



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен  
Денсаулық Сақтау  
Наука и  
Здравоохранение**



5' 2011

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

№ 5 2011 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в  
перечень изданий, рекомен-  
дованных ККСОН РК

**Учредитель:**  
Государственный  
медицинский университет  
г. Семей

E-mail: sms@relcom.kz  
selnura@mail.ru

**Адрес редакции:**

071400, г. Семей  
ул. Абая Кунанбаева, 103  
контактный телефон:  
(7222) 56-33-53  
факс: (7222) 56-97-55

РНН 511700014852  
ИИК KZ416010261000020202  
БИК HSBKZZKX  
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

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

Зам. главного редактора:  
доктор медицинских наук  
**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>Жузжанов О.Т.</b>	(Астана)
<b>Жумадилов Ж.Ш.</b>	(Астана)
<b>Иар Лампл</b>	(Израиль)
<b>Икеда Т.</b>	(Япония)
<b>Кулмагамбетов И.Р.</b>	(Караганда)
<b>Кульжанов М.К.</b>	(Алматы)
<b>Ланд Ч.</b>	(США)
<b>Миттельман М.</b>	(Израиль)
<b>Саймон С.</b>	(США)
<b>Сексенбаев Б.Д.</b>	(Шымкент)
<b>Султаналиев Т.А.</b>	(Алматы)
<b>Султанбеков З.К.</b>	(Усть-Каменогорск)
<b>Хамзина Н.К.</b>	(Астана)
<b>Хоши М.</b>	(Япония)
<b>Шарманов Т.Ш.</b>	(Алматы)
<b>Ямашита С.</b>	(Япония)

**Редакционная коллегия:**

**Жуаспаева Г.А., Иванова Р.Л.,  
Раисов Т.К., Каражанова Л.К.,  
Еспенбетова М.Ж., Рахметов Н.Р.,  
Шаймарданов Н.К., Джаксылыкова К.К.,  
Хайбуллин Т.Н., Манамбаева З.А.**

## Содержание

**Вопросы медицинского образования**

<b>Т.А. Адылханов</b>	5
Состояние и перспективы университетской науки в свете реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан»	
<b>А.У. Нуртазина</b>	6
О семейной медицине в Соединенных Штатах Америки	
<b>Лекции, обзоры</b>	
<b>Г.Ы. Какиманова</b>	9
Жүрек қантамыр аурулары қауіп-қатері - төменгі тығыздықты липопротеидтердің төмендету стратегиясы (әдебиеттік шолу)	
<b>Т.Ж. Кылышев</b>	12
Защита больных при рентгенологических исследованиях в медицине: литературный обзор через интернет	
<b>Статьи</b>	
<b>А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбекова, Ж.А. Даулеткалиева</b>	14
Оценка структурно-функционального состояния ядер гепатоцитов при различной мощности СВЧ-облучения	
<b>Е.Б. Платаева</b>	16
Подбор титра цоликлонов для исследования жидкой крови прямой реакцией гемагглютинации на плоскости	
<b>Л.И. Павлова, К.С. Калиева</b>	18
Фторхинолоны нового поколения	
<b>Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, Б.С. Абилова</b>	19
Механизмы устойчивости к $\beta$ -лактамам антибиотикам некоторых микроорганизмов	
<b>Е.Ю. Кравцова, Г.А. Мартынова, Т.Ю. Кравцова, Т.Н. Хайбуллин</b>	21
Динамика показателей окислительной модификации белков сыворотки крови в остром периоде разных подтипов ишемического инсульта	
<b>М.А. Капакова, Д.С. Садыбекова, Ж.Б. Абдилова</b>	24
Эритроцитарлық антигендер және жүрек қантамырлық ауруларына бейімділік	
<b>А.А. Дюсупова, Г.Б. Жумагулова, И.Х. Альпаева, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова, В.Т. Ахметова</b>	26
Аспекты центральной гемодинамики при проведении инфузионно-трансфузионной терапии	
<b>Р.Е. Кулубеков, А.С. Дюсюкенова</b>	27
Некоторые вопросы лечения антиаритмическими препаратами	
<b>А.М. Шулепова, Л.С. Хухарева, Г.Н. Бульгина, А.Х. Жапарова, Е.Ю.Ткаченко</b>	29
Клинический опыт в лечении артериальной гипертензии	
<b>А.С. Дюсюкенова, Р.Е. Кулубеков</b>	30
Рациональная фармакотерапия артериальной гипертензии	
<b>А.М. Шулепова</b>	31
Особенности лечения изолированной систолической артериальной гипертензии у пациентов пожилого возраста	
<b>Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, Г.К. Байханова, М.Т. Сайлаубаева, Г.А. Арутюнян</b>	34
Некоторые вопросы ишемической болезни сердца (краткий обзор)	
<b>А.М. Шулепова</b>	35
Особый подход к клинике, лечению ИБС у пожилых пациентов	
<b>Н.С. Зготова</b>	38
Опыт применения Роксибела у больных внебольничной пневмонией	
<b>С.Б. Имангазинов, М.Т. Жусупова, К.Б. Баймуханова</b>	39
Анализ заболеваемости по ВИЧ/СПИД в Экибастузском регионе	
<b>С.Б. Имангазинов, А.Н. Жапарбеков, М.Е. Сорокина, С.С. Имангазинова, Л.В. Проскура, И.Ф. Левина, С.Б. Сарсенбаева</b>	41
Поражение органов дыхания у ВИЧ-инфицированных	
<b>К.К. Оспанов</b>	43
Профилактика ВИЧ-инфекции в центре крови Павлодарской области	
<b>С.Б. Имангазинов, М.Т. Жусупова, К.М. Баймуханова</b>	44
Результаты дозорного эпидемиологического надзора в Экибастузском регионе среди работников секса за 2008-2010 гг.	
<b>Т.П. Насонова</b>	46
Паранеопластические буллезные дерматозы	
<b>Г.К. Кабышева</b>	47
Клинико-социальная структура больных туберкулезом легких	

<b>К.С. Игембаева, Р.С.Игембаева, Е.А. Ибраев, Н.К. Селиханова, Б.Т. Туйебаева, Г.К. Кабышева, В. Максимова</b> Клиническая структура больных туберкулезом хирургического отделения	49
<b>А.У. Шарипова</b> Проблема избыточного веса у сотрудников правоохранительных органов	50
<b>Г.К. Турдунова, А.С. Керимкулова, Ш.М. Токешева, Г.Р. Даутбаева, К.С. Турдунов</b> Гигиенические аспекты питания и здоровья школьников	52
<b>Б.С. Абилова</b> Сравнительная характеристика микроорганизмов, наиболее часто вызывающих пневмонию у детей	53
<b>С.Б. Мусабекова</b> Пожилой возраст и артериальная гипертензия	54
<b>М.М. Гладинец, М.А. Шацкий, З.С. Сапкин, Г.Ж. Ыгиев</b> Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у больных преклонного возраста	56
<b>К.Т. Адайбаев</b> Анализ результатов лечения больных с парапроктитами	58
<b>К.Т. Адайбаев</b> Новые подходы к диагностике заболеваний прямой кишки	60
<b>Г.А. Азирбаева</b> Клинико-диагностическое значение содержания цитокинов в сыворотке крови больных с гнойными заболеваниями мягких тканей	61
<b>А.И. Заднепровская</b> Оптимизация интенсивной терапии новорожденных детей с хирургической патологией	63
<b>О.В. Дыриев</b> Физическая реабилитация больных при эндопротезировании тазобедренного сустава	64
<b>А.И. Заднепровская</b> Случай анафилактикоидной реакции в виде отека легких у больного на изофлуран	65
<b>Случаи из практики</b>	
<b>Н.С. Зготова</b> Случай паранеопластического синдрома в терапевтической практике (Клиническое наблюдение)	67
<b>М.В. Хен</b> Первичный гиперпаратиреоз (Случай из практики)	68
<b>М.В. Хен</b> Синдром Карпентера (Клинический случай)	69
<b>Т.П. Насонова</b> Случай экстрагенитальной локализации твердого шанкра	71
<b>С.Б. Сарсенбаева</b> Редкое сочетание линейной склеродермии с кавернозной гемангиомой головки полового члена	72
<b>С.Б. Сарсенбаева</b> Кольцевидный красный плоский лишай	73
<b>Материалы ежегодной научно-практической конференции молодых ученых «Актуальные вопросы развития медицинской науки в свете реализации программы «Саламатты Қазақстан», посвященной 20-летию Независимости Республики Казахстан</b>	
<b>А.О. Аймагамбетова</b> Прогностическая ценность изучения цитокиновой активности у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST	74
<b>А.Б. Ахметбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.Н. Саркенова</b> КТ структура аномалий развития головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста по данным МЦ ГМУ г. Семей	75
<b>А.Б. Ахметбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.Н. Саркенова</b> Особенности дегенеративно-дистрофических изменений различных отделов позвоночника	78
<b>Г.Н. Баймусанова, Б.Ж. Сатубалдинова, Г.М. Мысаева, А. Талгаткызы</b> Эффективность использования мизопростола для индукции родов по данным городского клинического родильного дома	79
<b>Г.Г. Галламов, Д.О. Карибаева, Г.Б. Умутбаева, Д.И. Купеншеева</b> Оптимизация диагностики кардиалгии при нейроциркуляторной дистонии в общеврачебной практике	81
<b>Н.Е. Глушкова, Е.Т. Масалимов</b> Национальные модели медико-социальной поддержки молодежи: сравнительный анализ международного опыта и опыта Республики Казахстан	83
<b>С. Губашева</b> Принципы лечения больных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники	86
<b>А.М. Елисинова</b> Краткий обзор детской инвалидности за 2009 год по Восточно-Казахстанской области	87

<b>Н.М. Елисинова</b>	88
Социальный портрет родильниц города Семей и их отношение к факту отказа от ребенка	
<b>Э.И. Есимбекова, К.С. Зуриканов</b>	89
Терапевтические аспекты у больных с острыми нарушениями коронарного кровообращения при антифосфолипидном синдроме	
<b>Е.М. Изтлеуов, А.Н. Зиналиева, М.К. Изтлеуов</b>	90
Влияние «Солодки масло» на метаболические процессы в легких у рабочих хромового производства	
<b>Е.М. Изтлеуов, А.Н. Зиналиева, М.К. Изтлеуов</b>	93
Влияние «Солодки масло» на репарацию сурфактантной системы легких в период после действия соединений хрома	
<b>Г.О. Илдербаева, А.А. Рымбаева</b>	95
Тәжірибе жүзінде шағын мөлшердегі радиацияның иммундық жүйеге әсері	
<b>М.А. Қапақова, Б.К. Кабиева, А. Оралхан</b>	98
Миокард инфарктінің ишемиялық инсульттің үйлесуі кезіндегі аспиринге төзімділік	
<b>Д.Б. Козубаева, Х.С. Жетпісбаева, О.З. Илдербаев, А.У. Оразалина,</b>	99
<b>Н.М. Храмых-Оверченко, А. Мырзахметова</b>	
Иммунды жүйенің бұзылыстарына «Тополін» фитосубстанциясының әсері (экспериментті зерттеулер)	
<b>Н.К. Кудайбергенова</b>	100
Условия труда женщин, занятых на швейной фабрике «Мурагер» города Семей	
<b>Д.И. Купеншеева, Г.Б. Умутбаева, Д.О. Карибаева, Г.М. Хайбуллина, Г.Г. Галламов</b>	102
Тезисы научно-практической работы: «Выявление ранних клинических проявлений ранних хронических гепатитов в условиях семейно-врачебной амбулатории»	
<b>А. Мергентай, Б.Ә. Азанова, Ғ.А. Мусина, Ф.О. Темербеков</b>	103
Алғашқы медициналық-санитарлық жәрдем ұйымдарында тіркелген тұрғындардың шылым шегуіне талдау	
<b>Г.А. Мусина, Б.А. Азанова, Ф.О. Темербеков, А. Мергентай</b>	105
Медико-социальные аспекты проблем лишнего веса	
<b>А.О. Мысаев, Н.Б. Саякенов, Е.Т. Масалимов</b>	109
Социальный портрет погибшего в результате дорожно-транспортного происшествия по Семейскому региону	
<b>Р.И. Назимов, Д.Т. Бакербеков, А.С. Мусабеков, Н. Бугров, А. Писмарева</b>	111
Эффективность TBL технологии в лекционном курсе клинической дисциплины	
<b>Д.Т. Нургалиева, Ж.И. Бешимбаева</b>	113
Влияние системной энзимотерапии на показатели системы гемостаза при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре	
<b>Н.Б. Омаров</b>	114
Результаты эффективности иссечения язвенного субстрата при прободных дуоденальных язвах с использованием мини инвазивных технологий	
<b>А.А. Рымбаева, Г.О. Илдербаева</b>	116
Шағын мөлшердегі гамма-сәуленің алмасу жүйелерге әсері	
<b>У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, К.Д. Турлыбекова</b>	118
Влияние социально-гигиенических факторов на состояние здоровья школьников	
<b>Б.Ж. Сатубалдинова, Г.Н. Баймусанова, С.М. Гамзаева, Н. Нахатова</b>	119
Анализ эффективности хирургического гемостаза по данным городского клинического родильного дома	
<b>Е.Ю. Сухарева</b>	120
Предпосылки развития инклюзивного образования в Казахстане	
<b>Г.Б. Умутбаева, Д.О. Карибаева, Д.И. Купеншеева, Г.Г. Галламов</b>	122
Клинические результаты гирудотерапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени в условиях семейно-врачебной амбулатории (СВА)	
<b>А.Б. Уразаева, Ж.К. Ташимова, Д.С. Таскалиева, С. Губашева</b>	123
Динамика заболеваемости туберкулезом	
<b>З.А. Хисметова, Қ.Д. Тұрлыбекова, Д.М. Битебаева</b>	124
Салауатты өмір салтын қалыптастыру негіздері	
<b>Н.М. Храмых-Оверченко, Д.Б. Козубаева, М. Мардамшина, А. Жампеисова</b>	126
Антиоксидантная и регенеративная терапия хронической экземы	
<b>Н.Ж. Чайжунусова, К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова, А.А. Бекжигитова</b>	128
Қоршаған ортаның ластану факторлары	
<b>Н.Ж. Чайжунусова, К.У. Кембаева, А.А. Бекжигитова, А.А. Алтынбекова</b>	129
Экологиялық қолайсыз аймақтардағы аурушандылық негізгі көрсеткіштері	
<b>Юбилей Жуманбаева Роза Мурзахановна</b>	132

