTI) Working Group of the Health Care Office (HCO) of the European Association of Urology (EAU).Eur Urol. 2001 Nov;40(5):576–88. Updated 2004.
3. Рафальский В.В., Страчунский Л.С., Кречикова О.И., Эйдельштейн И.А., Ахметова Л.И., Бабкин П.А., Гугуцидзе Е.Н., Ильина В.Н., Коган М.И., Копылов В.В., Малев И.В., Петров С.Б., Рафальская Л.В., Фурлетова Н.М. Резистентность возбудителей амбулаторных инфекций мочевыводящих путей по данным многоцентровых микробиологических исследований UTIAP-I и UTIAP-II. Урология», 2004; 2: 13–17.
4. 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.

#### Тұжырым

### НЕСЕП ЖОЛДАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯСЫН ЕМДЕУДЕ ЦЕФАЛОСПОРИНДЕРДІҢ 3-ШІ БУЫНЫН ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

С.Б. Бельих

Қалалық аурухана № 1, Өскемен қ.

Мақалада урологиялық инфекциялар мен антибактериалды терапияның эпидемиологиялық мәліметтері туралы әдеби шолуы жүргізілген. Сонымен бірге цефиксим препаратымен әйелдердің несеп жолдарының инфекциясын емдеу нәтижелерінің анализі жасалған.

**Негізгі сөздер:** цефиксим, цефалоспорины, урология, антибиотиктер.

#### Summary

### CLINICAL EXPERIENCE OF 3RD GENERATION CEPHALOSPORINS APPLICATION IN THE TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS

S.B. Belykh

City Hospital № 1, Ust-Kamenogorsk

The paper presents a literature review of epidemiological data on urological infections and antibiotic therapy. There is also an analysis of the results of the treatment of urinary tract infection with women with the help of the cefixime medication.

**Key words:** cefixime, cephalosporins, urology, antibiotics.

УДК 616.65-002-08

Е.М. Бреусова

ТОО «Вита – 1» - поликлиника, г. Усть-Каменогорск

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАМСУЛОЗИН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

### Аннотация

В статье представлен обзор литературы по заболеваемости простатитом в мире, и опыт использования  $\alpha 1$ -адреноблокаторов у больных с заболеваниями предстательной железы. Также дан анализ результатов лечения хронического абактериального простатита с помощью препарата тамсулозин.

**Ключевые слова:** тамсулозин,  $\alpha 1$ -адреноблокаторы, урология, простатит.

### Актуальность

Первые исследования распространенности простатита в (Stamey) показали, что половина мужчин страдают простатитом в какой либо момент их жизни[1]. Современные международные исследования подтверждают эти данные; 35% пациентов имели симптомы простатита за последний год и еще 8% предъявляют жалобы на незначительные проблемы. Согласно зарубежным эпидемиологическим данным распространенность простатита составляет 5-8%. Простатит является наиболее частой причиной для мужчин до 50 лет проконсультироваться с урологом, что составляет 8% от всех урологических посещений в США и 1% от причин первичного обращения к врачу. McNaughton-Collins et al. (2002) в крупнейшем на данный момент эпидемиологическом исследовании распространенности простатита при изучении историй болезни 31681 мужчины выявили наличие хронической формы заболевания у 16% из них. При этом была установлена связь между наличием хронического простатита и ДГПЖ, а также хроническим простатитом и заболеваниями, передающимися половым путем (ЗППП). Схожие данные (14%) были получены Mehik A. et al. (2000) при изучении распространенности простатита в Финляндии [2].

Исследованиями Moon et al. (1997) было показано, что около 5% мужского населения штата Висконсин (США) в возрасте от 20 до 50 лет имеют простатит в анамнезе. В Голландии, в ходе аналогичного исследования хронический простатит был выявлен у 4% мужчин. Распространенность диагноза "простатит" среди урологических амбулаторных пациентов в Италии составляет 12,8% и является причиной до 19% всех визитов к врачу[3].

В России ХП занимает первое место по распространенности среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских недугов в целом. Заболеванию подвержено до 35% мужчин трудоспособного возраста (Н.А. Лопаткин, 1998), у 7–36% больных простатит осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций[4].

Современная классификация простатита разработана при участии Института Здоровья США в 1995 г. включает:

Категория I. Острый простатит.

Категория II. Хронический бактериальный простатит.

Категория III. Небактериальный простатит / Синдром хронической тазовой боли - не имеющий очевидных признаков инфекции и продолжающийся 3 месяца и более.

- Подкатегория III А. Синдром хронической воспалительной тазовой боли (с лейкоцитами в секрете простаты и выделения возбудителя).

- Подкатегория III Б. Синдром хронической невоспалительной тазовой боли (без лейкоцитов в секрете простаты).

Категория IV. Бессимптомно протекающий простатит (с лейкоцитами в секрете простаты, но без жалоб).

В то же время необходимо отметить, что хронический абактериальный простатит в 8 раз более распространен, нежели бактериальная форма заболевания, составляющая до 10% всех случаев (Roberts R.O. et al., 1997). По данным Brunner H. et al. (1983), обследовавших 600 больных в специализированной клинике, хронический бактериальный простатит был обнаружен всего в 5% случаев, абактериальный простатит - у 64% и простатодиния - у 31% больных.

Применение  $\alpha 1$ -адреноблокаторов у больных с заболеваниями предстательной железы стало возможным благодаря развитию представлений о роли  $\alpha$ -рецепторного аппарата предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры в патогенезе дизурии.

Блокировкой с помощью лекарств адренорецепторов предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры, удается восстановить координированную работу детрузора и замыкательного аппарата шейки мочевого пузыря и тем самым улучшить акт мочеиспускания [Лоран О.Б., Вишневский А.Е., 1994].

В 1992 году J.J.M.C.H. de la Rossette et al. осуществили плацебо-контролируемое исследование двойным слепым методом у 20 больных с симптомами простатита в отношении эффективности клинического применения  $\alpha 1$ -адреноблокатора короткого действия. Критериями для включения больных в исследование являлись клинический диагноз простатодинии или абактериального простатита в совокупности с признаками нарушения мочеиспускания (объем мочеиспускания не менее 150 мл, максимальная объемная скорость мочеиспускания не превышающая 20 мл/сек, количество остаточной мочи не выше 100 мл). Все пациенты исследованной группы были подвергнуты цистоскопии, при которой установлена эндоскопическая картина сужения шейки мочевого пузыря и, в ряде случаев, содружественная ей гиперемия в области задней уретры. 10 больных составили основную группу и им был назначен  $\alpha$ -блокатор в дозировке 2,5 мг трижды в день на протяжении 6 недель. В результате исследования было продемонстрировано статистически существенное улучшение показателя максимальной объемной скорости мочеиспускания (с 15,4 мл/сек до 20,3 мл/сек) и снижение суммарного балла, харак-

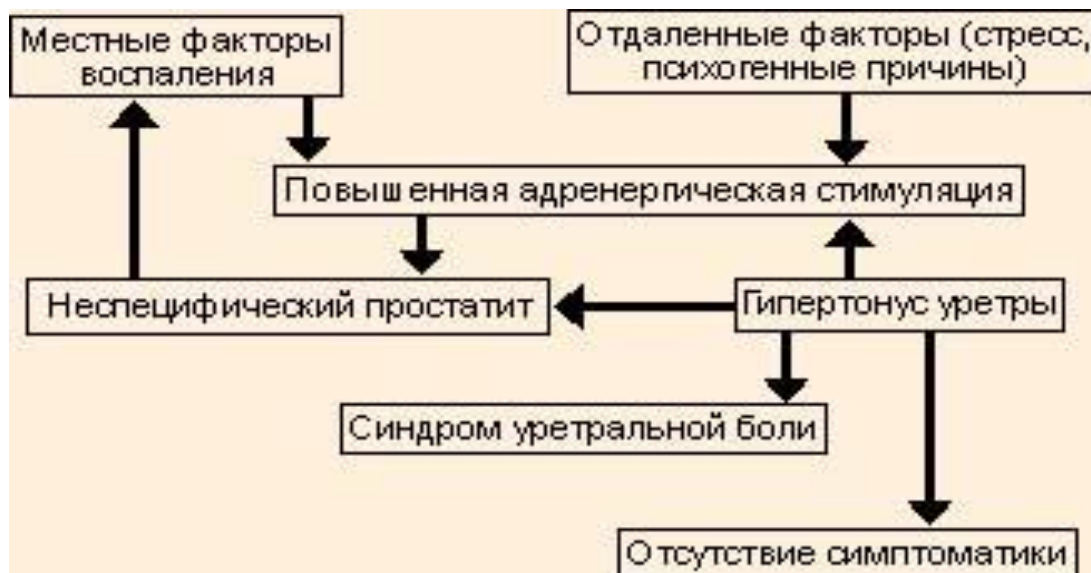
теризующего симптоматику заболевания (с 14,5 до 8,3) в основной группе по сравнению с больными, получавшими плацебо. Побочные эффекты были выражены незначительно и имели преходящий характер. На основании проведенного исследования авторы рекомендовали терапию  $\alpha$ -адреноблокаторами у больных хроническим простатитом, имеющих ирритативную симптоматику и изменения показателей уродинамики [5].

G.A. Barbalias et al. (1998) исследовали сочетанное применение  $\alpha$ 1-адреноблокаторов и антибиотиков в лечении хронического простатита. Наблюдению были подвергнуты в общей сложности 270 больных, разделенных на три группы: 134 больных хроническим абактериальным простатитом (подкатегория III A), 72 больных с так называемым синдромом "уретральной боли" (простатодиния, подкатегория III B) и 64 больных с хроническим бактериальным простатитом (категория

II). Все больные, страдавшие хроническим бактериальным простатитом, и половина пациентов, имевших хронический абактериальный простатит, получали терапию антибиотиками.  $\alpha$ 1-адреноблокаторы были назначены всем больным, за исключением половины пациентов, диагноз заболевания которых был определен как хронический бактериальный простатит. Больные, которым не проводилось одновременной терапии антибиотиками и  $\alpha$ 1-адреноблокаторами, составляли контрольную группу. Лечение осуществлялось на протяжении 8 месяцев.

Рациональную основу для назначения  $\alpha$ -адреноблокаторов при хроническом простатите G.A. Barbalias [6] формирует на основании предложенного механизма развития и поддержания хронического простатита, при котором считается важным повышение адренергической стимуляции (схема 1).

**Схема 1. Цикл развития патогенетических моментов при хроническом простатите, при котором центральный (первоначальный) эффект принадлежит гипертонусу уретры (по G.A. Barbalias)**



Применение  $\alpha$ -адреноблокаторов при хроническом простатите обусловлено патофизиологическими механизмами нарушения мочеиспускания у страдающих этим заболеванием.

**Материалы и методы**

Нами проведено исследование с целью оценки эффективности и безопасности тамсулозина (простатоселективный  $\alpha$ 1-адреноблокатор) у пациентов с абактериальным хроническим простатитом. Мы наблюдали 21 больных в возрасте от 25 до 45 лет, страдавших хроническим абактериальным простатитом сроком не менее 6 месяцев (до 5 лет). У всех пациентов отсутствовал рост микрофлоры в посевах 3-й порции мочи (титр менее 10<sup>3</sup> кл/мл). К участию в программе не допускали пациентов, перенесших оперативные вмешательства на предстательной железе, лица с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, аденомой предстательной железы, склерозом шейки или камнями мочевого пузыря, онкологическими заболеваниями, инфекцией мочевых путей. Противопоказанием для участия в исследовании являлся систематический прием лекарственных препаратов, влияющих

на функцию мочевого пузыря и мочеотделение, а также анальгетиков и/или противовоспалительных средств.

На стадии отбора в исследование все пациенты проходили обследование, включавшее изучение анамнеза, клинический осмотр, пальцевое ректальное исследование предстательной железы, оценку симптомов заболевания в баллах по шкале NIH-CPSI, шкале IPSS. В обязательном порядке выполняли: 3-стаканную пробу мочи, анализ секрета предстательной железы, посев 3-й порции мочи, трансректальную ультразвуковую диагностику с определением объема предстательной железы. Объем предстательной железы у обследуемых составил 22,8 (±3,8) см<sup>3</sup>,

Пациентам назначен препарат тамсулозин по 400 мг (1 капсула) 1 раз в сутки после еды утром в течение 3 месяцев. Препарат использовали в качестве монотерапии или в сочетании с физиотерапией.

Критерии эффективности лечения:

- динамика частоты и выраженности симптомов при оценке по стандартизированным шкалам;

- изменение числа лейкоцитов в 3-й порции мочи (после массажа простаты) или в секрете предстательной железы;

- изменение состояния качества жизни больных.

Безопасность препарата оценивали по характеру, частоте и выраженности побочных эффектов.

#### Результаты

Применение тамсулозина привело к достоверной регрессии симптомов, по данным использованных стандартизированных шкал. Изменение показателей шкалы NIH-CPSI показало уменьшение общего балла с 16,5 до 9,3 через 3 месяца.

После лечения индекс качества жизни значимо ( $p < 0,001$ ) уменьшился на 21,8%.

Анализ исходных данных шкалы IPSS показал средний суммарный балл  $11,8 \pm 2,7$ . После окончания лечения отмечено уменьшение показателя IPSS до  $4,8 \pm 1,5$ .

Следовательно, к концу лечения тамсулозином индекс симптомов болезни снизился на 74,4%, что существенно улучшило качество жизни пациентов. Следует отметить, что улучшение симптоматики заболевания наступило уже в первые 2 недели лечения.

До начала лечения в секрете предстательной железы среднее число лейкоцитов в поле зрения было 30,4, а после терапии тамсулозином показатель снизился до 25,2. Это свидетельствует о том, что монотерапия этими препаратами не оказывают существенно влияния на течение воспалительного процесса в предстательной железе и поэтому их следует назначать в комплексе с другими методами лечения.

Положительная динамика клинических проявлений коррелировала с регрессией лабораторных, пальпаторных, ультразвуковых и уродинамических показателей воспалительного поражения простаты.

Все выше перечисленные эффекты сочетаются с хорошей переносимостью и удобством применения.

Переносимость тамсулозина была хорошей, уровень артериального давления оставался стабильным у всех пациентов.

#### Заключение

Результаты исследования продемонстрировали, что применение тамсулозина у больных хроническим абактериальным простатитом клинически оправдано, перспективно и требует дальнейшего изучения. Также стоит отметить удобство применения тамсулозина – одна капсула в сутки, отсутствие необходимости подбора дозы и возможность совместного применения с любыми лекарственными средствами. Блокируя адreno-рецепторы предстательной железы, шейки мочевого пузыря и задней уретры, эти препараты восстанавливают координированную работу детрузора и замыкающего аппарата шейки мочевого пузыря и тем самым способствуют быстрому затуханию симптомов нарушенного мочеиспускания. Однако эти препараты не влияют на течение воспалительного процесса в предстательной железе и поэтому их следует назначать в комплексе с другими методами лечения хронического простатита.

#### Литература:

1. Stamey T. Urinary tract infections in males. In Stamey T, ed. Pathogenesis and Treatment of Urinary Tract Infections. Baltimore: Williams & Wilkins, 1980: 342-429
2. Robertson C, Boyle P, Nonis A et al. International population-based study of urological conditions: the Urepik study. II. Comparative prostatitis data. J Urol 1999; 4: 32A
3. Nickel J.C. Prostatitis: lessons from the 20th century. VJU International (2000), 85, 179-184
4. Алтунин Д. // Простатит: от мифов к реальности // Урология сегодня №3-2009г.
5. Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Ощепков В.Н., Егоров А.А. Альфа1-адреноблокаторы при хроническом простатите-N4. –С. 19-22.
6. Barbalias G.A., Nikiforidis G., Liatsikos E.N. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. J. Urol. 1998, vol. 159, p. 883-887.

#### Тўжырым

### СОЗЫЛМАЛЫ АБАКТЕРИАЛДЫПРОСТАТИТТЫЕМДЕУДЕ ТАМСУЛОЗИН ПРЕПАРАТЫНЫ ҚОЛДАНУ

Е.М. Бреусова

Өскемен қ. ТОО "Vita - 1" - емхана

Мақалада простатитауруга шалдығуларымен арада әлемде таралғаны және өнек бездің ауруларының емдеуде α1-адреноблокаторлардың қолдану туралы әдеби шолуыжасалған. Сонымен бірге тамсулозин препаратымен абактериальды созылмалы простатиттың емдеу нәтижесінің анализьөткізілген.

**Негізгі сөздер:** тамсулозин, α1-адреноблокаторы, урология, простатит.

#### Summary

### USE OF THE TAMSULOSIN MEDICATION WITH PATIENTS WITH CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS

E.M. Breusova

TOO "Vita - 1" - Clinic, Ust-Kamenogorsk

The paper presents a literature review of the morbidity rate of prostatitis in the world and the use of α1-adrenoceptor antagonists with patients with diseases of the prostate. There is also an analysis of the results of the treatment of chronic abacterial prostatitis with the help of the tamsulosin medication.

**Key words:** tamsulosin, α1-adrenoceptor blocking agent, urology, prostatitis.

УДК 616.34-77-577.125.8

Р.К. Пшембаева, А.Д. Бидельманова

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра стоматологических дисциплин

## ПОКАЗАТЕЛИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ СЛЮНЫ В ЧАСТНОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ ПРОТЕЗАМИ ИЗ РАЗНЫХ МАТЕРИАЛОВ

### Аннотация

Свободнорадикальное окисление - один из механизмов повреждение клеток при патологии. Свободными радикалами называют молекулы или атомы с неспаренным электроном. Инициация СРО может быть обусловлена различными факторами, но основную роль здесь играют промежуточные продукты восстановления кислорода.

**Ключевые слова:** Свободнорадикальное окисление липидов, перекисное окисление липидов, диеновый конъюгат, малоновый диальдегид.

**Актуальность:** Свободнорадикальное окисление липидов сопровождается многие жизненно важные процессы, протекающие в организме: от регуляции активности внутриклеточных ферментов до регуляции сердечно-сосудистой системы, внешнего дыхания, нервной регуляции, сократительной функции желудка, капилляров, скорости апоптоза и экспрессии различных генов, ответственных за синтез белков, необходимых для нормальных физиологических процессов, но также и участвующих в развитии патологически измененных структур тканей и органов, что приводит к нарушению их функции.

При длительном воздействии продуктов свободно радикального окисления и продуктов перекисного окисления липидов снижается общая резистентность организма, увеличивается распространённость хронических заболеваний, онкологической патологий, аллергических заболеваний, иммунодефицитных состояний.

Состояние процессов СРОЛ в ротовой жидкости и десне оценивают по активности продуктов: диенового конъюгата, т.к. определение этого продукта имеет значительное преимущество для оценки ПОЛ, поскольку отражает раннюю стадию окисления.

Диеновые конъюгаты, являющиеся первичными продуктами ПОЛ, относятся к токсическим метаболитам, которые оказывают повреждающее действие на липопротеиды, белки, ферменты и нуклеиновые кислоты. Дальнейшими продуктами ПОЛ является малоновый диальдегид (МДА), которому принадлежит важная роль в синтезе простагландинов, прогестерона и других стероидов. Взаимодействие диальдегидов со свободными группами мембранных соединений образуются конечные продукты ПОЛ, непрерывное накопление которых дестабилизирует мембраны и способствует деградации клеток.

У некоторых пациентов технически хорошо изготовленные протезы из различных материалов, вызывают явление непереносимости и другую патологическую симптоматику, в том числе воспаление. Можно полагать, что это связано с усилением СРО, т.к. стоматологические сплавы на основе кобальта, никеля и хрома способствуют усилению свободнорадикального окисления биомолекул в ротовой жидкости больных.

Некоторые авторы также указывают, что микроэлементы поступающие в слюну из пластмассовых и металлических протезов изменяют уровень pH слюны, тем самым всасываясь в ЖКТ приводят к обострению заболевание печени, язвенной болезни и гастритов (Эргашев Ю.У.; Абаев В.Ю.). Поэтому на наш взгляд

представляет интерес изучение уровня ротовой жидкости (pH слюны).

**Цель работы:** Изучение реакции организма на зубопротезные материалы с использованием показателей pH, СРО слюны

### Задачи:

1. Определить параметры продуктов перекисного окисления липидов у лиц, пользующихся и не пользующихся ортопедическими конструкциями.

2. Изучение показателей pH слюны обследуемых.

3. Обоснование выбора зубопротезных материалов.