УДК 61:378+614.2 (574)

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ В СВЕТЕ РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН»

Т.А. Адылханов, д.м.н., проректор по научно-клинической работе

*Государственный медицинский университет города Семей*

Миссия Государственного медицинского университета города Семей (ГМУ г.Семей) заключается в подготовке высокопрофессиональных, конкурентоспособных медицинских кадров нового поколения на основе формирования особой среды взаимного сотрудничества преподавателей, студентов и работодателей; внедрения инновационных технологий во все сферы деятельности вуза; стремления обеспечить компетентностный подход в образовании и непрерывное профессиональное обучение на протяжении всей жизни, что также является одним из важных направлений Государственной программы «Саламатты Қазақстан».

ГМУ г.Семей занимает ведущее место по рейтингу МЗ РК среди медицинских ВУЗов Казахстана и НИИ медицинского профиля. В ноябре 2010 года ГМУ г. Семей получил высокую оценку при прохождении процедуры аккредитации Внешней Экспертной Комиссии по всем стандартам. Зарубежный эксперт комиссии, Главный советник Всемирной Федерации Медицинского Образования Лайф Кристенсен отметил по трем позициям соответствие университета лучшим мировым медицинским ВУЗам – в виду наличия собственной клинической базы Медицинского Центра (МЦ) на 530 койко-мест; доступ обучающихся к больным, уровень внедрения инновационных технологий в учебный процесс с возможностью стимулирования ППС. Ведется активная реализация программы трехступенчатого обучения «бакалавриат-магистратура-докторантура PhD», ГМУ города Семей имеет лицензированные программы обучения в магистратуре по специальностям «Общественное здравоохранение», «Медико-профилактическое дело», «Сестринское дело», а также на подготовку врачей в рамках клинической резидентуры по 13 специальностям. В настоящее время университет ставит вопрос перед МОН РК о снижении требований по количеству докторов наук на получение лицензии по резидентуре, что позволит значительно расширить перечень подготовки по клиническим специальностям на местах.

Высокий процент оспетненности ППС подтверждает приверженность сотрудников к научной работе, на сегодняшний день он составляет 48,8%, из них 40 докторов медицинских наук, более 180 кандидатов медицинских наук и 10 академиков, в том числе 1 академик НАН. В ГМУ г.Семей начата подготовка к проведению научно-технической программы, поддержанной Высшим научно-техническим советом при правительстве РК по теме «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска для здоровья населения». Также, учеными нашего университета с 2007 по 2010 год выполнялись 15 внебюджетных НТП, финансируемых республиканскими и зарубежными организациями. За последние три года внедрено в практическое здравоохранение - 54 разработки, получены 108 инновационных патентов, реализованы 3 международных патента.

Университет по результатам оценки рейтингового агентства Томпсон занимает одно из ведущих место по

индексу цитируемости среди казахстанских ученых.

По инициативе ГМУ г.Семей в 2007 года был создан Медицинский научно-образовательный консорциум «ЗЕРДЕ», объединяющий научно-образовательные учреждения республики, крупные лечебные учреждения области. Основными задачами консорциума являются: улучшение качества подготовки медицинских кадров; внедрение ядерных технологий в медицину; интеграцию медико-социальных проектов в ПСМП. Проведенный, совместно с практическим здравоохранением, комплекс мероприятий позволил за 3 года втрое снизить показатели материнской смертности по г. Семей с 56,8 на 100 тыс. новорожденных в 2008 году до 14,4 в 2010 году. Значительно снизились показатели младенческой смертности. Так, если данный показатель в 2008 году был по г. Семей - 19,6, то в 2010 г. он снизился до 14,7.

В ГМУ г.Семей функционирует Совет молодых ученых и Студенческое научное общество (СМУ и СНО). Молодые ученые и студенты являются призерами многих международных форумов, конференции, в том числе международной премии медицинского университета г.Нагасаки (Япония).

Ежегодно проводится международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье», в этом году итогом конференции была принята резолюция участниками из Швеции, Японии, России, Киргизии и Казахстана. За 2010 год в ГМУ г. Семей опубликованы - 614 статей, из них 16 в журналах с импакт-фактором, 459 тезисов и 90 докладов на международных конференциях. Общий импакт-фактор ученых ГМУ г. Семей - 112,7.

В целях расширения обмена опытом в области медицинской науки ГМУ г.Семей осуществляет международную деятельность. На данный момент университетом заключены договора о научном сотрудничестве с 13 зарубежными университетами и научными учреждениями, в том числе по совместной подготовке докторов PhD, магистрантов. В рамках международного сотрудничества Государственный медицинский университет г.Семей регулярно посещают зарубежные коллеги для проведения мастер-классов и семинаров по самым актуальным вопросам медицинской науки. За последние 2 года проведено 11 мастер классов профессорами Японии, Сингапура, России и др.

В рамках международного сотрудничества сотрудники нашего университета проходили стажировки и обучение за рубежом в Израиле, Сингапуре, Швеции, США, Австралии, Дании, Японии, Южной Кореи, Канаде и Италии. Также университет принимал активное участие в пилотном проекте «Клиники, дружественные к молодежи» ЮНИСЕФ, ЮСАИД, ЮНФПА совместно в АФЕУ и при поддержке Европейской Комиссии, который был внедрен в клиниках региона.

Обеспечен доступ сотрудников и обучающихся к сети Интернет и Кохрановской Библиотеке в Ресурсном Центре на базе МЦ ГМУ г.Семей и в Центре Доказательной Медицины. 6 раз в год в ВУЗе выходит журнал «Наука и здравоохранение», который входит в список

журналов, рекомендуемых ККСОН МОН РК, где имеют возможность публиковать бесплатно статьи молодые ученые университета. В печатной форме издается газета «Медицина для всех».

Цель Государственного медицинского университета г. Семей - его поэтапная трансформация в «Исследовательский Университет».

Много сделано коллективом университета, но еще больше предстоит сделать в будущем, что бы университетская наука была органичной частью международного научного пространства. При этом считаю, что одним из главных акцентов должно быть сделано на развитие медицинской генетики, включая фармакогенетику. Для этого предстоит в рамках выполнения научно-технических программ укрепление базы генетической лаборатории университета. Есть большие возможности развития науки в рамках создаваемого с будущего года МЗ РК центра иммуногистохимических исследований в

г. Семей, что позволит собрать уникальный научный материал по генетическому и клиническому течению различных форм рака и проводить соответствующую их таргетную терапию. Актуальным остается создание банка биоматериалов с учетом особенностей нашего региона, что представляет значительный интерес для совместного исследования отечественными и зарубежными учеными. Другими важными вопросами остается увеличение количества публикаций в международных рецензируемых изданиях, получение международных патентов на изобретение, а также коммерциализация результатов научных исследований. Все это неполный перечень вопросов стоящих перед нами в недалекой перспективе. Разумеется, для этого необходима подготовка ученых новой формации с широким научным кругозором, опирающихся на самые передовые научные знания и идеи, использующие глубокие традиции, опыт, знания старшего поколения.

УДК 614.2 (73)

## О СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ В СОЕДИНЕННЫХ ШТАТАХ АМЕРИКИ

*Отчет о поездке в США доцента кафедры амбулаторно-поликлинической помощи Государственного медицинского университета города Семей Нуртазиной А.У.*

**Благодарность.**

**Выражаю большую благодарность организаторам и спонсорам моей поездки семейному врачу Дэвиду Кюттеру с супругой Хильдой и ассоциации семейных врачей Казахстана в лице ее президента профессора Нугмановой Д.С.**

*В сентябре этого года по приглашению кафедры семейной медицины Университета Висконсин мне предоставлялась возможность познакомиться с работой семейных врачебных клиник (аналогично нашим центрам ПМСП) и резидентуры по семейной медицине университета Висконсин (г. Мэдисон, штат Висконсин) в городской и сельской местностях в течении 2-х недель. Второй частью моей поездки было участие и представление стендового доклада на ежегодной конференции семейных врачей США AAFP в г. Орlando штата Флорида.*

*В университете Висконсин я была включена в штат преподавателей кафедры семейной медицины университета на период пребывания, мне определили руководителя - семейного врача Дэвида Кюттера, широко известного среди семейных врачей Казахстане по его многолетнему сотрудничеству с ассоциацией семейных врачей республики и оказывающему большую консультативную помощь практическому здравоохранению и преподавателям кафедр семейной медицины нашей страны.*

### **Семейные врачебные клиники**

В ходе своего программы я посетила семейные врачебные клиники (СВК) и стационары St. Mary's Hospital в Мэдисоне, Барабу (Medical Associates Clinic) и Вероне (St. Clare Hospital), где встречалась с семейными врачами и наблюдала работу резидентов. Барабу и Верона – небольшие поселки городского типа с населением каждый около 10 000-12 000 и обслуживающими также территорию вокруг около 30 000 населения. Общее впечатление - медицина и медицинское образование США находятся на очень высоком уровне, все продумано и постоянно совершенствуется в пользу дела и максимального использования потенциала врача и его профессионального развития. СВК – это современное 3-х этажное здание, включая цокольный этаж с достаточно просторными холлами ожидания для больных, детской площадкой, регистратурой, рентген-кабинетом, ЭКГ, УЗИ, небольшой лабораторией для проведения основных анализов, процедурным кабинетом, несколькими комнатами для осмотра больных, включая гинекологический кабинет; каждый врач имеет свой персональный кабинет с компьютером, доступом в интернет, а также есть библиотека, где можно найти наиболее важные периодические издания, которые можно распечатать

или копировать. Заполнение дневников в электронном формате проводится в общей большой комнате, где расположено несколько компьютеров, за которыми работают врачи. Доступ к базе данных и электронным амбулаторным картам возможен также в рабочих кабинетах врачей, комнатах для осмотра больных, регистратуре. Есть врачебная для дежурств, а также ординаторская. У резидентов – своя большая комната, поделенная на секции для каждого из них с персональным компьютером и средствами множительной техники. Большое значение придается обучению больных, любую информацию для больного можно тут же распечатать. Несмотря на наличие залов ожидания для больных на каждом этаже, создается впечатление, что в СВА - пустота, потому что каждый больной приходит к своему времени. Чтобы обеспечить четкость и слаженный механизм расписания врачей, над этим работает специальный штат, это, как правило, две медсестры на цокольном этаже СВК, которые принимают и обрабатывают телефонные звонки пациентов. Они классифицируют их по значимости/срочности, скорости обслуживания (сегодня, завтра или через две недели, например), уровнем обслуживания (врач, медсестра, фельдшер, социальный работник и т.д.). В целом, общий штат мед-

сестер большой. Каждую неделю для врачей проводятся конференции в рамках непрерывного профессионального образования, в виде лекций и семинаров по интересующим темам, которые засчитываются по часам в необходимый объем часов. Эти лекции проводятся специалистами на уровне экспертов в своей области, часто имеющие ученые степени и высокую репутацию в профессиональной среде. На цокольном этаже работают вспомогательные службы, включая архив амбулаторных карт в бумажном варианте, бухгалтерию, вспомогательные службы и 2-х медсестер, принимающих и сортирующих звонки от больных. Узкие специалисты консультируют больных дважды в неделю.