**Материалы и методы:** Биохимические методы исследования проводили совместно со специалистами учебно-научно-исследовательской лаборатории Государственного медицинского университета города Семей.

Обследованных лиц - 21, из которых - 9 человек без ортопедических конструкции составили контрольную группу.

Для изучения влияния материала протеза на показатели СРО исследовали слюну у 12 лиц пользовавшихся протезами (3-5лет), из стали с нитрит титановым покрытием (4), металлокерамики (3), съёмными пластиночными протезами (5). В слюне на спектрофотометре им определяли содержание диенового конъюгата и малонового диальдегида (МДА). Спектрофотометрический метод основан на реакции взаимодействия продуктов ПОЛ с тиобарбитуровой кислотой с образованием окрашенного продукта. Измерения проводят при длине волны 535 и 580 нм.

Изучение ротовой жидкости (pH слюны), обследованным лицам, проводили с помощью лакмусовых индикаторов.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Изменения, выявленные в динамике биохимических показателей ротовой жидкости, свидетельствуют, что под воздействием никель-хромовых сплавов наблюдаются активация процессов СРО в полости рта с увеличением окислено-модифицированных продуктов диенового конъюгата и малонового диальдегида. Протезы из стали в 2 раза увеличивали количество МДА и диенового конъюгата по сравнению с контрольной группой. Следует отметить что, изготовленные протезы из хромо-никелевой стали элюминируют в слюну ионы хрома и никеля, оказывающие токсическое действие на ткани. Это нарушает мембранный механизм и соответственно состав слюны.

У лиц пользовавшихся съёмными протезами из акриловых пластмасс повышалось содержание МДА 2,5-3

раза и содержание диенового конъюгата в 2 раза. Протезы из акриловых пластмасс содержат свободный мономер, который также выходит из протеза в слюну и, неблагоприятно влияет на ткани полости рта, изменяя активность ферментов слюны.

Протезы из металлокерамики практически не оказывали влияния на уровень диенового конъюгата и МДА, то есть металлокерамика оказалась индифферентным зубопротезным материалом. Что отчетливо проявляется при изучении слюны (диаграмма 1).

Диаграмма 1.

Показатели содержания диенового конъюгата, МДА в слюне у лиц, без ортопедических конструкции и пользующихся зубными протезами из разных материалов.

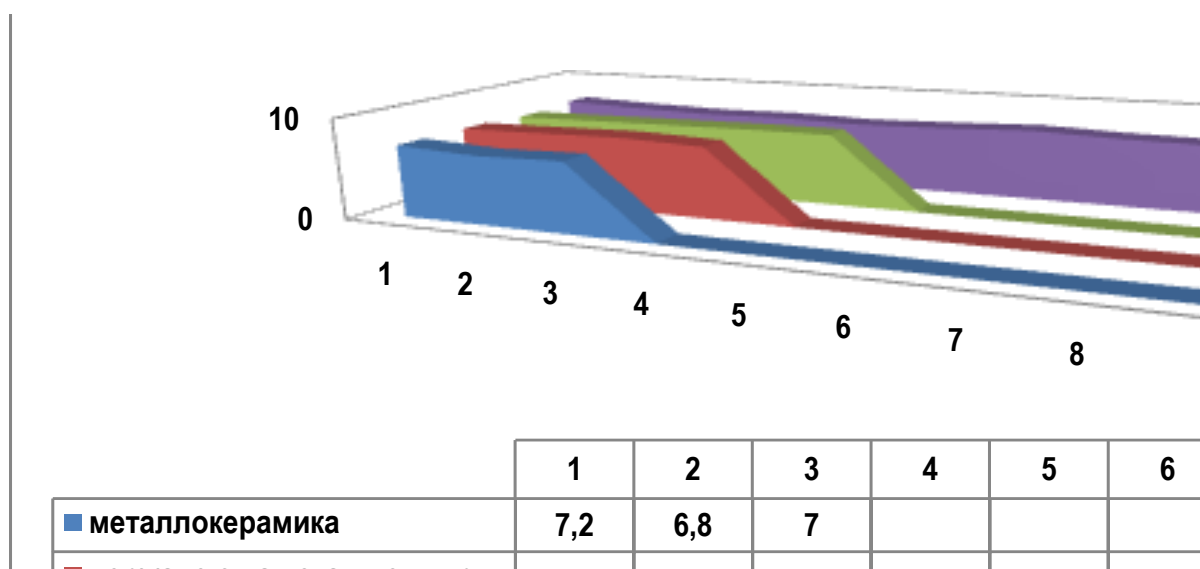


Результаты наших исследований позволяют предположить, что воздействие акриловых пластмасс и сплавов металлов зубных протезов не оказывают влияние на содержание рН слюны, так как нам не уда-

лось обнаружить существенного отличия рН слюны между контрольной и исследуемой группами. (диаграмма 2).

Диаграмма 2.

Отличия рН слюны между контрольной и исследуемой группами.



**Заключение:**

1. Протезы, изготовленные из акриловых пластмасс и хромоникелевой стали, являются активными индукторами СРО в тканях полости рта (ДК - 2,74 ммоль/л, МДА – 1,87ммоль/л) что, в свою очередь, способствует повреждению клеточных мембран, развитию окислительного стресса, оказывает неблагоприятное влияние на

состояние зубочелюстной системы и в целом на организм человека.

2. Зубные протезы из пластмассы, нержавеющей стали, металлокерамики не оказывают существенного влияния на показатели рН слюны.

3. Менее всего на СРО влияет металлокерамика, чем сталь и пластмасса, т.е. керамика оказалась индифферентным зубопротезным материалом.

**Выводы:** Таким образом, полученные данные могут быть использованы для прогнозирования, диагностики и профилактики развития патологии органов полости рта под влиянием сплавов металлов и акриловых пластмасс у больных с сопутствующей патологией.

**Литература:**

1. Седунов А.А., Плешкова С.М., Ратманова Е.Я. Показатели свободнорадикального окисления слюны у лиц, пользующихся в обычных условиях и при наличии

производственных вредности протезами из разных материалов // *Стоматология*. 1990. - С. 52-54.

2. Барабой В.А., Брехман И.И., Голоткин В.Г., Кудряшов Ю.Б., Перекисное окисление и стресс // – Санкт-Петербург. – Наука. 1992. – 292 с.

3. Буйдина Т.А., Козлов Г. С., Балаболкин М.И. Влияние диабета и метформина на процессы свободно-радикального окисления и структурные особенности фосфолипидного состава эритроцитарных мембран при инсулиннезависимом сахарном диабете // *Сов. Мед* – 1991 - №7 – С. 14-16.

**Тұжырым**

**ӘР-ТҮРЛІ МАТЕРИАЛДАРДАН ЖАСАЛҒАН ТІС ПРОТЕЗДЕРІМЕН ҚОЛДАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ СІЛЕКЕЙІНДЕГІ БОСРАДИКАЛДЫ ҚЫШҚЫЛДАНУ КӨРСЕТКІШТЕРІ**

**Р.К. Пшембаева, А.Д. Бидельманова**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,**

**Стоматология пәндер кафедрасы**

*Босрадикалды қышқылдану – патология кезіндегі жасушалардың зақымдану механизмдерінің бірі. Бос радикалдар қосарланбаған электроны бар молекула немесе атом. БРҚ бастамалауы әр түрлі факторлармен негізделуі мүмкін, бірақ оттекті қалпына келтіретін аралық өнімдер негізгі рөл атқарады.*

**Негізгі сөздер:** *липидтердің босрадикалды қышқылдануы, липидтердің тотықты қышқылдануы, диенді конъюгат, малонды диальдегид*

**Summary**

**INDEXES OF FREE-RADICAL OXIDIZATION OF SALIVA IN PARTICULAR PEROXIDE OXIDIZATION OF LIPIDS AT THE PERSONS OF USING PROSTHETIC APPLIANCES FROM DIFFERENT MATERIALS**

**R.K. Pshembaeva, A.D. Bidelmanova**

**State Medical University of Semey,**

**Department of stomatological disciplines**

*Free radical oxidation - one of mechanisms damage of cages at pathology. Free radicals call molecules or atoms with not coupled electron. Initiation of FRO can be caused by various factors, but the main role is played here by intermediate products of restoration of oxygen.*

**Key words:** *free-radical oxidation of lipids, peroxide oxidation of lipids, conjugated diene, malonic dial'degid.*

УДК 615.03.211-002.2-089:616.24

М.Н. Тенизбаев

Консультативно-диагностическая поликлиника № 3, г. Семей

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ РИНОСИНУСИТОВ. РОЛЬ ПРЕПАРАТА КВИКС®**

**Аннотация**

*В статье проведён анализ международного опыта применения гипертонических солевых растворов при риносинуситах различной этиологии. Проведена оценка эффективности данного вида терапии на основе опыта применения препарата Квикс®.*

**Ключевые слова:** *риносинусит, терапия риносинуситов, солевые растворы.*

**Актуальность.** Риносинусит и его лечение одна из самых актуальных проблем в осенне-зимний период. Несмотря на то, что большинство людей рассматривает это заболевание как «несерьезное», может доставить массу проблем. Затрудненное дыхание, головная боль, отсутствие обоняния и аппетита, плохой сон — это лишь самые распространенные последствия риносинусита, которых на самом деле может быть множество [3-5]. Многие для лечения насморка используют постулат «Если лечить, он пройдет через неделю, если не лечить — через 7 дней» не предпринимают действий по его устранению. В случае, когда заболевший обладает сильным иммунитетом, это может сработать, но в холодное время отличным здоровьем могут похвастаться

единицы [10]. Легкомысленное отношение к проблеме может привести к тому, что риносинусит перерастет в хронический, или станет причиной таких заболеваний как гайморит, отит и др.

**Результаты и обсуждение.** В основе фармакотерапии риносинусита лежит использование местных средств, действующих непосредственно в очаге заболевания. Круг подобных препаратов весьма широк. К ним относятся следующие группы ЛС:

– сосудосуживающие средства (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетризолин, фенилэфрин) и их комбинации с H1-гистаминоблокаторами (фенилэфрин + диметинден, нафазолин + антазолин), муколитиками (туаминогептан + ацетилцистеин);

- солевые средства на основе хлорида натрия, морской или океанической воды;
- назальные антибиотики (мупируцин, фрамицетин), применяемые при гнойном рините;
- комбинации антибиотиков с топическими глюкокортикоидами (полмиксин В + неомицин + дексаметазон), а также с сосудосуживающими ЛС (та же композиция + фенилэфрин), назначаемые при выраженном отеке, сопутствующем аллергическом рините, хроническом синусите.