Общая (семейная) врачебная практика включает в себя амбулаторный прием, оказание неотложной помощи, вызовы и активы на дому, доме престарелых и работу в стационаре.

В США нет территориального разделения на врачебные участки, действует принцип свободного прикрепления как в пределах территории, на которой расположена СВК, так и за ее пределами.

Семейные врачи США смотрят взрослых больных, детей, гинекологических, беременных на уровне ПМСП, принимают роды, проводят кесарево сечение, выполняют процедуры малой хирургии, ведут больных в стационаре, ассистируют на операциях общего хирургического профиля, работают в кардиоПИТ, в кабинете экстренной помощи, в отделении новорожденных. В перечень диагностических процедур, выполняемых семейными врачами входят: ЭКГ (88%), дерматологические процедуры (82%), установление ВМС, мазки из влагалища, наложение акушерских щипцов, (80%), спирометрия (56%), аудиометрия (56%), тимпанометрия (45%), гибкая сигмоидскопия (43%), обзорная рентгенография грудной клетки (43%), рентгенография других органов (43%), кольпоскопия (35%), вазэктомия (29%), холтеровское мониторирование (27%), тонометрия (23%), жесткая сигмоидскопия (14%), ЭКГ стресс-тесты, тредмил (13%), ультразвук в акушерстве/гинекологии (123%), ларингоскопия (11%), назофарингоскопия (11%).

Среднее количество обслуживаемых больных за неделю:

- на амбулаторном приеме – 100
- в стационаре – 11.9
- дома престарелых – 4.1
- вызов на дом – 0.4

Семейные врачи и акушерство/гинекология:

Прием родов – 32%

Наложение акушерских щипцов – 14;

Кесарево сечение – 6%.

#### **Резидентура по семейной медицине**

Рабочая программа резидентуры по семейной медицине США объединяет следующие дисциплины:

- Ведение терапевтических больных – 8 месяцев, из них 6 месяцев – стационар, включая работу в кардио ПИТ и кардиологическом отделении;

- Материнство и гинекологическая помощь: акушерство – 2 месяца (самостоятельный прием не менее 40 родов) и гинекология – 140 часов;

- ведение хирургических больных: общая хирургия – 2 месяца; хирургические дисциплины, включая урологию, офтальмологию, ЛОР; ортопедия – 140 часов;

- спортивная медицина – 1 месяц;

- экстренная и неотложная помощь – 1 месяц;

- ведение новорожденных, младенцев до года, детей и подростков – 4 месяца;

- профессиональные болезни;

- ведение пожилых больных (гериатрические клиники и дома престарелых);

- ведение заболеваний кожи и ее дериватов (дерматология): 60 часов;

- поведение человека и психическое здоровье (50% заболеваний возникают вследствие поведенческих дефактов);

- визуальная диагностика и ядерная медицина;

- менеджмент;

- научное исследование;

- элективы - 3-6 месяца.

Качество подготовки в резидентуре по семейной медицине университета Висконсин в США высоко котируется. Резидентура в Мэдисоне и в Барабу являются одними из лучших в США. Конкурс поступления высокий. Директор резидентуры по семейной медицине в Барабу д-р Джим Деймос рассказал об основных направлениях семейной медицины в сельской местности и особенностях резидентуры. Джеймс Деймос прежде работал на кафедре семейной медицины в г. Мэдисон в течение 12 лет, был директором резидентуры достиг уровня профессора...и решил уехать в сельскую местность работать семейным врачом. Совместно со своим коллегой Джоном Бизли он является автором и первым редактором национальной программы «Экстренная помощь в акушерстве. Продвинутый уровень» (Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) для врачей, акушер-гинекологов и медсестер (1991). Он также входит в список лучших семейных врачей сельской местности США 2011 года ([www.aafp.org](http://www.aafp.org)).

Резиденты, обучающиеся семейной медицине очень сильные. Одна из них, Элизабет Матера, например, резидент 1-го года - окончила Гарвардский университет (английская литература) до поступления в медицинскую школу университета Висконсин, другая, Карен Суоллен, мать троих детей, бывшая преподаватель по социологии Висконсинского Университета, где она преподавала в течение 6-ти лет, после MPH, PhD решила поступать в медицинскую школу Висконсин Университета. Сейчас она уже резидент уже 2-го года обучения. Уэсли Харден, резидент 2-го года обучения, ранее выпускник Стэнфордского университета, который, как известно, часто возглавляет список лучших университетов США. Уэсли в совершенстве владеет испанским языком, приехал из Техаса, хочет быть сельским семейным врачом. И таких примеров много. Продолжительность резидентуры по семейной медицине 3 года, из них 1-й год совмещается с интернатурой. Учитывая то, что семейные врачи в США также ведут больных в стационаре, резидентура 1-го года обучения включает 80% работы резидентов в клиниках с ведением палат. 2-й год обучения в основном сфокусирован на амбулаторно-поликлиническом этапе (80%) и 20% - в стационаре. 3-й год резиденты обучаются в СВА. Преподаватели в резидентуре, они же опытные семейные врачи, не имеют отдельной оплаты за свой труд, что компенсируется регулированием врачебной нагрузки в зависимости от количества и года обучения резидента. Если резидент 1-го года смотрит больных 2 раза в неделю по ½ рабочего дня, то у к концу резидентуры (3-й год) – 5 раз в неделю. ½ рабочего дня составляет 4 часа, из которых 3 часа – работа с больными, 1 час – работа с диктофоном (в стационаре). Больного самостоятельно принимает резидент, который затем просит его немного задержаться, далее резидент докладывает больного врачу, который, тут же, заполняет электронную амбулаторную карту на этого пациента. Затем резидент возвращается к больному уже с врачом, задающим 1-2 контрольных или дополнительных вопросов в зависимости от уровня резидента и степени сложности клинического случая.

Другой особенностью резидентуры по семейной медицине в США является то, что обучение проводится не только в городах, но и в сельской местности, где расположены филиалы резидентуры, нацеленные на подготовку кадров для своих СВА. Таким образом, поступающие в такую резидентуру уже заранее знают, где они будут работать и начинают знакомиться со своим населением еще, будучи резидентами. Такой подход обеспечивает высокую мотивацию у резидентов и способствует качественной, по-возможности, планомерной и психологически адаптированной укомплектации врачевными кадрами сельских клиник. Основным принципом в расписании резидентов – ротация по основным дисциплинам. Работа резидентов в стационаре, на дежурствах и отчасти в СВА построена на принципе работы в команде: ведущим является резидент 3-го года, который разрешает все необходимые моменты в диагностике и лечении больного, например, вновь поступившего, ему подчиняются, соответственно, резиденты 2-го и 1-го года. Каждый из них выполняет свой объем работы, при возникновении вопросов или сложностей они обращаются за помощью к резиденту 3-го года обучения, который, в свою очередь, например, докладывает на утренней конференции результаты ночного дежурства преподавателю – консультанту/практикующему врачу этого отделения, где базируется резидентура по семейной медицине. Максимальный объем часов врачебных дежурств резидента за неделю – не более 80. Максимальная продолжительность дежурства: для резидентов 1-го года обучения – 16 часов, для 2 и 3-го года обучения – 24 часа в стационаре. Каждый резидент имеет руководителя. Для резидентов 1-го года это – директор резидентуры, со 2-го года резидент сам себе подбирает руководителя наиболее подходящего для него, в том числе и в психологическом плане. Если семейный врач/преподаватель резидентуры имеет 1-го резидента, его нагрузка уменьшается вдвое, если резидентов более чем 1, то больных он не ведет, а контролирует и руководит резидентами, ведущими его больных.

#### **Ежегодная конференция Американской Академии Семейных врачей**

В конференции, проводившейся в Орlando (штат Флорида) участвовало около 8 000 человек. На церемонии открытия выступил Ронан Тинан, ирландский тенор, врач и чемпион по атлетике среди инвалидов. Его речь, полная юмора, вдохновения и музыки, была направлена на преодоление препятствий, реализации возможностей и жизни в полную меру. Ронан Тинан родился с врожденной аномалией обоих нижних конечностей и в возрасте 20 лет перенес ампутацию обеих ног. Через год он участвовал в Параолимпийских Играх, где завоевал 18 золотых медалей. Затем он стал врачом-ортопедом по спортивным травмам. В 1998 году он присоединился к группе «Ирландские теноры», завоевав международную известность. Его последний альбом «Спой мне ирландскую песню» включает в себя сборник наиболее популярных ирландских песен.

Секция «Международное сотрудничество «Врачи с Сердцем» отмечала свой 20-летний юбилей. Были приглашены представители развивающихся стран (около 30 человек) и врачи США, участвовавшие в проектах международной организации «Врачи от сердца к сердцу» по оказанию помощи здравоохранению развивающихся стран. Из стран центрально-азиатского региона в значительной части докладов упоминался Кыргызстан.

Среди фотографий выставки были фото из Казахстана. Американские врачи с теплотой вспоминали людей, с которыми довелось общаться во время этих проектов. Среди выступавших были бывший президент ААФР (Академия семейных врачей США), а теперь президент WONCA (Всемирная организация семейных врачей) профессор Ричард Робертс (Кафедра семейной медицины, университет Висконсин), Роберт Хиггинс, бывший президент ААФР.

Пленарное выступление «Восстановление эмоционального, физического, финансового и временного компонента обратимости при перегруженном ритме жизни» было проведено Ричардом Свенсоном, известным в стране футуристом, врачом-исследователем, автором и преподавателем, членом ООН, Конгресса, NASA и Пентагона. Зал, примерно на 3000 человек, был полон несмотря на 7.30 утра. Д-р Свенсон – автор семи книг, среди которых бестселлеры «На краю» и «Синдром перегруженности». В своем выступлении д-р Свенсон провел анализ как хроническая перегрузка и стресс соотносятся с прогрессом, органичениями и рабочей нагрузкой. Почему прогресс аксиоматично ведет к увеличению стресса, осложнениям, ускорению, повышению интенсивности ритма жизни и перегрузкам. Чтобы помочь врачам балансировать между профессиональным ростом/карьерой и личной «безопасностью» им был сформулирован план практических шагов по преодолению этой распространенной проблемы.

Всего было предложено 150 лекций/семинаров по непрерывному профессиональному образованию. За время конференции я посетила 8 из них.

Секция стендовых докладов включала 36 постера. Мой доклад назывался "Видеоконсультирование в медицинском образовании". Данный метод оценки практических знаний врачей-интернов был мною внедрен несколько лет назад на кафедре семейной медицины после обучения по развитию ПМСП в Казахстане. Этот метод контроля и оценки клинических навыков в работе с больными широко используется на Западе. Во время моих посещений американских СВК я наблюдала в одной из них как семейный врач/сотрудник кафедры семейной медицины обсуждал видеозапись с резидентом.

Во время представления моего доклада ко мне подходили участники конференции, спрашивали о Казахстане, медицинском образовании, семейной медицине. Доклад представлялся ежедневно с 9.00 до 10.30 на секции стендовых докладов, в течении этого времени мы отвечали на вопросы и участвовали в дискуссиях и беседах по теме доклада. В остальное время посещали лекции по выбору (СМЕ) и выставки мед препаратов. Семейные врачи здесь могут заранее зарегистрироваться на интересные темы лекций и семинаров (СМЕ), которые затем засчитываются в виде часов по накопительной системе непрерывного профессионального образования.

В заключение хотелось бы сказать, что за время, проведенное в клиниках штата Висконсин и участие в конференции Американской академии семейных врачей я приобрела значительный объем практической информации и полезного опыта, а также, что немаловажно, большой заряд энтузиазма от общения с сотрудниками кафедры семейной медицины Висконсин Университета, преподавателями/семейными врачами резидентуры по семейной медицине и просто интересными людьми и профессионалами своего дела.

УДК 616.127+591.111.4

## ЖҮРЕК ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ ҚАУІП-ҚАТЕРІ - ТӨМЕНГІ ТЫҒЫЗДЫҚТЫ ЛИПОПРОТЕИДТЕРДІҢ ТӨМЕНДЕТУ СТРАТЕГИЯСЫ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Г.Ы. Какиманова

Семей қ. ЖМЖА, Стационар алмастыру бөлімшесі

Резюме

### СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА – ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ

*Крупные исследования показали преимущества снижения уровня ЛПНП с целью уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний, однако остается значительный остаточный риск, особенно у пациентов с СД. Остаточный риск возникает в основном из-за низкого уровня ЛПВП и высокого уровня ТГ. NCEP рекомендует применять фибраты или ниацин, как дополнительную терапию при комбинированной дислипидемии. Продолжающиеся исследования должны продемонстрировать преимущества применения комбинированной терапии при кардио-васкулярных заболеваниях.*

Summary

### STRATEGIES TO REDUCE OF CARDIOVASCULAR RISK – LYOPROTEINS OF LOW DENSITY

The main investigations show the benefits of decreasing of level LPLD to reduction the risks of cardio-vascular diseases, however, significant residual risks may stay in patients, especially with diabetes mellitus. Residual risk arises mainly at low level of LPHD and high level of TG. NCEP recommends the use of fibrates and niacin as additional therapy with combined dyslipidemia. Ongoing studies have to demonstrate the benefits of combined therapy in cardio-vascular diseases.

#### Науқастарға статинды ем жүргізгеннен кейінгі жүректің ишемиялық ауруларының қаупі.

Жүргізілген зерттеулердің нәтижелері статинді қолдану көп жағдайда тиімді болғанмен, қант диабеті (ҚД) кезіндегі жүректің ишемиялық аурулар (ЖИА) тобының қаупін толық көлемде төмендете алмайды [1, 2, 5-10]. Кардиоваскулярлық қауіп туралы Cholesterol Treatment Trialists (CTT) зерттеуінде келтірілген. Жүргізілген 14 метаанализ 90056 науқастарда ЖИА қаупі өте жоғары деңгейде болғаны анықтап, емнің қауіпсіз және тиімді екендігін және жүрек-қантамыр ауруларының төмендегенін растады. Төмен тығыздықты липопротеид мөлшерінің 39 мг/дл дейін төмендеуі, өз кезегінде 20% адамдардың миокард инфарктынан, тәждік ревазуляризациясынан болатын өлімділіктің азаюын байқатты [15].

**Атерогенді дислипидемия.** Қантты диабет және метаболизмдік синдромдар - үшглицеридтің жоғарғы дәрежесімен, төмен тығыздықты липопротеид деңгейінің көтерілуімен және жоғары тығыздықты липопротеид деңгейінің төмендеуімен көрінетін атерогенді дислипидемияға байланысты [12].

Осындай дислипидемия ЖИА дамуына деген қауіпті жоғарылатады.

АҚШ-тың холестерин бойынша ұлттық білімді бағдарламасына сәйкес (NCEP ATP 3) үшглицеридтердің мөлшерінің жоғарылауы атерогенді қалдықты липопротеидтердің [3] маркері болып табылады.

Атерогенді қалдықты липопротеидтер – өте төмен тығыздықты липопротеидтер болып есептеледі.

Үшглицеридтер және өте төмен тығыздықты липопротеидтер жоғары тығыздықты липопротеидті емес холестерин түзеді. Сонымен қатар, NCEP 3 бағдарламасында жоғарғы тығыздықты липопротеидтердің холестерині - санау арқылы анықталатыны берілген. Ол үшін жоғарғы

тығыздықты липопротеидтердің холестеринін жалпы холестериннен ажыратып санап есептейді. Үшглицеридтің деңгейі >200 мг/дл болады. Атерогенді дислипидемияның барлық 3 компоненті: Жоғары тығыздықты липопротеидтердің холестерині, төмен тығыздықты липопротеидтің холестерині, үшглицерид бір – бірімен байланысты және әрқайсысы ЖИА дамуының негізгі себепші факторлары бола алады.

**Төмен тығыздықты липопротеидтердің** холестерині дегеніміз - төмен тығыздықты липопротеидтер мен липидті холестериннің қосындысы болып табылады. Липопротеидті холестерин-холестерин эфирі түрінде болады және олар төмен тығыздықты липопротеидтердің холестеринін түзеді. Липопротеидтер - холестерин эфирінің мөлшері мен құрамына байланысты ажыратылады. Сондықтан, ұсақ төмен тығыздықты липопротеидтер саны қанда холестеринмен бірдей көтерілуі де мүмкін. Мысалы: ұсақ төмен тығыздықты липопротеидтердің саны жоғары болуы да мүмкін. Осының өзі, өз кезегінде ЖИА дамуына қауіпті жоғарылатады [13].

**«Жоғарғы тығыздықты липопротеидтер** - липидтердің бауырға қайта өтуіне көмектеседі. Жоғары тығыздықты липопротеидтің холестерин деңгейінің төмендеуі - ЖИА ауруларының дамуына әкелетін, аса қауіпті фактор болып табылады [3]. Обсервациялық зерттеу жүргізген кезде: ЖИА дамуының қауіптілігі 2-3% төмендеуі жоғары тығыздықты липопротеид деңгейінің 1 мг/дл жоғарылауымен байланысты [14]. TNT (Treating to New Targets) зерттеуі ЖИА даму қауіптілігі төмендеген науқастар мен жоғары тығыздықты липопротеидтің деңгейі одан әрі көтерілген науқастар арасында жүргізілді [15]. Бірақ бұл механизм толық анықталмаса да жоғарғы тығыздықты липопротеид холестеринінің антиатерогенді тиімділігі, холестериннің кері транспортының, антиоксидантты

және қабынуға қарсы қасиеттерінің нәтижесі болуы мүмкін деген болжам жасалды. Сонымен қатар, холестерин эфирін тасымалдаушы ақуыздар жоғары тығыздықты липопротеидтердің холестерин бөлшегінің мөлшерін анықтауда маңызды роль атқарады [16]. Холестерин эфирін тасымалдаушы ақуыздар - бауырда синтезделетін плазманың ақуызы. Холестерин эфирін тасымалдаушы ақуыздар жоғары тығыздықты липопротеид холестериннің эфирінің жойылуын іске асырады. Нәтижесінде ЛХАТ (лецитилхолестер-олацилтрансфераза) түзіледі де холестериннің гепатоциттерден плазмаға қарай үздіксіз қозғалысы дамиды. Бұл - жоғары тығыздықты липопротеидтердің холестерин эфиріне, өте төмен тығыздықты липопротеидтар құрамына кіретін үшглицеридтердің алмасуын жеңілдетеді. Нәтижесінде өте ұсақ тығыздықты липопротеид түзіледі. Жоғары тығыздықты липопротеидтің холестериннің ұсақ бөлшектері бүйрек арқылы оңай шығарылады. Олар өз кезегінде жоғары тығыздықты липопротеидтердің холестерин бөлшегінің санының төмендеуіне алып келеді.

**Үшглицеридтердің** тәуелсіз болжамдық мағынасы PROVE IT-TIMI-22 (Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infectious Therapy Thrombolysis in Myocardial Infarction) зерттеуінде анықталды [4]. Жүргізілген зерттеу стационарлық жағдайда жедел тәждік синдромы бар науқастарға жүргізілген статиндік емнің қарқындылығын көрсетеді. 2 жыл бойы бақылауға алу барысында науқастарда төмен тығыздықты липопротеидтердің холестерин деңгейі  $>79\text{мг/дл}$  болуына байланысты жүрек патологияларымен ауыру жағдайлары төмендеген. Сонымен қатар, төмен тығыздықты липопротеидтер мен үшглицеридтер арасындағы байланыс анықталып, олардың әсерінен ЖИА дамуына байланысты зерттеулер жүргізілді. Бірнеше деңгейлік тексеруден кейін үшглицеридтің деңгейі  $<150\text{мг/дл}$  болатын науқастар тобын үшглицеридтің деңгейі  $>150\text{мг/дл}$  болатын науқастар тобымен салыстырғанда [4] ЖИА даму қаупі анықталды.

**Төмен тығыздықты липопротеидтің холестеринін қалыпқа келтіруге негізделген терапия.** Қант диабетінің АҚШ-тық ассоциациясы мен NCEP-ке сәйкес төмен тығыздықты липопротеид холестерині - липидті статусы қалыпқа келтірудің ең бірінші мақсаты болып табылады. Жоғары айтылғандай ЖИА дамуының қауіп факторы болып табылатын бірнеше атерогенді бөлшектер бар [3, 16]. Американдық кардиолог ұжымдары мен қант диабетінің ассоциациясының анықтауы бойынша: жүрек-қантамыр жүйелерінің аурулары мен қант диабетімен ауратын науқастардағы жүрек ауруларының қауіп факторлары - шылым шегу, АГ, генетикалық бұзылыс-тар болып табылады. Жоғары қауіп топтарының мағынасы: Төмен тығыздықты липопротеидтер  $<70\text{мг/дл}$ ; Төмен тығыздықты липопротеидтік емес холестерин  $<100\text{мг/дл}$ ; Аполипропротеин  $\beta <80\text{мг/дл}$ . Статиндер таңдау препараттары болса да комбинирленген терапия барлық липидтерді қалыпқа келтіруі мүмкін [18].

**Кардиоваскулярлық қауіпті статин көмегімен модификациялау.**

#### 1. Омега-3 май қышқылдары.

2007 ж. липидтің ұлттық ассоциациясы: омега-3 май қышқылдар емі үшглицеридтердің деңгейін төмендетудегі қауіпсіз манипуляция деген қорытындыға келген [19]. Обсервациялық зерттеулер кардиоваскулярлық бұзылыстардың жақсаруын, жүрек аритмиясының төмендеуін, жүрек ауруларынан болатын кенеттен өлім және артериялық қысым азайғанын көрсетті [20]. Бірақ омега-3 май қышқылдарының үшглицерид деңгейін түсіретіні толық анықталмаған. Кейбір зерттеулер төмен тығыздықты липопротеидтің холестерин деңгейін жоғарылату,  $\delta$ -3 май қышқылдарының жоғары мөлшерін қолдану арқылы іске асырылатынын көрсетеді.

JELIS (Japan Era Lipid Intervention Study) зерттеуінде статин және омега-3 май қышқылдарымен аралас емдеуді монотерапиямен салыстырды [21]. Аралас емді статинді монотерапиямен салыстырғанда тәждік патологияның 19% төмендегені бақыланды.

#### Ниацин.

Никотин қышқылы - жоғары тығыздықты липопротеидтің холестерин деңгейін жоғарылатудағы ең тиімді препарат болып табылады [28]. The Coronary Drug Project (CDP) жобасы 1966 жылдан 1975 жылдар аралығында рандомизирленген әдіс ретінде науқастар арасында зерттеу жүргізілді [25]. Ниацин тобында біріншілік өлімділік деңгейі төмендемеді. Бірақ ЖИА-нан болатын өлім және цереброваскулярлық патологиялар азайды.

Моностатинді терапияны комбинирленген (статин+ниацин) терапиясымен салыстырғанда, соңғысы дислипидемиялық өзгерістері бар науқастарға қауіпсіз әдіс болып табылады [22, 25]. NATS клиникалық зерттеулерінде 160 науқаста жоғары тығыздықты липопротеид төмен мөлшерде болды және төмен тығыздықты липопротеид мөлшері  $<145\text{мг/дл}$  көрсетті. Тәждік ангиография негізгі визитте және соңғы 2 жылда жүргізілді. Тәждік зерттеудің соңында ангиография нәтижесінің өзгерісі біріншілік кардиоваскулярлық жағдайдың пайда болуы, яғни миокард инфаркты, өлімділік, тәждік ревааскуляризация және инсульттік жағдайлар бағаланып, авторлар төменгі тәж артериясының патологиясын емдеу барысында науқастарда атеросклероздың жеңіл регрессиясының дамуына әкеледі деген қорытындыға келді [22].

**Фибраттар және фенофибраттар.** Фибраттар  $\alpha$ -рецепторларды белсендіру жолымен әсер етеді. Олар липидті метаболизмнің бірнеше аспектілерін модельдейді. Бұл экспрессия жоғарылау немесе төмендеумен жүзеге асырылады. Сонымен қатар, олар жоғары тығыздықты липидтердің холестеринінің бөлшектік санын жоғарылатады [19, 25]. Фибраттар липопротеидлипазаның синтезін жоғарылатады. Ол өз кезегінде үш глицеридтердің төмендеуін және өте төмен тығыздықты липопротеидтердің продукциясын іске асырады. Фенофибратпен терапия жөнінде FIELD (Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes) зерттеуінде тестілеу өткізілді [23]. Фенофибратпен терапия нәтижесінде ЖИА 11%, миокард инфаркты 24%, тәждік ревааскуляризация 21% төмендеген. Сонымен қатар, қант диабетінің ұсақ қантамырлық асқинуларға әкелуі, микроальбуминурия, диабеттік ретинопатия және ампутацияға әкелуі қарастырылды. Фенофибраттарды қолдану қант диабетімен ауратын

науқастарда травмалық емес ампутациялардың санын азайтып, фенофибраттың тиімділігін көрсетті [24].