В этой статье мы остановимся на первых двух группах назальных препаратов, поскольку, именно местные сосудосуживающие ЛС (деконгестанты) и препараты морской/океанической воды чаще других используются в практике лечения риносинусита. Кроме того, в отличие от средств, содержащих антибактериальные и гормональные компоненты, они отпускаются из аптек без рецепта врача, т.е. разрешены к применению в рамках ответственного самолечения. Последнее обстоятельство важно потому, что многие пациенты с риносинуситом в поисках избавления от симптомов обращаются за лекарственной помощью непосредственно к фармацевтистам.

В качестве средств первой помощи при риносинусите традиционно рекомендуют препараты на основе деконгестантов. Безусловно, эти лекарства обладают множеством полезных свойств. Так, за счет локального сосудосуживающего действия они быстро (в течение нескольких минут) снижают отек слизистой оболочки носа, снимают блок соустьев между полостью носа и его придаточными пазухами, что субъективно проявляется облегчением носового дыхания. Наряду с этим они действуют достаточно долго - от 4 (нафазолин) до 12 ч (оксиметазолин).

Постоянное сужение сосудов на фоне применения деконгестантов может привести к атрофическим изменениям в полости носа, а именно к дискомфортной «сухости носа». Последняя чревата образованиями микротрещин на слизистой оболочке, нарушениями обоняния и, в целом, снижением местных механизмов противостояния неблагоприятным факторам [6-8].

Наконец, при использовании деконгестантов все же нельзя исключать попадание части лекарственного вещества в общий кровоток, что может повлечь системные побочные эффекты. Поэтому назальные сосудосуживающие средства не рекомендуется назначать беременным женщинам. Кроме того, практически все они, за рядом единичных исключений, противопоказаны детям младше 1 года.

Конечно, несмотря очевидные сравнительные преимущества, солевые ЛС при лечении риносинусита в большинстве случаев не отменяют деконгестанты полностью. Например, в начале лечения наиболее целесообразно сочетание двух этих групп средств, поскольку сосудосуживающие препараты за счет уменьшения отека открывают солевым растворам доступ в верхние отделы слизистой носа. Однако в дальнейшем, по мере спада выраженного отека, возможно уже использование только солевых препаратов.

Исследование, проведенное W.Garavello и соавт. (2005 г.). В результате исследования было выявлено, что потребность в применении пероральных антигистаминных препаратов, принимаемых детьми с проявлениями сезонного аллергического ринита, при ежедневном промывании носа соляным гипертоническим раствором в течение 7 недель (в том числе в период контакта с аллергенами) снижается.

В Северной Америке и Западной Европе с целью анализа клинической эффективности гипертонических растворов в ринологии было проведено множество работ. Что важно, значительная часть этих работ проведена в педиатрической практике [1,2]. Исследования, проведенные A.Talbot и соавт. (1997 г.), показали, что буферный (pH=7,6) 3% раствор хлорида натрия способен стимулировать мукоцилиарный транспорт. В группе здоровых добровольцев, промывавших полость носа гипертоническим буферным раствором, время транспорта сахараина уменьшилось в среднем на 3,1 (17%) мин, в то время как у лиц, использовавших для промывания изотонический буферный раствор, оно практически не изменилось.

В еще одном двойном слепом исследовании удалось показать, что промывания носа гипертоническим (3,5%) раствором у детей с хроническим синуситом более эффективны, чем промывание изотоническим раствором. После 4-недельного курса ирригаций гипертоническим раствором было отмечено существенное уменьшение и выраженности симптомов (выделений в носоглотку, кашля), и рентгенологической картины. Этого не наблюдалось в группе, получавшей промывания изотоническим раствором, – здесь статистически достоверной была динамика только первого симптома [9].

Физико-химические свойства растворов с повышенным содержанием соли и представленный зарубежный опыт их использования создают предпосылки для активного применения данных средств в практике отечественных оториноларингологов и врачей других специальностей. В то же время, гипертонические средства для ирригации полости носа пока еще довольно ограничено используются в нашей стране, что ранее, вероятно, было связано с отсутствием предложения на отечественном фармацевтическом рынке. В настоящее время такие препараты стали доступны для назначения.

В их число входит назальный спрей Квикс® производства компании Берлин-Хеми (Германия), который представляет собой гипертонический (2,6%) раствор, созданный на основе воды Атлантического океана. Спрей Квикс® облегчает носовое дыхание: оказывает противоотечное действие и снимает заложенность носа, активно очищает носовые ходы, увлажняет слизистую оболочку полости носа. Раствор содержит такие микроэлементы, как медь, марганец, золото и серебро. Квикс® содержит более высокую концентрацию соли, чем слизистая оболочка полости носа (0,9%), которая представляет собой изотоническую среду. Благодаря разнице концентраций создается осмотическое давление, и избыточная жидкость из слизистой оболочки перемещается в полость носа. В результате отек носовой полости уменьшается и дыхание облегчается.

Самые ранние препараты этой группы представляют собой, всего-навсего, гипотонический раствор NaCl; отсутствие иных ионов, по сути, лишает их противвоспалительной активности. В этом плане более предпочтительны изотонические растворы морской воды, в которых наряду с натрием и хлором присутствуют и другие минералы, благотворно влияющие на слизистую оболочку носа. Большой интерес представляет и недавно появившийся на фармрынке первый гипертонический раствор океанической воды - спрей Квикс®. Данный препарат, создавая в носовой полости более высокую концентрацию соли, нежели в слизистой оболочке (2,6% против 0,9%), за счет разности осмотического давления «вытягивает» избыточную жидкость из отекающей слизистой. В результате, наряду с общими для солевых растворов свойствами (промывающие, увлаж-



няющие, противовоспалительные), Квикс® способствует уменьшению заложенности носа. Это, позволяет снизить дозировку деконгестантов при сочетании со спреем Квикс®, а стало быть, и минимизировать риск их побочных эффектов.

Нельзя не отметить и оригинальный минеральный комплекс океанического состава спрея Квикс®, отличающийся от ионного состава аналогичных препаратов морской воды. В частности, наряду с натрием и хлором океаническая вода содержит катионы меди, марганца, золота и серебра, которые усиливают противовоспалительное действие препарата, повышают местный противомикробный иммунитет и устойчивость к воздействию аллергенов.

К другим плюсам препарата следует отнести то, что он выпускается в форме спрея. Данная лекарственная форма, в отличие от капель, обеспечивает более равномерное орошение слизистой оболочки носа и более экономичный расход лекарства, поскольку при инстиляции капель какая-то часть раствора попадает через хоаны в ротовую полость и тем самым исключается из лечебного процесса. При этом, в отличие от большинства других спреев, которые противопоказаны детям младше 1 года, Квикс® может использоваться при лечении риносинусита у детей младшего возраста начиная с 3-месяцев.

**Заключение.** Таким образом, среди прочих солевых растворов спрей Квикс® выделяется сочетанием наиболее широкого спектра терапевтического действия с оптимальным профилем безопасности, удобством лекарственной формы и максимально большим возрастным диапазоном клиентов, которым уместна рекомендация данного препарата. Подобные характеристики обеспечивают ему одно из приоритетных мест в длинном ряду средств для лечения риносинусита и профилактики синусита.

#### **Литература:**

1. Карпова Е.П., Вагина Е.Е. Роль ирригационно-элиминационной терапии в профилактике и лечении респираторно-вирусных инфекций. – Москва, Педиатрия, 1-2, С.25-27.
2. Adam P, Stiffman M, Blake RL Jr. A clinical trial of hypertonic saline nasal spray in subjects with common cold or rhinosinusitis. Arch Fam Med 1998; 7 (1): 39–43.
3. Захарова Г.П., Янов Ю.К., Шабалин В.В. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей. СПб.: Диалог, 2010.
4. Garavello W, Di Bernardino F, Romagnoli M et al. Nasal rinsing with hypertonic solution: an adjunctive treatment for pediatric seasonal allergic rhinoconjunctivitis. Int Arch Allergy Immunol 2005; 137 (4): 310–4.
5. Ryttila PH, Lindqvist AE, Laitinen LA. Safety of sputum induction in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2000; 15: 1116–9.
6. Tomooka LT, Murphy C, Davidson TM. Clinical study and literature review of nasal irrigation. Laryngoscope 2000; 110 (7): 1189–93.
7. Wolf G. Zur Regeneration des Zilienschlages humaner Flimmernzellen. Laryngo-Rhino-Otologie; 1991; 70: 552–5.
8. Parsons DS. Chronic sinusitis: A medical or surgical disease. Otolaryngol Clin North Am 1996; 29 (1): 1–9.
9. Shoseyov D, Bibi H, Shai P et al. Treatment with hypertonic saline versus normal saline nasal wash of pediatric chronic sinusitis. J Allergy Clin Immunol 1998; 101 (5): 602–5.
10. Богомильский М.П., Гаращенко Т.И. Сезонная ирригационная терапия как метод профилактики респираторных заболеваний в условиях мегаполиса у детей школьного возраста с патологией ЛОР-органов. Рос. оториноларингология. 2007; 5: 47–9.