#### **Фибраттар мен статиндердің комбинациясы.**

Фибраттардың дислипидемияның барлық аспектілеріне әсері статинмен бірге қолданса тиімділігі жоғарылайды [24]. Бірақ екі топтың дәрілері де миопатияны дамытады, яғни ол дәрілердің фармакокинетикалық әсеріне байланысты [24-25]. Фенофибраттар статиндердің метаболизміне әсер етпейне байланысты статинмен комбинациясы қауіпсіз болып келеді. NLA зерттеуі фармакокинетикалық ерекшеліктерді ескере отырып, гемфиброзил мен статиннің комбинациясын қолдануға болмайды деп есептейді.

NCEP АТР-3 2004 ж гемфиброзилден өзгеше, фенофибрат пен статин комбинациясы миоцит деңгейін көтермейтіндігін анықтады [24, 25].

#### **Қорытынды.**

Көптеген зерттеулер төмен тығыздықты липопротеидтер деңгейінің төмендеуі, жүрек қантамыр жүйесінің ауруларына қауіптің азаюына әкеледі деген. Бірақ, қант диабетімен ауратын науқастарда қауіп-қатер факторлары төмендемеген. Қосымша қауіп жоғары тығыздықты липопротеидтің төмендеуі мен үшглицеридтің жоғарылауы кезінде көрінеді. NCEP аралас дислипидемия кезінде фибрат немесе ниацинді қосымша терапия ретінде қолданғанды дұрыс санайды.

#### **Әдебиеттер:**

1. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study(4S) // *Lancet*. 1994; 344 (8934): 1383-1389.
2. Sacks F.M. et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators // *N Engl J Med*. 1996; 335 (14): 1001-1009.
3. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report // *Circulation*. 2002; 106 (25): 3143-3421.
4. Miller M. et al. Impact of triglyceride levels beyond low-density lipoprotein cholesterol after acute coronary syndrome in the PROVE IT-TIMI 22 trial // *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51 (7): 724-730.
5. Shepherd J. et al. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial // *Lancet*. 2002; 360 (9346): 1623-1630.
6. Sever P.S. et al. 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 (9364):1149-1158.
7. Davidson M.H. Reducing residual risk for patients on statin therapy: the potential role of combination therapy. *Am J Cardiol*. 2005;96(9A): 3K-13K; discussion 34K-35K.

8. Collins R. et al. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial // *Lancet*. 2003; 361 (9374): 2005-2016.

9. Shepherd J. et al. Effect of lowering LDL cholesterol substantially below currently recommended levels in patients with coronary heart disease and diabetes: the Treating to New Targets (TNT) study // *Diabetes Care*. 2006; 29 (6): 1220-1226.

10. Kearney P.M. et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis // *Lancet*. 2008; 371 (9607): 117-125.

11. Baigent C. et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins // *Lancet*. 2005; 366 (9493):1267-1278.

12. Garvey W.T. et al. Effects of insulin resistance and type 2 diabetes on lipoprotein subclass particle size and concentration determined by nuclear magnetic resonance // *Diabetes*. 2003; 52 (2):453-462.

13. Otvos J.D. et al. Measurement issues related to lipoprotein heterogeneity. *Am J Cardiol*. 2002; 90 (8A): 22i-29i.

14. Gordon D.J. et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. Four prospective American studies // *Circulation*. 1989; 79 (1): 8-15.

15. Barter P. et al. HDL cholesterol, very low levels of LDL cholesterol, and cardiovascular events // *N Engl J Med*. 2007; 357(13): 1301-1310.

16. Berliner J.A. et al. Atherosclerosis: basic mechanisms. Oxidation, inflammation, and genetics. *Circulation*. 1995; 91 (9): 2488-2496.

17. Grundy S.M. Low-density lipoprotein, non-high-density lipoprotein, and apolipoprotein B as targets of lipid-lowering therapy. *Circulation*. 2002; 106 (20): 2526-2529.

18. Brunzell J.D. et al. Lipoprotein management in patients with cardiometabolic risk: consensus conference report from the American Diabetes Association and the American College of Cardiology Foundation // *J Am Coll Cardiol*. 2008; 51 (15): 1512-1524.

19. Bays H.E. Safety considerations with omega-3 fatty acid therapy // *Am J Cardiol*. 2007; 99 (6A): 35C-43C.

20. Bays H.E. et al. Prescription omega\_3 fatty acids and their lipid effects: physiologic mechanisms of action and clinical implications // *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2008; 6 (3): 391-409.

21. Yokoyama M. et al. Effects of eicosapentaenoic acid on major coronary events in hypercholesterolaemic patients (JELIS): a randomized open-label, blinded endpoint analysis. *Lancet*. 2007; 369(9567): 1090-1098.

22. Brown B.G. Expert commentary: niacin safety // *Am J Cardiol*. 2007; 99 (6A): 32C-34C.

23. The Coronary Drug Project Research Group: Clofibrate and niacin in coronary artery disease. *JAMA*. 1975; 231: 360-381.

25. Ballantyne C.M. et al. Comparison of the safety and efficacy of a combination tablet of niacin extended release and simvastatin vs simvastatin monotherapy in patients with increased non-HDL cholesterol (from the SEACOAST I study) // *Am J Cardiol*. 2008; 101(10): 1428-1436.

УДК 616-001.26+614.8.086.5

**ЗАЩИТА БОЛЬНЫХ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ В МЕДИЦИНЕ:  
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР ЧЕРЕЗ ИНТЕРНЕТ**

Т.Ж. Кылышев

**КГКП «Областная клиническая больница», г.Талды-Курган****Резюме**

В обзоре представлено 13 работ, полученных при помощи научной поисковой системы Google Scholar глубиной 10 лет. Освещены проблемы организации рентгенологической службы, подготовки медицинских кадров, обеспечения и работы современных цифровых рентген аппаратов.

**Тұжырым****МЕДИЦИНАДАҒЫ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР КЕЗІНДЕГІ НАУҚАСТАРДЫ ҚОРҒАУ:  
ИНТЕРНЕТ АРҚЫЛЫ ӘДЕБИЕТТІ ШОЛУ**

Шолуда Google Scholar зылыми зерттеу жүйесі арқылы 10 жыл ішіндегі табылған 13 жұмыс көрсетілген. Рентгенологиялық қызметтің ұйымдастырылуының, медициналық кадрлар дайындығының, осы заманға сай сандық рентген құрылғылардың жұмысы мен қамтамасыз етілуінің мәселелері көрсетілген.

**Summary****PROTECTION OF PATIENTS DURING X-RAY INVESTIGATION IN MEDICINE: INTERNET BASED REVIEW**

This paper review based on 13 studies obtained with the scientific search program Google Scholar depth of 10 years. Highlighted the problem of how X-ray services, medical training, maintenance and operation of modern digital X-ray machines.

**Введение.** Улучшение медицинского обслуживания населения постоянно ведёт к возрастанию числа рентгенодиагностических процедур. В странах с развитым медицинским обслуживанием это увеличение колеблется от 2 до 6 % в год, составляя в среднем с учётом роста населения 3%. В 2005г. в США и в Японии число рентгенодиагностических процедур увеличилось по сравнению с 2000г. примерно в три раза (в рентгенодиагностике зубов – в 66 раз по сравнению с 1999г.) [1]. Последние события на АЭС Фукусима, близость Семипалатинского испытательного ядерного полигона, наложили свой отпечаток на распространение среди больных Республики Казахстан радиофобии. И все чаще практическим врачам – радиологам задают вопрос: «А какая доза облучения?», «Безопасно ли данное исследование?» и др.

**Цель:** обнаружение последних научных данных по вопросу обеспечения радиационной безопасности при рентгенологических исследованиях.

**Материал и методы поиска:** учитывая отсутствие достаточного времени у практического врача на посещение научно-технической библиотеки, а также распространенность доступа в Интернет, данный поиск осуществлен при помощи научной поисковой системы Google Scholar глубиной 10 лет. Указанная система достаточна для проведения простых поисков медицинской информации, надежна и в отличие от других поисковых систем (Mail, Yandex, Google) лишена рекламы, что значительно упрощает и ускоряет поиск.

На введение ключевых слов «защита при рентгенологических исследованиях» поисковая система указала на 916 источников. При дальнейшем анализе, для обзора, отобраны 13 источника. В остальных рентгенологическое исследование являлось одним из методов обследования или лечения, что не входило в цель нашего поиска. Все источники из Российской печати, нет казахстанских источников информации в данной поисковой системе, что создает трудности в критичной оценке состояния радиологической безопасности в нашей республике. Повторимся, что речь идет о широко распространенной и свободной в доступе информации, кото-

рую может получить через всемирную сеть любой практикующий врач в домашних условиях.

**Результаты:** В структуре коллективных доз облучения населения России медицинские источники ионизирующего излучения рентгенодиагностика и радионуклидная диагностика составляет всего 29% [7]. Согласно данным Международной комиссии по радиационной защите можно ожидать, что облучение 100.000 человек в дозе 1 мЗв приведет к возникновению 5 дополнительных случаев смерти от радиационно-индуцированного рака [5].

Снижение уровня облучения населения при рентгенологических исследованиях, что может быть обеспечено применением не только современной рентгеновской техники, но и продуманной рациональной организацией рентгенологической службы в целом [10,12]. Работающий рентгенодиагностический аппарат является добавочным к естественному радиационному фону (примерно 1 мЗв в год) источником ионизирующего излучения. Поэтому его размещение в лечебно-профилактических учреждениях должны соответствовать нормам безопасности для пациентов, персонала и населения в целом [11].

Ежегодное пополнение службы лучевой диагностики специалистами, согласно общемировым закономерностям, должно составлять 2–3% от ее кадрового состава. К сожалению, в РК существует дефицит кадров. По программе подготовки только последние несколько лет введена резидентура по визуальной диагностике, где готовят высококвалифицированных специалистов. Однако их численность мала и заполнение имеющегося дисбаланса вопрос далекой перспективы. Также существует необходимость кардинального пересмотра системы обучения рентгенолаборантов в свете новых технологий [13]. Немаловажный вопрос деонтологии при проведении лучевых исследований, который также позволит снизить лучевую нагрузку для больных [12].

Чрезвычайно важная задача организации рентгенологической службы – современное материальное оснащение службы лучевой диагностики. Анализ проведенный Н.Н. Блиновым позволяет в общем виде наметить основные пути развития аппаратуры для рентгенодиа-

гностики [4]. Помимо повсеместного перехода к цифровым приемникам и преобразователям рентгеновских изображений и исключения фотолaborаторного процесса все в большей степени будет усиливаться интеграция и взаимопроникновение различных методов. Абсолютно необходимо формирование единой службы лучевой диагностики, объединяющей рентгенологию, радионуклидную диагностику, УЗИ, МРТ, КТ и все прочие методы, имеющие дело с медицинскими изображениями (medical imaging). Получат дальнейшее развитие аппараты для специализированных видов рентгенодиагностики: ангиографии, литотрипсии, рентгеноинтервенционных процедур, остеоденсито-метрии, цифровой флюорографии, палатных исследований. В частности, более широкое распространение получат передвижные рентгенодиагностические комплексы типа "С - дуги" ("С-arm"). Внедрение цифровых методов преобразования медицинских изображений неизбежно должно привести к появлению в отделениях лучевой диагностики развитых экспертных программ, облегчающих и уточняющих процесс постановки диагноза, и компьютерных систем, связывающих отделения и кабинеты ЛПУ в единую сеть на основе общих стандартов передачи и архивирования данных. В вопросе защиты пациентов и персонала на современном оборудовании отмечается прогресс протективной технологии. В настоящее время все производители устанавливают на своих сканерах программы модуляции дозы под разными фирменными названиями: Сименс – CAREdose4D, Дженерал Электрик – SmartScan, Тошиба – SUREExposure, Филипс – DoseRight ACS/DOM, что позволит значительно снизить дозу облучения пациентов [6]. Кроме того, переход на аппараты цифровой рентгенологии позволит не только снизить облучение больных, но и сэкономить больничные средства [9].

Контроль режимов работы рентгенодиагностических аппаратов при основных дозообразующих методах рентгенологических исследований изучался в 9 регионах России с охватом населения порядка 15 млн. человек. Жанина Т.В. [8] в своем исследовании по Владимирской области подтвердила необходимость постоянного дозы на приемнике рентгеновского излучения. Тогда фактически остается неизменной величина напряжения на рентгеновской трубке при разных толщинах исследуемых. При этом изменение эквивалентной дозы не превышает 10-15%.

Уровень облучения населения при рентгенологических исследованиях также может быть снижен на основе контроля индивидуальной дозы пациента по специально разработанным таблицам расчета дозовых нагрузок при рентгенологических и КТ-исследованиях [2,3,6,8,11].