### **Тұжырым РИНОСИНУСИТТАЛАР ТЕРАПИЯСЫНЫҢ КӨКЕЙКЕСТІ СҰРАҚТАРЫ. ПРЕПАРАТТЫҢ КВИКС® РӨЛІ**

**М.Н. Тенізбаев**

**Семей қ. «№3 Консультативтік-диагностикалық аралас емханасы»**

*Мұрында қабынуда ауруларда тұзды океаниялық сулар ерітінділердің қолданулары халықаралық тәжірибенің талдау өткізілген. Терапияның айтылмыш көрінісінің тиімділігінің сарапшылығы бас негіз Квикс препаратының қолданысының тәжірибесінің өткіздір-өткізу.*

**Негізгі сөздер:** риносинусит, риносинуситтердің терапиясы, тұзды ерітінділер.

### **Summary CURRENT ISSUES OF RHINOSINUSITIS THERAPY. ROLE OF DRUG QUIXX®**

**M.N. Tenyzbayev**

**Consultative and diagnostic polyclinic № 3, c. Semey**

*The analysis of the international experience with hypertonic saline solutions in rhinosinusitis different etiologies. The efficacy of this therapy on the basis of experience with the drug Quixx®.*

**Key words:** rhinosinusitis, therapy of rhinosinusitis, saline solutions.

УДК 617.735::616.379-008.64::615.849.19

<sup>1</sup>Л.Г. Гиря, <sup>2</sup>У.А. Апухтина, <sup>3</sup>Н.С. Шакинова, <sup>4</sup>Н.З. Касымова, <sup>5</sup>Г.А. Еркимбекова, <sup>6</sup>А.В. Киндер, <sup>7</sup>Е.Е. Жампозов, <sup>8</sup>В.И. Фоминых, <sup>9</sup>Ю.А. Петренко, <sup>10</sup>А.А. Турко

Государственный медицинский университет города Семей,

<sup>1,3</sup>Кафедра общей хирургии<sup>2,4-10</sup>Учреждение «Офтальмохирургия», г. Семей**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ****Аннотация**

В статье отражены результаты лечения диабетической ретинопатии методом панретинальной лазеркоагуляции сетчатки. Способ даёт как положительный стабильный клинический результат, так и обеспечивает использование в амбулаторных условиях эффективной современной технологии реабилитации больных с тяжёлыми диабетическими поражениями глаз.

**Ключевые слова:** лазеркоагуляция, диабетическая ретинопатия (ДРП), препролиферативная стадия, пролиферативная стадия, неоваскуляризация, геморрагии, твёрдые и мягкие экссудаты, лечение.

**Актуальность.** Одним из наиболее тяжёлых и трудно поддающихся лечению осложнений сахарного диабета (СД) является диабетическая ретинопатия (ДРП), приводящая к инвалидизации больных по зрению, в том числе и в молодом возрасте.

По данным литературы, в настоящее время наиболее эффективным методом лечения и профилактики прогрессирования ДРП является панретинальная лазеркоагуляция сетчатки (ПРЛКС), позволяющая сохранить зрение большинству пролеченных больных (1-9).

**Цель исследования** – изучить лечебную результативность панретинальной лазеркоагуляции сетчатки при различных стадиях диабетической ретинопатии.

**Материал и методы.** Нами изучены данные лечения панретинальной лазеркоагуляцией сетчатки 100 пациентов (200 глаз). До лечения, в процессе и после него пациентам проводились и клинические, и функциональные офтальмологические исследования. Сахар крови у обследованных отмечался от 6,0 до 20,5 ммоль/л; Острота зрения у различных лиц была в пределах 0,05-0,9.

Среди исследуемых с препролиферативной стадией ДРП было – 54 глаза (27%), с пролиферативной - 146 глаз (73%). Для решения вопроса о лечении данным методом неопролиферативной стадии ДРП требовалось проведение перед ПРЛКС предварительной флюоресцентной ангиографии сетчатки. Диабетическая макулопатия встречалась в 24 глазах (12%).

В процессе обследования и лечения использовались офтальмоскопическая линза Гольдмана и неодимовый лазер 532 нм (Karl Zees), мощность 50-320 мВт, экспозиция 90-110 мс, диаметр лазерного пучка 50-300 мкм, количество коагулятов 130-700 за один этап.

Лечение проводилось в несколько этапов (с перерывами от 2-3 нед. до 4-6 мес.): вначале – лазеркоагуляция (ЛК) в парамакулярной зоне, затем – в нижневнутреннем квадранте, после – в нижненаружном, верхненаружном и верхневнутреннем. При наличии макулярного отёка перед ПРЛКС проводилась «решётчатая» ЛК в макулярной зоне. Назначались противовоспалительная (НПВС) общая и местная терапия, симптоматическая, ангиопротекторы. Обязательно учитывалось общее состояние пациентов, уровня глюкозы, гликолизированного гемоглобина, холестерина и артериального давления; особо рекомендовались соблюдения диеты и здорового образа жизни.

**Результаты и обсуждение.** Через 5 месяцев в 122 глазах (61%) отмечалась регрессия новообразованных

сосудов ДЗН и сетчатки. Количество «твёрдых» экссудатов в макуле не увеличилось, «мягкие» - не образовывались, ретинальные и интратретинальные геморрагии – рассосались полностью. Острота зрения повысилась в 44 глазах (22% случаев) на 0,1-0,2; осталась стабильной в 142 глазах (71%) и в 14 глазах (7%) - снизилась за счет развития или гемофтальма, или прогрессирования макулярного отека.

Макулярный отёк после ПРЛКС увеличился в 4 глазах (11,1%), в 17 глазах (47,2%) – частично регрессировал, в 15 глазах (41,7%) – исчез.

Помимо ЛК, пациентам с прогрессирующим макулярным отеком рекомендовалось интравитреальное введение анти-VEGF (блокаторов вазопрولیферативных факторов).

**Выводы:**

1. Панретинальная лазеркоагуляция сетчатки является эффективным методом лечения и стабилизации её тяжёлых диабетических изменений.

2. ПРЛКС имеет и социально-экономическую значимость, так как способствует снижению инвалидизации по зрению диабетических больных, особенно трудоспособного возраста.

**Литература:**

1. Акопян В.С. Диабетическая ретинопатия. Лазерная фотокоагуляция при заболеваниях глазного дна // Актуальные проблемы офтальмологии. - М., 1981.- С. 189-192.
2. Имантаева М.Б. Хирургическая коррекция диабетической ретинопатии автореф. ...докт.мед.наук.- Алматы, 1999.- 38 с.
3. Мошетова Л.К., Касаткина Э.П., Сатинина Г.Ш. Этиологическая многофакторность диабетической ангиопатии // Офтальмохирургия.- М., 2000.- № 4.- С. 72-75.
4. Астахов Ю.С., Шадричев Ф.Е., Лисочкина А.Б. Лазеркоагуляция сетчатки при лечении диабетической ретинопатии // Клиническая офтальмология.- 2000. - Т.1.- №1.- С. 15-18.
5. Ботабекова Т.К. Лазеры в офтальмологии.- Алматы, 2003.- 133 с.
6. Маркова А.Л. Лазеркоагуляция сетчатки при лечении диабетической ретинопатии // Офтальмологический журнал Казахстана.- Алматы, 2010.- № 1.- С. 11-13.
7. Степанова И.С., Имантаева М.Б., Алдашева Н.А., Дон С.В., Калдыгарин А.Т., Муравьёва Л.А. Комплексное лечение больных препролиферативной диабетической

ретинопатией, осложнённой макулопатией // Офтальмологический журнал Казахстана.- Алматы, 2011.- № 2-3.- С. 16-18.

8. Калдыгарин А.Т. Эффективность лазеркоагуляции в профилактике прогрессирования диабетической рети-

нопатии у беременных с сахарным диабетом // Офтальмологический журнал Казахстана.- Алматы, 2011.- № 2-3.- С. 24-25.

9. Hovener G. Photokoagulation bei Retinopathia diabetica proliferans. Klin. Augenheik. 1980; 176: 938-949.

**Тұжырым**

**ДИАБЕТТІК РЕТИНОПАТИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДА ТОР ҚАБАТТЫ ПАНРЕТИНАЛДЫ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИЯМЕН ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**  
**Л.Г. Гиря, У.А. Алухтина, Н.С. Шакенова, Н.З. Касымова, Г.А. Еркимбекова, А.В. Киндер, Е.Е. Жампозов, В.И. Фоминых, Ю.А. Петренко, А.А. Турко**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті**  
**Жалпы хирургия кафедрасы,**  
**Семей қаласының «Офтальмохирургия» Мекемесі**

Мақалада диабеттік ретинопатияда тор қабатты панретиналды лазеркоагуляциямен емдеу нәтижелері келтірілген. Тәсіл оң және тұрақты клиникалық нәтиже береді және диабеттік ретинопатияда, көз ағзасының зақымдалуында науқастарды сауықтандыруда амбулаториялық жағдайда қолдануға мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** лазеркоагуляция, диабеттік ретинопатия (ДРП), препролиферативті сатысы, пролиферативті сатысы, неоваскуляризация, геморрагиялар, қатты және жұмсақ экссудаттар, емі.

**Summary**

**THE OUTCOMES OF PANRETINAL LASERPHOTOCOAGULATION IN TREATMENT OF DIABETIC RETINOPATHY**  
**L.G. Giryа, U.A. Apukhtina, N.S. Shakenova, N.Z. Kasymova, G.A. Erkimbekova, A.V. Kinder, E.E. Zhampozov, V.I. Fominykh, Yu.A. Petrenko, A.A. Turko**  
**State Medical University of Semey,**  
**Chair of general surgery,**  
**«Ophthalmic surgery» hospital, Semey**

The paper presents the outcomes of diabetic retinopathy's treatment by means of panretinal laserphotocoagulation. This treatment modality ensures stable positive clinical outcome, is provided on out-patient basis as modern effective manipulation for the rehabilitation of patients with severe diabetic ocular disease.

**Key words:** lasercoagulation, diabetic retinopathy, preproliferative, prolipherative, neovascularization, hemorrhages, hard and soft excudates, treatment.

УДК 616-053.2-039.4-616-036.22

Г.Т. Камашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Турдина

Государственный медицинский университет города Семей

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ**

**Аннотация**

Целью нашего исследования было изучение распространенности часто болеющих детей в г. Семей по трех-этапной программе эпидемиологического исследования. Распространенность часто болеющих детей в г. Семей оказалась весьма высокой – превысила 1/3 детского населения. В структуре ее отмечалось достоверное преобладание девочек, наибольшая доля часто болеющих детей выявлена в возрастной группе 7-11 лет.

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, распространенность.

Целью нашего исследования было изучение распространенности часто болеющих детей в г. Семей по трехэтапной программе эпидемиологического исследования.

На I этапе обследовано 2400 человек детского населения, среди которых детей от 5 до 6 лет – 430

(17,9%), от 7 до 11 лет – 1135 (47,3%) и 12-14 лет – 835 (34,8%). Особенности численного состава возрастных групп были связаны с распределением численности соответствующих групп в обследованной популяции. В их числе мальчики составили 1183 (49,3%), девочки – 1217 (50,7%) (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение обследованных детей группы эпидемиологического исследования по полу и возрасту.

Пол	Возрастная группа						Всего
	5-6 лет		7-11 лет		12-14 лет		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
мальчики	212	49,3	563	49,6	408	48,9	1183
девочки	218	50,7	572	50,4	427	51,1	1217
Всего	430	17,9	1135	47,3	835	34,8	2400

Таблица 2.