**Выводы:** Защита больных при рентгенологических исследованиях в медицине в современных условиях максимальна, но и она не совершенна. Дальнейший прогресс представляется возможным при совершенствовании рентгенологических аппаратов в купе с повышением квалификации персонала.

#### Литература:

1. Ставицкий Р.В. Эквивалентные дозы в органах и тканях человека при рентгенологических исследованиях / Р.В.Ставицкий, И. А. Ермаков, Л.А.Лебедев // «Мед.техника» – М.: Наука., 2007. – с. 690.
2. Ставицкий, Р.Я. Контроль облучения пациентов при рентгенологических исследованиях / Р.Я. Ставицкий, Н.Н. Сергиенко, Е.С. Фрид // «Радиология –

практика» Научно-практический журнал для работников медицинской радиологической службы: секция «Радиационная безопасность и охрана труда» - 2001.-№1.-с.29-31.

3. Терещенко Н.Ф., Усачев П.А., Григорьева Е.Ю. Влияние ионизирующего излучения на человека и его использование в медицине. / Принципові концепції та структурування різних рівнів освіти з оптико-електронних інформаційно-енергетичних технологій. – 2009. - Режим доступа: [http://www.nbu.gov.ua/portal/Natural/oeiet/2009\\_1/17pdf/26.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/Natural/oeiet/2009_1/17pdf/26.pdf), свободный.

4. Блинов Н.Н.. Куда идет медицинское рентгеноаппаратостроение? / Радиология – практика (оборудование и аппаратура) – 2003. - № 1 – с.42-45. Режим доступа: [http://www.radp.ru/db/20031/RP\\_2003\\_1\\_42.pdf](http://www.radp.ru/db/20031/RP_2003_1_42.pdf), свободный.

5. ICRP Publication 60. 1990 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection // Ann. ICRP. – 1991. – Vol. 21, N. 1-3.

6. Хоружик С.А., Михайлов А.Н.. Доза облучения при компьютерно-томографических исследованиях: дозиметрические параметры, измерение, способы снижения, радиационный риск. // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 2007. – № 6. – С. 53-62. [http://www.nld.by/ctdose/downloads/kharuzhyk07\\_CTdose\\_article.pdf](http://www.nld.by/ctdose/downloads/kharuzhyk07_CTdose_article.pdf).

7. Борисенко А.П., Украинцев Ю.Г. Лучевые нагрузки на пациента при легочной флюорографии / Материалы Всероссийского научного форума «Достижения и перспективы современной лучевой диагностики» / М.-2004.- с.278-285. Режим доступа: [http://www.medexpo.ru/fileadmin/user\\_upload/content/pdf/t\\_hesis/ld04.pdf#page=278](http://www.medexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/t_hesis/ld04.pdf#page=278), свободный.

8. Жанина Т.В. Облучение населения за счет медицинских рентгенологических исследований по Владимирской области / Материалы Всероссийского научного форума «Достижения и перспективы современной лучевой диагностики» / М.-2004.- с.67-68. Режим доступа: [http://www.medexpo.ru/fileadmin/user\\_upload/content/pdf/thesis/ld04.pdf#page=278](http://www.medexpo.ru/fileadmin/user_upload/content/pdf/thesis/ld04.pdf#page=278), свободный.

9. И.Ю. Белова, В.М. Китаев. Малодозовая цифровая рентгенография в профилактических обследованиях населения. / Радиология – практика (диагностика и лечение) – 2003. - № 1 – с.42-45. Режим доступа: <http://www.radp.ru/db/20012/22.pdf>, свободный.

10. Л.Д. Линденбрaten, Ю.В. Варшавский, А.В. Зубарев, В.В. Китаев. Организационные основы российской лучевой диагностики: необходимость перемен / Радиология – практика (К VIII съезду рентгенологов и радиологов России) – 2003. - № 1 – с.42-48. Режим доступа: <http://www.radp.ru/db/20013/42.pdf>, свободный.

11. Э.Г. Чикирдин. Размещение рентгенодиагностических аппаратов в лечебно-профилактических учреждениях с учетом требований радиационной безопасности / Радиология – практика (радиационная безопасность) – 2001. - № 4 – с.58-62. Режим доступа: <http://www.radp.ru/db/20014/58.pdf>, свободный.

12. Л.Д. Линденбрaten. Пациент в отделении лучевой диагностики (деонтологические заметки) / Радиология – практика (организация работы радиологической службы) – 2002. - № 3 – с.32-46. Режим доступа: [http://www.radp.ru/db/20023/RP\\_2002\\_3\\_38.pdf](http://www.radp.ru/db/20023/RP_2002_3_38.pdf), свободный.

13. Н.Н. Блинов. Рентгенолаборант XXI века / Радиология – практика – 2006. - № 3 – с.42-45. Режим доступа: [http://www.radp.ru/db/20063/RP\\_2006\\_3\\_42.pdf](http://www.radp.ru/db/20063/RP_2006_3_42.pdf), свободный.

УДК: 612.35:537.872

## ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯДЕР ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ МОЩНОСТИ СВЧ-ОБЛУЧЕНИЯ

*А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбекова, Ж.А. Даулеткалиева*

*Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда*

### Резюме

Морфоденситометрическим методом изучены площадь и оптическая плотность ядер гепатоцитов крыс в динамике теплового и нетеплового режимов СВЧ-облучения. Установлены закономерности реакции ядер гепатоцитов для оценки структурно-функциональных изменений печени при СВЧ-облучении различной мощности.

### Тұжырым

*Жілігі өте жоғары сәулеленудің әртүрлі күші кезіндегі гепатоциттер ядроларының құрылымдық- қызметтік күйін бағалау*

*А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбекова, Ж.А. Даулеткалиева*

*Морфоденситометрия әдісімен өте жоғары жиілікті сәулелену кезіндегі жылулық және жылусыз жерде егеуқұйрықтар гепатоциттерінің ядроларының ауданы мен оптикалық тығыздығын зерделенді.*

### Summary

*Estimate the structural and functional state of the nuclei of hepatocytes at different microwave power irradiation*

*A.V. Kurkin, D.H. Rybalkina, K.K. Kajyrbekova, Zh.A. Dauletkaieva*

*By morphodensitometric method studied area and the optical density of the nuclei of hepatocytes of rats in the dynamics of thermal and nonthermal microwave mode exposure regularities of the reactions of the nuclei of hepatocytes for evaluating the structural and functional changes of the liver with microwave-irradiation various capacities.*

**Актуальность.** Изучению действия электромагнитного поля на здоровье человека посвящена обширная литература [1, 2]. Показано, что эффект воздействия зависит от длины волны, интенсивности и продолжительности облучения, а также диэлектрических свойств ткани, последнее обусловлено содержанием в них воды [3, 4]. Установлены вредные последствия СВЧ-поля на ЦНС, эндокринную, иммунную системы, кровь, печень [5, 6, 7, 8, 9, 10 Куркин, Кайырбекова]. Представляет теоретический и практический интерес изучение морфоденситометрических показателей ядер гепатоцитов при воздействии микроволн СВЧ-диапазона. Исследование оптической плотности интерфазных ядер хроматина можно рассматривать как неспецифическое звено регуляции клеточной активности [11, 12]. Перераспределение ядерного материала от конденсированного к более активному, менее плотному может служить критерием активности процессов обмена и синтеза в ядре.

**Цель исследования:** изучить количественные характеристики площади и оптической плотности ядер гепатоцитов в динамике при СВЧ-облучении различной мощности.

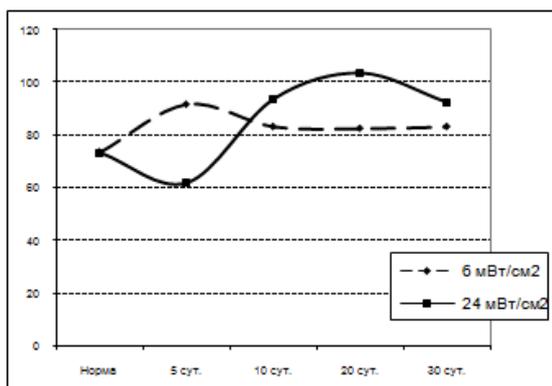
**Материалы и методы.** Исследование проводилось на 54 белых беспородных крысах-самцах массой 180-200 г. Материал был разбит на 3 группы. Первую составили интактные животные, вторую - крысы, подвергнутые СВЧ-облучению с плотностью потока энергии 6 мВт/см<sup>2</sup>, третью - подвергнутые облучению с плотностью потока - 24 мВт/см<sup>2</sup>. В качестве источника СВЧ-облучения использовался портативный аппарат для микроволновой терапии «Луч-3» (с частотой 2375 Гц, длиной волны 12,6 см, диаметром излучателя 115 мм), время экспозиции составляло 10 мин. в сутки в течение 5, 10, 20 и 30 дней. Эвтаназию животных осуществляли путём декапитации под эфирным наркозом в соответствии с требованиями Европейской конвенции по защите экспериментальных животных. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и методом щелочной диссоциации, готовили суспензионные препараты изолированных клеток печени. Ядра клеток окрашивали 2,5% раствором ацетоорсеина, цитоплазму 1% спирто-

вым раствором светлого зелёного. Мазки микроскопировали при увеличении х640. Морфоденситометрически в печеночных клетках с помощью программы PhotoM 1.2, 2001 определяли площадь клеток (в мкм<sup>2</sup>) и оптическую плотность интерфазных ядер. Оптическая плотность рассчитывалась в условных единицах с учётом фона по выделенной области препарата, свободного от объектов, как средний десятичный логарифм отношения яркости фона к яркости точки объекта. Статистический анализ проводили на программе «Statistica 6», для корреляционного анализа определяли коэффициент корреляции Пирсона.

**Результаты исследования и обсуждение.** Гепатоциты в препаратах имели полигональную форму и слабозернистую, зеленовато-голубого цвета цитоплазму. Ядра бордового цвета располагались в центре клетки и имели округлую форму. Изучение распределения кариометрических параметров характеризующих состояние гепатоцитов показало, что для интактной печени более характерны мелкие (от 50 до 70 мкм) и средние (70-90 мкм) по площади ядра. Средняя площадь ядра составляет 73,6±0,62 мкм<sup>2</sup>.

При анализе данных в зависимости от диапазона СВЧ-облучения было установлено, что происходит изменение в соотношении различных по площади ядер гепатоцитов. Динамика изменений кариометрических параметров при СВЧ-облучении различной мощности представлена графически.

При облучении с плотностью потока энергии 6 мВт/см<sup>2</sup> (нетепловой диапазон) площадь ядер значительно возрастала, преобладали гепатоциты с большими по площади ядрами (рис. 1). На 5 сутки средняя площадь ядер равна 91,8±0,67 мкм<sup>2</sup> (p<0,001). На 10 сутки число крупных ядер снижалась и увеличивалась содержание средних по площади ядер. Средняя площадь ядер падала, но сохраняла значение выше, по сравнению с нормой, 83,3±0,67 мкм<sup>2</sup> (p<0,01). На 20-30 сутки также преобладали гепатоциты с ядрами крупных размеров. Средняя площадь составляла 82,6±0,50 мкм<sup>2</sup> и 83,3±0,54 мкм<sup>2</sup> (p<0,01).



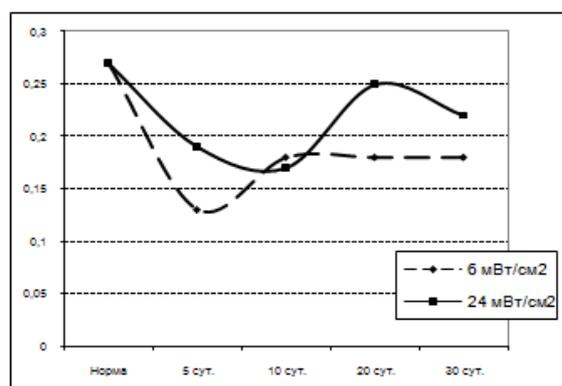
**Рис. 1. Средняя площадь ядер гепатоцитов в условиях СВЧ-облучения.**

Иные цифры имели место после облучения крыс с плотностью потока энергии 24 мВт/см<sup>2</sup> (тепловой диапазон), увеличивалось содержание гепатоцитов с мелкими по площади ядрами. Средняя площадь ядра снижалась до 60,2±0,45 мкм<sup>2</sup> (p<0,001 по сравнению с 1-ой группой). На 10 сутки резко возрастала содержание средних и крупных по площади ядер. Средняя площадь ядер составляла 93,9±0,58 мкм<sup>2</sup>, что выше показателей контроля и значений первой группы. На 20-30 сутки в мазках преобладали гепатоциты с ядрами средних и крупных размеров, средняя площадь составляла 103,7±0,55 мкм<sup>2</sup>; 92,6±0,51 мкм<sup>2</sup> (p<0,001).

По данным денситометрического исследования оптической плотности ядер они могли быть светлыми, умеренными, тёмными. Оптическая плотность ядра связана с наличием интерфазного хроматина, ядрышка и ядерно-белкового матрикса. В химическом отношении хроматин представляет сложные комплексы дезоксирибонуклеопротеидов, в состав которых входят ДНК, гистоновые и негистоновые белки, а также РНК, ядрышко представлено рибонуклеопротеидами, а ядерно-белковые матрикс – негистоновыми белками. У интактных крыс преобладали ядра умеренной оптической плотности, она составляла 0,27±0,021 усл.ед (рис. 2).

При облучении крыс второй группы во все сроки исследования ядра по оптической плотности были светлыми. На 5 сутки оптическая плотность составила 0,13±0,010 усл.ед. (p<0,001), что свидетельствует о перераспределении хроматина от более плотных участков гранулярного гетерохроматина к менее плотным участкам эухроматина. На 10 сутки оптическая плотность возросла до 0,18±0,010 усл.ед. и на 20-30 сутки оставалась на том же уровне, что ниже контрольных значений (p<0,001). Выявленная нами при нетепловом режиме облучения закономерность снижения интегральной оптической плотности интерфазных ядер гепатоцитов при их гипертрофии отражает усиление процессов активации печеночных клеток.

В третьей группе по данным денситометрического исследования на 5 и 10 сутки преобладали светлые ядра. На 5 сутки оптическая плотность составила 0,18±0,005 усл.ед. и на 10 сутки - 0,18±0,010 усл.ед. Затем показатель оптической плотности возрастал на 20 сутки он был равен 0,25±0,010 усл.ед. и на 30 сутки 0,22±0,008 усл.ед. При тепловом режиме в ранние сроки облучения оптическая плотность ядер также отражает процессы активации функциональной активности гепатоцитов. В поздние сроки исследования синтетическая активность печеночных клеток снижается, а увеличение площади ядер связано с их набуханием в связи с дистрофическим процессом в клетках.



**Рис. 2. Средний показатель оптической плотности ядер гепатоцитов в условиях СВЧ-облучения.**

Таким образом, установлена определённая закономерности реакции ядер гепатоцитов для оценки структурно-функциональных изменений печени при СВЧ-облучении в тепловом и нетепловом диапазонах.

**Литература:**

1. Электромагнитные поля и здоровье человека, под общей ред. проф. Ю.Г. Григорьева, М., – 2002г. – 180с.
2. Яковлева Н.А., Семенюк А.Н., Дё А.А., Кобеев И.О. Электромагнитные поля радиочастотного диапазона - важнейшая гигиеническая проблема (обзор литературы)//Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2010. - №3 (45). - С. 15-22.
3. Горчакова Г.А., Золотарева Т.А. Морфофункциональные характеристики влияния СВЧ на печень крыс в зависимости от параметров излучения. // Вопр. курорт. физиотер. леч. физ. 1992. - №2. – с. 24-33.
4. Вакс В.Л., Домрачев Г.А., Родыгин Ю.Л. и др. Диссоциация воды под действием СВЧ-излучения // Известия ВУЗов. Радиофизика. - Т. 37. - №1. - 1994. - С. 149-154.
5. Григорьев Ю.Г. Электромагнитные поля подвижной радиосвязи и здоровье населения (оценка риска)//В кн.: Ежегодник Российского Национального Комитета по защите от неионизирующих излучений. – М.2005. – С.18-30.
6. Построение диалога о рисках от электромагнитных полей. ВОЗ. – Женева. 2004. – 50 с.
7. Robert O., Becker, M.D. The health effects of electrical pollution. // Cross Currents and The Body Electric - The National Foundation for Alternative Medicine. Washington. – 2002. - 10 p.
8. Magda Havas, David Stetzer. Dirty Electricity and Electrical Hypersensitivity: Five Case Studies // World Health Organization Workshop on Electrical Hypersensitivity, 25- 26 October, 2004, Prague, Czech Republic. 13 p.
9. Куркин А.В., Кайырбекова К.К. Цитогенетическая характеристика ионизирующего и неионизирующего лучевого воздействия на клетки печени. // Астана медициналык журналы. - №4 (40). – 2007. – С. 99.
10. Куркин А.В., Кайырбекова К.К. Морфоденситометрическое исследование гликогена в гепатоцитах при СВЧ-облучении. // Морфология. - №2 (133). – 2008. Материалы докладов IX Конгресса МАМ. – С. 74.
11. Ганина К.П., Исакова Л.М. Итоги и перспективы изучения интерфазного ядра у эукариот. // Цитология и генетика. – 1990. – Т. 24. - № 1. – С. 65-72.
12. Жукоцкий А.В. Телевизионная компьютерная морфоденситометрия нормальных и патологических структур клеток и тканей.: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М. – 1992. – 40 с.

УДК 612.111-612.398-08

**ПОДБОР ТИТРА ЦОЛИКЛОНОВ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИДКОЙ КРОВИ ПРЯМОЙ РЕАКЦИЕЙ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИИ НА ПЛОСКОСТИ**

Е.Б. Платаева

*Семейский филиал РГКП ЦСМ МЗ РК, г. Семей***СҰЙЫҚ ҚАННЫҢ ГЕМАГГЛЮТИНАЦИЯСЫНЫҢ ЖАЗЫҚТЫҚТАҒЫ ТІКЕЛЕЙ РЕАКЦИЯСЫМЕН ЗЕРТТЕУ ЖҮРГІЗУ ҮШІН ЦОЛИКЛОНДАРДЫ ТАҢДАУ**

*Зат бетіндегі сұйық қанның тура гемагглютинациялық реакциясын зерттеу үшін цоликлондар титрын таңдау жүргізілді. Нақты сәйкес келетін, цоликлон анти-А және анти-В титры 1:512, антиген-Н анықтау үшін цоликлон анти-Н титрі 1:64 сәйкес келеді.*

**THE CHOICE OF THE TITER OF COLYCLONES FOR INVESTIGATION OF LIQUID BLOOD BY DIRECT HEMAGGLUTINATION TEST**

*The choice of the titer of colyclones for investigation of liquid blood by direct reaction of hemagglutination on plane was carried out. Most proper titer for colyclones anti-A and anti-B is 1:512, and it's more expediently to apply colyclone anti-Nab in titer 1:64 for revealing of antigen H*

Судебно-биологическое исследование крови всегда являлось актуальным, т.к. решались многие вопросы, которые оказывали помощь в судебно-следственных действиях. При исследовании крови решаются многие моменты, среди которых и установление групповой принадлежности. Наибольшее значение при установлении групповой принадлежности крови принадлежит системе АВО [1]. Как правило определяются антигены А, В, Н и мутационные признаки А<sub>2</sub>, А<sub>3</sub>, А<sub>m</sub>, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>w</sub> и т.д. Исследование жидкой крови проводили с применением изосывороток анти-А и анти-В, а также иммунных сывороток анти-А, анти-В и анти-Н [2,3,4]. С октября 2010 года по настоящее время исследование жидкой крови в судебно-биологической лаборатории Семейского филиала РГКП ЦСМ МЗ РК производят согласно информационному листу от 21.10.2005 года № 144 [5]. Выбор данного метода был связан с прекращением выпуска изогемагглютинирующих сывороток Центрами переливания крови во многих городах РК. Причина прекращения выпуска нам не известна. Долгий опыт работы с данными сыворотками говорит о простоте и информативности метода с применением изогемагглютинирующих сывороток, что согласовывается и с данными литературы [2,3].

Опыт работы исследования жидкой крови с помощью цоликлонов выявил необходимость подбора наиболее подходящего их титра для выявления антигенов А, В, а также для антигена Н, как основного, так и сопутствующего в группах крови А, В, прямой реакцией гемагглютинации на плоскости с целью улучшения качества проводимой реакции. Что и явилось **целью** нашей работы.

**Материал и методы исследования:**

Цоликлоны - название разработанных в лаборатории Гематологического научного центра РАМН (г. Москва) и выпускаемых ООО «Гематолог» типизирующих реагентов нового поколения для определения антигенов человека. Цоликлоны получены с помощью современных биотехнологических методов. Содержащиеся в них моноклональные антитела продуцируются специально сконструированными клеточными линиями мыши - гибридами. Каждая гибридная линия продуцирует антитела, имеющие идентичную химическую структуру и биологическую активность и принадлежащие к одному классу иммуноглобулинов. Поэтому каждый реагент, приготовленный на основе моноклональных антител, строго специфичен, не содержит примеси других антител, балластных белков и других нежела-

тельных компонентов, более того, отсутствие в нем каких-либо инфекционных антигенов делают его полностью безопасным.

Цоликлоны СМ (судебно-медицинские) предназначены для исследования антигенов человека в судебной медицине. Применяются цоликлоны анти-А, анти-В и три разновидности анти-Н: анти-Наб, анти-Нн/аб и анти-Нкра. Все вышеперечисленные реагенты используются для определения антигенов А, В, Н в жидкой крови в прямых реакциях агглютинации на плоскости, в пробирках, в микроплате.

В нашей лаборатории был произведен подбор титра цоликлонов для исследования жидкой крови реакцией гемагглютинации на плоскости цоликлонами анти-А, анти-В, анти-Наб, Анти-Нкра для определения антигенов А, В, Н и сопутствующего антигена Н системы АВО. Так с октября 2010 года по февраль 2011года исследовано 145 образцов жидкой крови (трупной). В дальнейшем, 48 образцов из них были исследованы в высушенном виде реакциями КРА и РАЭ. При этом, установленная групповая принадлежность крови в жидком виде прямой реакцией гемагглютинации на плоскости подтвердилась реакциями КРА и РАЭ в 100% случаев.

**Техника реакции:**

На пластинку наносили 2 капли (0,1мл) цоликлонов анти-А серии 153 с титром 1:512, анти-В серии 154 с титром 1:512 и анти-Наб серии 160 с титром 1:64. Рядом помещали маленькую каплю (0,01-0,05мл) исследуемой жидкой крови, кровь смешивали с реагентом. Агглютинация эритроцитов с цоликлонами наступает в первые 5-7 секунд, визуально, при легком покачивании пластины. Учет результатов проводили после покачивания пластины в течении 3 минут, ввиду более позднего появления агглютинации с эритроцитами, содержащими слабые антигены. (Для установления необходимого титра реакция проводилась под контролем гетероиммунных сывороток анти-А, анти-В, анти-Н, выявляя наименьший титр с хорошо различимой агглютинацией с гомологичным антигеном, наступающий в первую минуту после смешивания реагентов). Затем кровь высушивали на марле.

**Результаты исследования.****Подбор титра цоликлонов**

Цоликлоны разводили физиологическим раствором в 5,10, 20,30,40,50,60,70 раз, затем каждое разведение титровали и с полученным титром ставили прямую реакцию гемагглютинации на плоскости под контролем гетероиммунных сывороток анти-А, анти-В, анти-Н.

Каждый образец исследовали с цоликлонами с титром от 1:16 до 1:2048. Наилучшие результаты (хорошо различимая агглютинация с гомологичным антигеном, наступающая в первую минуту после смешивания реагентов (+) при исследовании крови в жидком виде наблюдались с цоликлонами анти-А серии 153 и анти-В серии 154 при титре 1:512 (разведение в 20 раз) и с цоликлоном анти-Наб серии 160 при титре 1:64 разведение в 10 раз и анти-Нкра серии 188 при титре 1:128 разведение в 7 раз). При более низком титре реакции агглютинации не наступало, или наступала слабоположительная реакция агглютинации к концу 3-й минуты наблюдения. При более высоком титре ложноположительная реакция агглютинации не наступила ни в одном из исследований.

Также при исследовании установлено, что анти-Наб одинаково хорошо выявляет как основной антиген Н, так и сопутствующий антиген Н в группах крови А, В, и чуть слабее в группе крови АВ. (анти-Нкра слабо выявляет сопутствующий антиген Н во всех группах крови) (таблица 1).

**Рекомендуемое изложение исследовательской части в «Заключении эксперта»:**

Исследование жидкой крови реакцией гемагглютинации на плоскости цоликлонами

На пластинку наносили 2 капли (0,1мл) цоликлонов анти-А серии 153, анти-В серии 154 и анти-Наб серии 160 с титром 1:32. Рядом помещали маленькую каплю (0,01-0,05мл) исследуемой жидкой крови, кровь смешивали с реагентом. Учет результатов после покачивания пластинки в течении 3 минут.