**Распределение детей по полу и возрасту в общей популяции.**

Пол	Возраст в годах						Всего
	5-6 лет		7-11 лет		12-14 лет		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
мальчики	3886	49,9	10117	49,0	7562	49,8	21565
девочки	3903	50,1	10521	51,0	7633	50,2	22057
Всего	7789	17,9	20638	47,3	15195	34,8	43622

В целом, распределение детей по полу и возрасту соответствовало их распределению в общей популяции (таблица 2).

Первичный скрининг-анкетирование и целенаправленный объективный отбор детей позволил выявить 859 детей, отнесенных к группе часто болеющих. Таким образом, доля часто болеющих детей в обследованной популяции составила 35,8%, а распространенность в целом 357,9±1,7 на 1000 детского населения.

Как показывают данные таблицы 3, частота часто болеющих детей была достоверно выше среди детей в возрастных группах 7-11 лет (39,4±2,3)%,  $p < 0,05$  и 5-6 лет (36,3±1,5)%,  $p < 0,01$ , чем среди детей от 12 до 14 лет (30,7±1,6)%.

Следовательно, полученные данные показывают большую распространенность часто болеющих детей среди детского населения г. Семей.

Таблица 3.

**Повозрастные показатели распространенности часто болеющих детей.**

Показатель	5-6 лет	7-11 лет	12-14 лет	Всего
Абсолютное число обследованных	430	1135	835	2400
Абсолютное число ЧБД	156	447	256	859
Распространенность на 1000 детей	362,8±15,2	393,8±23,1	306,6±15,9	357,9±1,7

Нами проведен анализ распространенности часто болеющих детей в зависимости от пола детей (рисунок 1).

Установлено, что часто болеющие дети наиболее часто встречаются среди девочек, чем среди мальчиков. При рассмотрении по возрастным структурам оказалось, что среди часто болеющих детей в возрасте 5-6 лет соотношение мальчики/девочки составило 34,6%/65,4%, 7-11 лет – 33,1%/66,9%, 12-14 лет –

28,9%/71,1%, т.е., с увеличением возраста повышался удельный вес девочек в структуре часто болеющих детей.

В среднем данное соотношение составило (32,1±1,6)%(67,9±1,6)%. Во всех возрастных группах, а также в среднем по всей группе обследованных часто болеющих детей превышение удельного веса девочек над мальчиками было высокодостоверным ( $p < 0,001$ ).

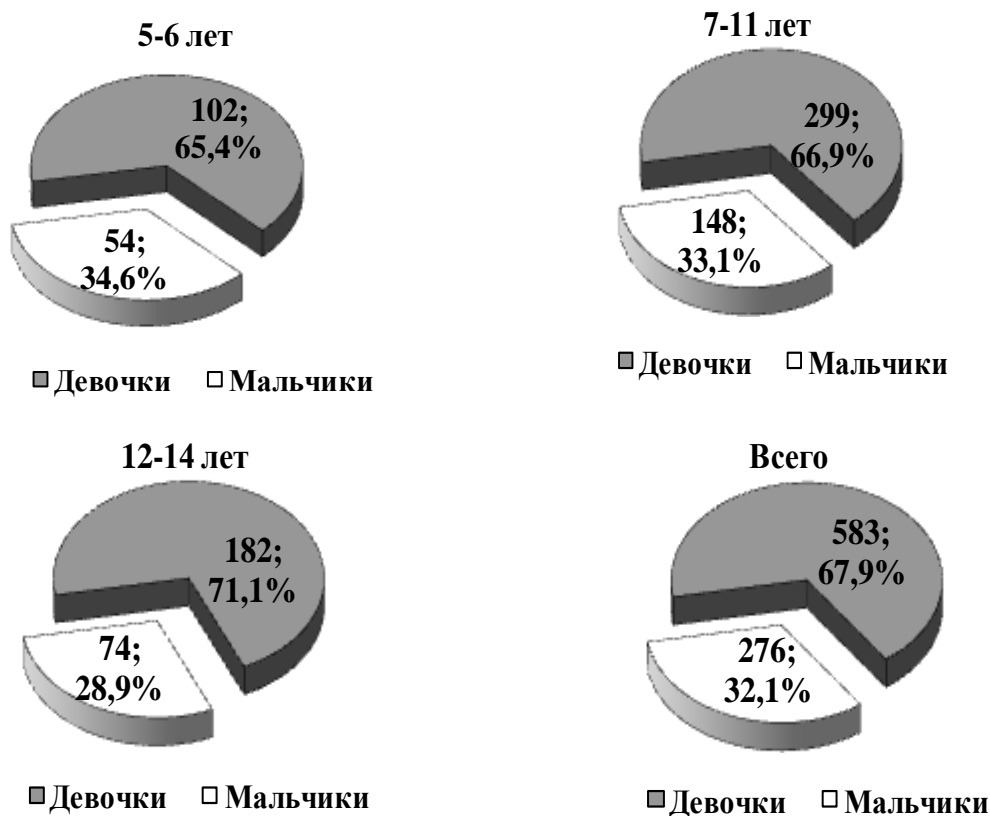


Рисунок 1 - Возрастно-половое распределение часто болеющих детей.

Таким образом, распространенность часто болеющих детей в г. Семей оказалась весьма высокой – превысила 1/3 детского населения. В структуре ее отмеча-

лось достоверное преобладание девочек, наибольшая доля часто болеющих детей выявлена в возрастной группе 7-11 лет.

**Тұжырым**  
**СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ТАРАЛУ ЖИІЛІГІ**  
**Г.Т. Камашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Турдина**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті**

*Ғылыми ізденістің мақсаты Семей қаласында үш кезеңді бағдарламамен жиі ауыратын балалардың таралуын анықтау. Семей қаласында жиі ауыратын балалардың таралуы өте жоғары екендігі анықталды – балалардың 1/3 құрады. Құрылысында қыз балалардың саны артық және көбінесе жиі ауыру 7-11 жастағы балаларда анықталды.*

**Негізгі сөздер:** жиі ауыратын балалар, таралу жиілігі.

**Summary**  
**THE PREVALENCE FREQUENTLY ILL CHILDREN IN THE CITY OF SEMEY**  
**G.T. Kamasheva, L.T. Keldybayeva, N.M. Turdina**  
**State Medical University of Semey**

*Learning the abundance of frequently ill children in Semey based on three – stage epidemic research program was the main objective of the project. The RRI children prevalence in Semey turned out to be quite high – it exceeded 1/3 of the youngster's population. Girls were in dominance in that structure. The major part of frequently ill children determined to be in 7 – 11 years old range.*

**Key words:** frequently ill children, prevalence.

**УДК 616-053.2-039.4-616-097**

**Г.Т. Камашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Турдина**

**Государственный медицинский университет города Семей**

**ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ФАГОЦИТОЗА У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕМЕЙ**

**Аннотация**

*Целью нашего исследования было изучение особенностей системы фагоцитоза у часто болеющих детей г.Семей. Состояние фагоцитарного звена иммунитета у часто болеющих детей сопровождалось подавлением поглотительной и переваривающей способности клеток гранулоцитарно-макрофагального ряда относительно группы эпизодически болеющих детей, что, в свою очередь, способствует накоплению ЦИК за счет нарушения их элиминации.*

**Ключевые слова:** часто болеющие дети, особенности системы фагоцитоза.

Часто болеющие дети являются наиболее многочисленной группой, подлежащей диспансерному наблюдению у педиатра детской поликлиники. По данным разных авторов, число часто болеющих детей колеблется в детской популяции, составляя от 20% до 65% в зависимости от возраста и условий воспитания [Коровина Н.А., 2001; Макарова З.С., 2005].

По мнению Н.А. Коровиной, для часто болеющих детей характерны транзиторные, корригируемые отклонения в защитных системах организма, которые не имеют стойких органических нарушений. З.С. Макарова считает, что нарушения в иммунной системе часто болеющих детей связаны с ее морфофункциональной незрелостью и носят дизонтогенетический характер, обуславливая их полиморфизм. В целом для часто болеющих детей характерен незрелый, инфантильный тип иммунного реагирования, не обеспечивающий оптимальной адаптации ребенка к окружающей среде.

Целью нашего исследования было изучение особенностей системы фагоцитоза у часто болеющих детей г. Семей.

В группу комплексного клинико-иммунологического обследования нами были включены 155 часто болеющих детей в возрасте от 5 до 14 лет, распределенных

на 3 возрастные группы: 5-6 лет(31,6%), 7-11 лет(33,6%) и 12-14(34,8%) лет.

В контрольную группу были включены эпизодически болеющие дети (ЭБД) аналогичного возрастного состава.

Количественный состав выделенных групп в зависимости от возраста представлен на рисунке 1, от пола – на рисунке 2.

Определение фагоцитоза (%) и фагоцитарного числа (ФЧ) проводилось по методу Е.П. Чернушенко и соавт. (1978) [3]. В качестве фагоцитируемого материала использовали суточные культуры *S.albus*.

Фагоцитарным показателем считали процент нейтрофилов, вступивших в фагоцитоз от общего количества нейтрофилов.

Поглотительную способность клеток оценивали по двум показателям: проценту фагоцитоза, то есть по количеству фагоцитированных клеток на 100 нейтрофилов, и по фагоцитарному числу (ФЧ), то есть среднему числу микробов на 1 фагоцит. При этом фагоцитарное число определялось в два срока: через 30 и 120 минут (ФЧ- 1 и ФЧ-2 соответственно), при этом ФЧ-1 определяло собственно фагоцитирующую, а ФЧ-2 и соотношение ФЧ-1 и ФЧ-2 – литическую функцию нейтрофилов.

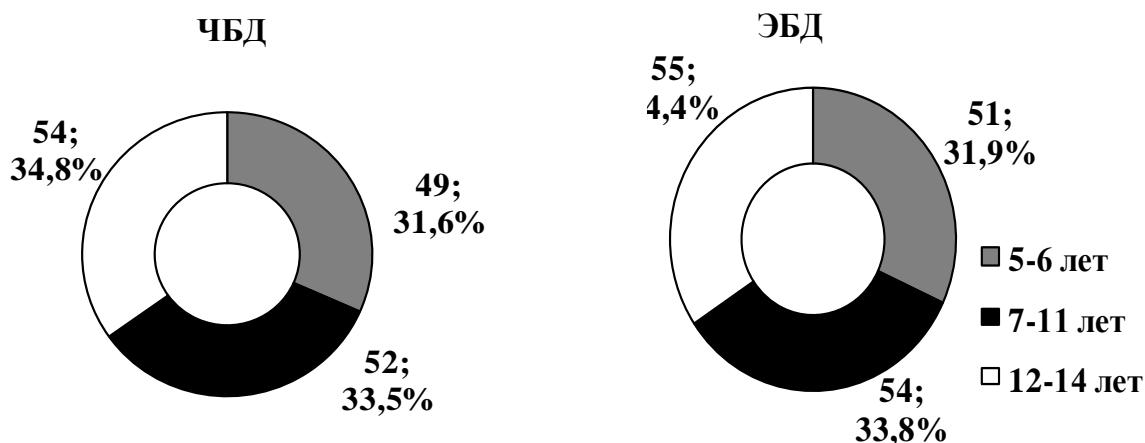


Рисунок 1 - Распределение групп часто болеющих детей и эпизодически болеющих детей, подвергнутых комплексному клинико-иммунологическому обследованию, в зависимости от возраста.

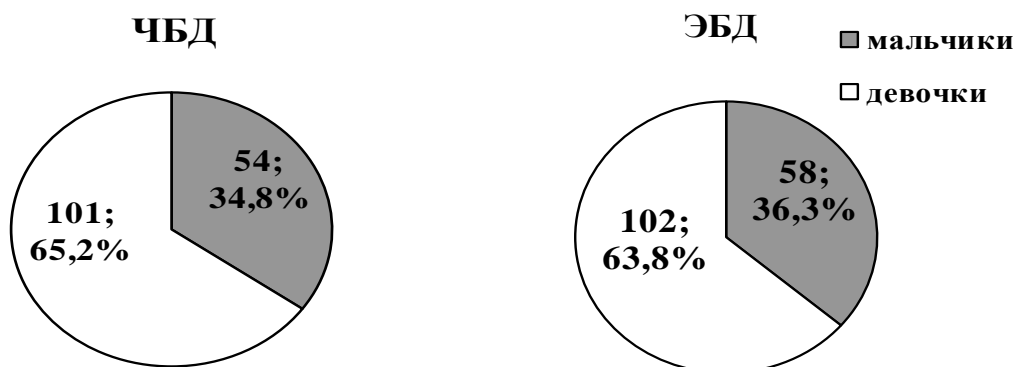


Рисунок 2 - Структура групп, часто болеющих детей и эпизодически болеющих детей, подвергнутых комплексному клинико-иммунологическому обследованию, в зависимости от пола.

Результаты анализа показателей фагоцитоза у часто болеющих детей в сравнении с соответствующими контрольными группами эпизодически болеющих детей представлены в таблицах 1-3.

Видно, что в результате исследования были выявлены достоверные отклонения от показателей контрольной группы детей по всем изученным параметрам. Так, отмечалось снижение процента фагоцитирующих клеток на 17,0% ( $p < 0,05$ ).

Одновременно уменьшалось фагоцитарное число 1 (на 31,7%,  $p < 0,01$ ), что отражает снижение поглотительной способности клеток гранулоцитарно-макрофагального ряда.

Достоверным повышением характеризовался средний уровень фагоцитарного числа 2 (после длительной инкубации) – на 80,1% ( $p < 0,01$ ), что показывает отсутствие способности фагоцитирующих клеток убивать в указанный промежуток времени стафилококк.

Таблица 1.

Показатели фагоцитоза у часто болеющих детей младшей возрастной группы.

Показатель	Контрольная группа (ЭБД), n=51	Часто болеющие дети, n=49	P
Процент фагоцитирующих клеток (%)	28,6±1,6	23,7±1,7	<0,05
Фагоцитарное число 1	4,7±0,2	3,2±0,2	<0,01
Фагоцитарное число 2	1,2±0,1	2,1±0,1	<0,01

Таким образом, у часто болеющих детей младшего возраста отмечалось одновременное угнетение поглотительной и переваривающей способности фагоцитов.

Аналогичные данные для средней возрастной группы представлены в таблице 2.

Такая же направленность отклонений была зарегистрирована и у детей в возрасте от 7 до 11 лет.

Процент фагоцитирующих клеток в этой группе снижался относительно эпизодически болеющих детей на 18,1% ( $p < 0,05$ ), фагоцитарное число 1 – на 19,7% ( $p < 0,05$ ). Фагоцитарное число 2 было больше, чем в контрольной группе, на 74,2% ( $p < 0,01$ ).

В таблице 3 представлены показатели фагоцитоза у часто болеющих детей в возрасте от 12 до 14 лет.

Таблица 2.

**Показатели фагоцитоза у часто болеющих детей средней возрастной группы.**

Показатель	Контрольная группа (ЭБД), n=54	Часто болеющие дети, n=52	P
Процент фагоцитирующих клеток (%)	33,6±2,0	27,5±2,2	<0,05
Фагоцитарное число 1	4,4±0,2	3,5±0,3	<0,05
Фагоцитарное число 2	1,4±0,1	2,4±0,1	<0,01

Процент фагоцитирующих клеток в этой возрастной категории у часто болеющих детей был ниже на 22,7%, чем у эпизодически болеющих детей ( $p<0,05$ ). Степень уменьшения фагоцитарного числа 1 составила 28,6%

( $p<0,05$ ). В наиболее высокой степени увеличивался показатель фагоцитарного числа 2 (на 103,2% относительно контрольной группы,  $p<0,01$ ).

Таблица 3.

**Показатели фагоцитоза у часто болеющих детей старшей возрастной группы.**

Показатель	Контрольная группа (ЭБД), n=55	Часто болеющие дети, n=54	P
Процент фагоцитирующих клеток (%)	31,1±1,7	24,0±1,9	<0,05
Фагоцитарное число 1	4,9±0,3	3,5±0,2	<0,05
Фагоцитарное число 2	1,4±0,1	2,8±0,2	<0,01

Таким образом, состояние фагоцитарного звена иммунитета у часто болеющих детей сопровождалось подавлением поглотительной и переваривающей способности клеток гранулоцитарно-макрофагального ряда относительно группы эпизодически болеющих детей, что, в свою очередь, способствует накоплению ЦИК за счет нарушения их элиминации.

**Литература:**

1. Коровина Н.А., Чебуркин А.В., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Иммунокорригирующая терапия часто и длительно болеющих детей. - М., 2001. - 68 с.
2. Макарова З.С. Часто болеющие дети и их реабилитация в условиях поликлиники // Поликлиника. - 2005. - №1. - С. 14-17.
3. Чернушенко Е.Ф., Когасова Л.С. Иммунологические исследования в клинике // Киев: Здоровья, - 1978. - 160 с.

**Түжүрүм****СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖИІ АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫҢ ФАГОЦИТОЗ ЖҮЙЕСІНІҢ ЕРЕКШЕЛІГІ**

**Г.Т. Қамашева, Л.Т. Кельдыбаева, Н.М. Тұрдина**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті**

Ғылыми ізденістің мақсаты Семей қаласындағы жиі ауыратын балалардың фагоцитоз жүйесінің ерекшелігін анықтау. Жиі ауыратын балалардың иммунитетінің фагоцитоз буынында, сирек ауыратын балаларға қарағанда, гранулоцитарлы-макрофакты жасушаларының жұту және жою қаблеттерінің тежелгені анықталды, ол элиминация бұзылысының салдарынан аздада АИТ-тың жиналып қалуына әкеп соғады.

**Негізгі сөздер:** жиі ауыратын балалар, фагоцитоз жүйесінің ерекшелігі.

**Summary****PHAGOCYTOSES SYSTEM FEATURES IN FREQUENTLY ILL CHILDREN CHILDREN IN THE CITY OF SEMEY**

**G.T. Kamasheva, L.T. Keldybayeva, N.M. Turdina**

**State Medical University of Semey**

Learning the features of phagocytes system of frequently ill children in Semey was the objective of the research. Condition of phagocytes part of the immune system of frequently ill children was accompanied by suppression of absorption and digestive abilities of granulocyte – macrophage cells compared to occasionally infected children, which in return encourages the circulating immune complex due to its elimination failure.

**Key words:** frequently ill children, phagocytosis system features.

УДК 616.24-002.5-008.811-071

Т.Х. Сыздыкбаев

Противотуберкулезный диспансер, г. Астана

**СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИРОВАНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ДИССЕМИНАЦИИ С РАСПАДОМ****Резюме**

Статья посвящена трудному случаю диагностики диссеминированной формы туберкулеза в повседневной практике врача рентгенолога.

**Ключевые слова:** Туберкулез, диссеминация, диссеминированный туберкулез.

**Актуальность проблемы**

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в мире в последние годы существенно ухудшилась и оценивается специалистами как «кризисная» - ежегодно заболевают 8 млн. человек и 3 млн. больных умирают [8]. С конца 80-х - начала 90-х годов отмечается неуклонный рост основных показателей по туберкулезу [5, 7]. При этом патоморфоз туберкулеза характеризуется ухудшением не только количественных, но и качественных показателей. Изменение социально-экономического курса в стране, повсеместное снижение качества жизни привело к распространению инфекции, к резкому ухудшению структуры впервые выявленного туберкулеза легких, появлению остро прогрессирующих форм [6].

Диссеминированный туберкулез, по данным некоторых авторов, составляет от 16 до 34,5% остро прогрессирующих форм [2]. Эффективность лечения больных диссеминированным туберкулезом остается низкой, высока летальность этих пациентов [3, 4]. Именно диссеминированный туберкулез часто является причиной смерти больных в течение года с момента выявления [1].

**Цель:** поделиться опытом практического опыта в диагностировании диссеминированного туберкулеза с нетипичными проявлениями клинической картины.

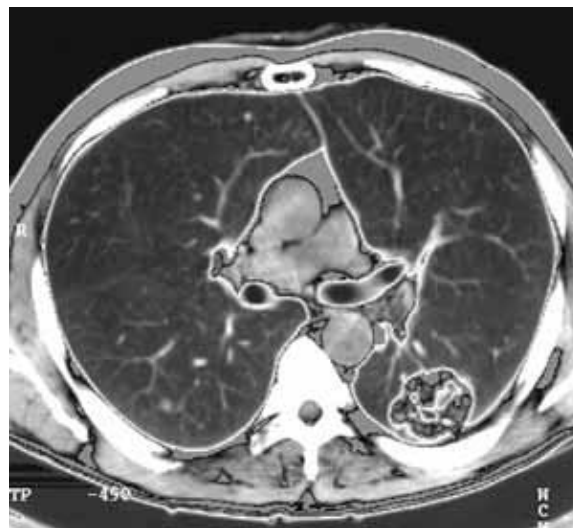
**Материалы и методы**

Проанализированы 98 клинических случаев у пациентов с диссеминированным туберкулезом легких, поступавшими в противотуберкулезный диспансер г.Астаны в течение 4-х лет, с 2009 по 2012 гг. На клиническом примере продемонстрирован опыт успешной диагностики нетипичного проявления диссеминированного туберкулеза

**Результаты и обсуждение**

Пациент - мужчина 55 лет поступил с диагнозом: округлый туберкулезный инфильтрат с распадом в С6 слева, БК "-" для рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки. На момент исследования проходил противотуберкулезное лечение. Общее самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. По данным лабораторного обследования существенных отклонений также не выявлено. Из анамнеза установлено, что болеет туберкулезом легких более 23 лет, неоднократно лечился, последний раз 3 года назад по поводу очагового туберкулеза в С1, С2 справа. На серии рентгенограмм органов грудной клетки начиная с того времени определяются посттуберкулезные изменения на верхушках и постепенно увеличивающееся, округлое, среднеинтенсивное образование в С6 слева с неправильной формы просветлением в центре.

При РКТ в С6 слева выявляется образование размерами 4,6х3,4 см, неправильно овальной формы, с четким наружным контуром. Расположено субплеврально, но связь с плеврой отсутствует, последняя без реактивных изменений. Связи либо дорожки к корню также нет. В центре образования неправильной формы большая воздушная полость с неровной стенкой. По верхним и средним легочным полям определялось несколько дополнительных очагов от точечных до 3 мм в диаметре (Рис. 1). Указанная картина делала маловероятным диагноз инфильтративного туберкулеза (полное отсутствие признаков инфильтрации) и выводила на первый план синдром периферического очагового образования в левом легком. Дано заключение: туберкулома С6 слева (?); для исключения периферического рака с канцероматозом рекомендуется биопсия образования в С6 слева либо РКТ-контроль через 1-2 месяца. Диагноз туберкуломы не вызывал большого доверия, поскольку последние редко бывают более 3 см в диаметре.



**Рисунок 1.** На РКТ-грамме органов грудной клетки определяется периферическое полостное образование в С6 слева, а также единичные дополнительные микроочаги в обеих легких.

Тем не менее, от дальнейшего обследования больной отказался, что легко объяснить его хорошим самочувствием. Для повторной РКТ поступил только через 7 месяцев. За месяц до этого у него развился спонтанный пневмоторакс справа. Больной жаловался на потливость, редкий кашель с легко отделяемой мокротой, одышку при ходьбе. Температуры не было, показатели



красной и белой крови в норме: эритроциты  $4,0 \times 10^9/\text{л}$ , Нв 131 г/л, лейкоциты  $5,5 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы 2%, СОЭ 7-10 мм/ч и лишь в одном анализе крови оказалась повышенной до 21 мм/ч. При ФБС определялись явления хронического бронхита. На обзорной рентгенограмме в С6 слева неправильноокруглое образование с просветлением в центре, по всем легочным полям множество шаровидных очагов в виде тонкостенных полостных образований, пневмоторакс справа (Рис. 2а). Заключение: диссеминированный туберкулез легких в фазе распада. При РКТ отмечается значительная отрицательная динамика. Образование в С6 слева увеличилось до 6,8х3,8 см. Содержит неправильной формы больших размеров воздушную полость, из-за чего характеризуется как полостное со стенкой нерав-

номерной толщины от 0,3 до 1,3 см. Преимущественно по верхним и средним легочным полям густо расположенные кольцевидные очаги 0,5 - 1,3 см в диаметре, не содержащие обызвествлений либо жидкости. Окружающая легочная ткань не инфильтрирована. Стенки бронхов не утолщены. Увеличенных лимфатических узлов в средостении и костно-деструктивных изменений не выявлено. Правое легкое коллабировано на 1/2 (Рис. 2б). Заключение: гематогенная легочная диссеминация; дифференцировать между паразитарным заболеванием (альвеококкоз), туберкулезным и метастатическим поражением. Рекомендовалось выполнить УЗИ печени, перевод в торакальное отделение для ликвидации пневмоторакса и морфологической верификации диагноза.



Рисунок 2.

**Через 7 месяцев после первого РКТ-исследования.**  
**(а) Рентгенограмма грудной клетки.**  
**Диссеминация в обоих легких.**  
**Пневмоторакс справа.**

Рисунок 3.

**Через 7 месяцев после первого РКТ-исследования.**  
**(б) КТ органов грудной клетки.**  
**Увеличение образования в С6 слева, множество полостных шаровидных очагов по всем легочным полям, пневмоторакс справа. Без увеличения лимфатических узлов в средостении.**

Последующее обследование не выявило каких-либо изменений в печени, что снимало возможность альвеококкоза легких и сужало дифференциально-диагностический ряд до двух заболеваний. Точку в дальнейшей дифференциации поставила видеоторакоскопия с биопсией одного из субплеврально расположенных очагов, при которой обнаружены клетки плоскоклеточного рака. Таким образом окончательный диагноз выглядел следующим образом: первично-полостная форма периферического рака С6 слева (плоскоклеточный) с первично-полосными гематогенными метастазами в оба легких (карциноматоз легких). Данный случай вызвал значительные дифференциально-диагностические трудности в клинической и рентгенологической диагностике и ярко демонстрирует как переоценка анамнеза и клинических проявлений мешают правильной диагностике. Длительный туберкулезный стаж, хорошее общее самочувствие больного вплоть до развития спонтанного пневмоторакса, отсутствие анемии, лейкоцитоза ввели в заблуждение клиницистов, делая туберкулез основным диагнозом на первом этапе обследования больного. Ретроспек-

тивно становится очевидным, что выявленные еще тогда при рентгеновской компьютерной томографии единичные микроочаги в обоих легких действительно были первыми проявлениями канцероматоза.

На втором этапе диагноз туберкулеза вызывал уже значительно меньше доверия хотя бы потому, что при наличии множества полостных (распавшихся) образований в легких ни в одном анализе мокроты не получены бактерии туберкулеза. В то же время против распадающегося рака также было отсутствие в мокроте атипичных клеток, воспалительных явлений и увеличения лимфатических узлов в средостении. Опять же ретроспективно это можно отнести на счет подавленности иммунитета многолетним противотуберкулезным лечением (еще один пример тандема туберкулез - рак).

Говоря о роли РКТ в диагностическом процессе у данного больного, стоит заметить, что она уже при первом обследовании позволила точно определить наиболее вероятный диагноз и дать рекомендации для его подтверждения: для этого надо было лишь выполнить биопсию образования в С6 слева. При повторном

РКТ-исследовании все та же переоценка клиники, как и отсутствие увеличения лимфатических узлов в средостении, расширили дифференциально-диагностический ряд. Впрочем, ради объективности стоит заметить, что на втором этапе количество возможных нозологических единиц было пополнено эхинококкозом и даже грибковым поражением еще до РКТ. Последняя не подтвердила этих двух предположений: не определялось характерных для эхинококковой кисты обызвествлений в стенке и жидкостного содержимого, как и признаков инфильтрации и бронхогенного распространения, характерных для грибковой пневмонии. Окончательное слово в диагностическом процессе смогла поставить только видео торакоскопия с биопсией.

#### **Выводы**

Современная диагностика сложных случаев диссеминированного туберкулеза должна быть комплексной, помимо рентгенологических методов, включать эндоскопические, гистологические.

#### **Литература:**

1. Андрухина Г.Я., Сон И.М. Смертность от туберкулеза населения Москвы в 2000 году // Науч. тр. к

75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы.- М., 2001. С. 71-72.

2. Баласанянц Г.С. Остро прогрессирующий туберкулез легких: диагностика, клиника, течение: Дис. . докт. мед. наук. С-Пб., 2000. - 217 с.

3. Дорошенкова А.Е., Бабаева И.Ю. К проблеме диагностики диссеминированного туберкулеза легких // Туберкулез старая проблема в новом тысячелетии: Сб. материалов Международной конференции.- Новосибирск, 2002. -С. 63-65.

4. Кузьмин А.Н. Особенности клинического течения и эффективность лечения больных остро прогрессирующими формами туберкулеза легких: Автореф. дис. . канд. мед. наук. М., 2002. - 32 с.

5. Хоменко А.Г. Туберкулез в России в конце XX века // Врач.- 1996.-№7.-С. 24-26.

6. Хоменко А.Г., Мишин В.Ю. Диагностика и лечение остро прогрессирующих форм туберкулеза // Пробл. туб.- 1996. № 5. - С. 21-23.

7. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце XX века // Пробл. туб. 2001. - № 5. - С. 8-13.

8. Cohn DL. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis. /Cohn DL. // Scand J Infect Dis 1997;29(3):323.

### **Тұжырым ҚҰРДЕЛІ ЖАҒДАЙДА ДИССЕМІНАЦИЯЛАНҒАН ӨКПЕНІҢ ҮДЫРАУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ**

**Т.Х. Сыздықбаев**

**Туберкулезге қарсы күресетін диспансер, Астана қаласы**

*Күнделікті тәжірибелік дәрігер рентгенологтың күрделі жағдайда диссеминерленген туберкулез диагностикалауға арналған мақала.*

**Негізгі сөздер:** туберкулез, диссеминация, диссеминерленген туберкулез

### **Summary COMPLICATED CASE OF DIAGNOSING PULMONARY DISSEMINATION WITH DECAY**

**T.Kh. Syzdykbayev**

**Antituberculosis dispensary, Astana city**

*The article is devoted to the difficult case diagnosis of disseminated tuberculosis in the daily practice of a radiologist*

**Keywords:** Tuberculosis, dissemination, disseminated tuberculosis

**Государственный медицинский университет города Семей**

**Подписано в печать 08.07.2013 г.**

**Формат А4.**

**Объем 9,1 усл.п.л.**

**Тираж 300 экз.**

**Адрес редакции:  
071400, г. Семей  
ул. Абая Кунанбаева, 103**