(О) - Кровь агглютинируется цоликлоновой сывороткой анти-Н и не агглютинируется цоликлоновыми сыворотками анти-А и анти-В. (А) - Кровь агглютинируется цоликлоновой сывороткой анти-А и не агглютинируется цоликлоновыми сыворотками анти-В и анти-Н.

(В) - Кровь агглютинируется цоликлоновой сывороткой анти-В и не агглютинируется цоликлоновыми сыворотками анти-А и анти-Н.

(АВ) - Кровь агглютинируется цоликлоновыми сыворотками анти-А и анти-В и не агглютинируется цоликлоновой сывороткой анти-Н.

(А,Н) - Кровь агглютинируется цоликлоновыми сыворотками анти-А, анти-Н и не агглютинируется цоликлоновой сывороткой анти-В (то же для В,Н и А,В,Н) (таблица 2).

**Таблица 1 - Результаты исследований.**

Цоликлоны	Титр цоликлонов и результаты исследований								Группа крови (количество исследований)
	1:16	1:32	1:64	1:128	1:256	1:512	1:1024	1:2048	
Анти-А	-	-	-	-	-+	+	++	+++	А (42)
Анти-В	-	-	-	-	-+	+	++	+++	В (40)
Анти-Наб	-	-+	+	++	+++	+++			О (20 осн. а/г Н) (10 сопут.а/г Н)
Анти-Нкра	-	-+	-+	+	++	+++			О (16 осн. а/г Н) (17сопут.а/г Н)

**Таблица 2 - Запись в журнале регистрации исследованной трупной крови в лаборатории.**

Исследование изосерологической системы АВО			Результаты исследования по системам
ЦОЛИКЛОНЫ			
Анти-А	Анти-В	Анти-Н	
-	-	+	О
+	-	-	А
-	+	-	В
+	+	-	АВ
+	-	+	А,Н
-	+	+	В,Н
+	+	+	АВ,Н

Таким образом, можно сделать **вывод**, что при исследовании жидкой крови прямой реакцией гемагглютинации на плоскости наиболее подходящий титр для цоликлонов анти-А и анти-В **1:512**, а для выявления антигена Н целесообразно применять цоликлон анти-Наб с титром **1:64**.

**Литература:**

1. Барсеянц Л.О., Крюков В.Н., Солохин А.А., Ширинский П.П. Судебная медицина. ИНФРА-М – Норма, 1996.
2. Томилин В.В., Барсеянц Л.О., Гладких А.С. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. М. Медицина, 1989г.

3. Информационный листок «Применение моноклональных антител анти-А, анти-В и анти-Н для определения групповой принадлежности жидкой крови в судебно-медицинской практике». Минздрав, Москва, 1989г.

4. Информационный листок «Рекомендации по применению моноклональных реагентов диагностических жидких для судебно-медицинских целей» Москва. ООО «Гематолог» 2009г.

5. Информационный листок «Инструкция по применению «Цоликлонов ЦИТО анти-А, анти-В, анти-АВ диагностических жидких» для специалистов». Утверждена приказом КФ МЗ РК от 21.10.2005 года № 144.

УДК 615.03

**ФТОРХИНОЛОНЫ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ**

Л.И. Павлова, К.С. Калиева

*Кафедра общей и клинической фармакологии ГМУ г. Семей***Тұжырым****ЖАҢА ҰРПАҚТАҒЫ ФТОРХИНОЛОНДАР**

Жаңа ұрпақтағы фторхинолондар кең спектрлі әсер көрсетеді, сондықтан оларды жаңа инфекцияларды емдеу үшін жоғары қарқында қолданады. Екінші, үшінші ұрпақтағы препараттары тыныс алу жолдарының инфекцияларын емдеуде жаңаша жол ашты, сол себептен ауруханадан тыс пневмонияларды емдеуде заманауи оқулықтарда бета-лактамадармен және макролидтермен қоса жаңа фторхинолондар нұсқауланды, әсіресе полирезистентті пневмококктар пайда болған аймақтарда.

**Summary****FTORHINOLONY NEW GENERATION**

*Ftorhinolony new generation have a broader spectrum of activity compared with previous medications. Preparations of the second and third generations have discovered a new way of therapy, respiratory tract infections. When polyetiology infections in gynecology and abdominal surgery new ftorhinolony provide convenient and safe monotherapy.*

Фторхинолоны нового поколения обладают широким спектром активности. «Золотым стандартом» фторхинолона первого поколения стал ципрофлоксацин, который с большим успехом используется для лечения новых инфекций. К недостаткам этого поколения следует отнести низкую активность в отношении пневмококков, хламидий, микоплазм, анаэробов. Эти недостатки преодолены при разработке новых фторхинолонов. Препараты второго третьего поколений открыли новый путь терапии инфек-

ции дыхательных путей, поэтому в современных руководствах по лечению внебольничной пневмонии наряду с бета-лактамами и макролидами рекомендуются и новые фторхинолоны, особенно в регионах, где появились полирезистентные пневмококки (8,7).

При полиэтиологических инфекциях (в гинекологии, абдоминальной хирургии и др.) применения моксифлоксацина позволит обеспечить более удобную и безопасную монотерапию.

**Таблица №1. - Генерации фторхинолонов [13].**

поколение	препарат
1 поколение (монофторированные)	Ципрофлоксацин (ципробай) Пефлоксацин (абактал) Норфлоксацин Офлоксацин (таривид) Эноксацин
2 поколение (дифторированные)	Ломефлоксацин (максаквин) Спарфлоксацин (спарфло, кенспар) Левифлоксацин (тованик)
3 поколение (трифторированные)	Флеросацин Тосуфлоксацин Гемафлоксацин Моксифлоксацин (авелокс)

Сегодня фторхинолоны рассматриваются как серьезная альтернатива высокоактивным антибиотикам широкого спектра действия при лечении широких инфекций различной локализации. Такой популярности препараты обязаны своей высокой биодоступности при приеме внутрь, сверх широкому спектру антибактериального действия, бактерицидному эффекту, хорошим фармакокинетическим свойством, переносимости и оригинальности механизма действия.

Наиболее изученными и широко применяемыми в клинике являются монофторированные соединения.

Все фторхинолоны селективно ингибируют один из ключевых ферментов микробной клетки ДНК-гиразу, ответственную за нормальный биосинтез и репликацию ДНК бактерий. Фторхинолоны – препараты активны в отношении грамм положительных и грамм отрицательных, аэробных и анаэробных микроорганизмов, хламидий, микоплазм, легионеллы, микобактерий. Однако, грибы, вирусы, трепонемы, большинство простейших устойчивы к действиям фторхинолонов. При всем сходстве антибактериального спектра существуют различия в чувствительности микроорганизмов, как к представителям разных поколений фторхинолонов, так и к тем и к другим препаратам внутри поколений. Ципрофлокса-

цин, офлоксацин и ломефлоксацин подавляет рост микобактерий туберкулеза. Достаточно широко применяемым препаратом второго поколения является дифторхинолон ломефлоксацин. Ломефлоксацин (максаквин) – дифторхинолон имеет дополнительный атом втора в восьмом положении хинолоного цикла и радикал три-метил пиперазинил в положении семь. Такое строение позволило обеспечить устойчивость молекулы к биотрансформации в организме и исключило нежелательное взаимодействие ломефлоксацина с другими препаратами. Что касается грамположительной флоры (в том числе пневмококков), а также хламидий, микоплазм, микобактерий, то в данном случае новые фторхинолоны существенно превосходят ранние. Новые фторхинолоны за активность, проявляемую к респираторным патогенам, а также способность проникать в слизистую дыхательных путей и секрет бронхов, называют «респираторными». Новыми фторхинолонами сегодня считаются левифлоксацин, моксифлоксацин, спарфлоксацин, гатифлоксацин, гемифлоксацин, клинафлоксацин и др. Гатифлоксацин рассматривается, как перспективный препарат для включения в комбинированную терапию туберкулеза.

Грепарфлоксацин (роксар) высоко активен в отношении грамположительных кокков и микоплазм, создают высокие тканевые и внутриклеточные концентрации, характеризуется длительным выведением из организма. [6,7]. Муксифлоксацин (овелокс), как и все производные 8-метокси-6-ФХ ингибируют одновременно двух ферментов мишеней для фторхинолонов (топоизомеразы 4 и ДНК-гиразы).

#### Литература:

1. Абактал (пемфлоксацин). Новые возможности в антибактериальной терапии. - Урология и нефрология, 1991. Приложение.
2. Достижения антибиотиковой терапии. Ципрофлоксацин. Материалы симпозиума. Ред. Яковлев В.П., Штуттгарт, 1990; 177 стр.
3. Максаквин - новый антибактериальный препарат из группы фторхинолонов. - Пульмонология, 1993; Приложение.
4. Новые возможности в лечении ряда инфекционных заболеваний, вызванных условно-патогенными

микроорганизмами (препарат Таривид), Материалы симпозиума, М., 1986.

5. Нью Г. Применение новых фторхинолонов. - В кн.: Достижения антибиотиковой терапии. Ципрофлоксацин. Ред. Яковлев В.П., Штуттгарт, 1990; 165-176.
6. Падейская Е.Н., Яковлев В.П. Фторхинолоны. - М., Биоинформ, 1995; 220 стр.
7. Падейская Е.Н., Яковлев В.П. Антимикробные препараты группы фторхинолонов в клинической практике. - М., Догата, 1998; 352 стр.
8. Яковлев В.П. Антибактериальная химиотерапия в неинфекционной клинике: новые бета-лактамы, монобактамы и хинолоны. - Итоги науки и техники, М., ВИНТИ, 1992; 4: 202 стр.
9. Яковлев В.П.//Антибактериальные препараты группы фторхинолонов. - Русский медицинский журнал, Антибактериальные препараты, 1997; 5 (21): 1405-1413.
10. Яковлев В.П., Изотова Г.Н., Яковлев С.В. Фармакокинетика фторхинолонов при различных заболеваниях. - Антибиотики и химиотерапия, 1997; 42 (1), 23-29.

УДК 618.7-071-08

## МЕХАНИЗМЫ УСТОЙЧИВОСТИ К $\beta$ -ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ НЕКОТОРЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукунов, К.Ш. Амренова, Б.С. Абилова

Государственный медицинский университет г. Семей

#### Резюме

При изучении устойчивости ряда микроорганизмов *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosa*, к бета – лактамным антибиотикам было установлено наличие генетически измененных структур возбудителей, связанных с гиперпродукцией различных хромосомных бета – лактамаз, что требует пересмотра схем антибактериальной терапии.

#### Тұжырым

**КЕЙБІР МИКРООРГАНИЗМДЕРДІҢ  $\beta$ -ЛАКТАМДЫ АНТИБИОТИКТЕРГЕ ТӨЗІМДІЛІГІНІҢ МЕХАНИЗМДЕРІ**  
Бірқатар микроорганизмдердің  $\beta$ -лактамды антибиотиктерге төзімділігін зерттегенде (*Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosa*) қоздырғыштарда әртүрлі хромосомды бета-лактамазалармен байланысты генетикалық өзгерген құрылымдар анықталды, сондықтан антибактериальды емнің схемаларының қайта қарастыруға тура келеді.

#### Summary

#### THE MECHANISMS OF RESISTANCE TO $\beta$ -LACTAMS ANTIBIOTICS BY SOME OF MICROORGANISMS

When we researched the resistance to  $\beta$ -lactams antibiotics by several of microorganisms (*Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosa*), we counted that these microorganisms have many genetics changing structures, which says to us about altering in scheme of antibiotics therapy.

Вопросы резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам всегда вызывали обоснованный интерес, обусловленный, в ряде случаев, невозможностью рациональной антибиотикотерапии. Дело в том, что, по мнению многих авторов, толерантность вызывается не правильным применением антибиотиков. Однако, проведя некоторые исследования, мы пришли к выводу, что в большинстве случаев, устойчивость микроорганизмов вызвана, по всей видимости, генетическими изменениями самих микробов. По словам Дж. Ферналла: «Есть такая функция – жить!». То есть, эволюционные изменения поколений микроорганизмов привели к развитию устойчивых и вирулентных штаммов.

Целью исследования явилось установление причин резистентности наиболее часто встречающихся возбу-

дителей к бета – лактамным антибактериальным препаратам в РК.

**Материалы и методы исследования.** Были изучены в отношении устойчивости к бета – лактамным антибактериальным препаратам в РК некоторые виды возбудителей (таблица 1). Проведены исследования некоторых возбудителей, наиболее часто вызывающие инфекционно – воспалительные процессы в РК (пневмонии, сепсисы различной локализации, гнойно – хирургические заболевания), на примере природных пенициллинов (бензилпенициллин натриевая соль), полусинтетических пенициллинов (ампициллин), цефалоспоринов 1 поколения (цефазолин) и 2 поколения (цефамандол). Мы не будем обсуждать ошибки при назначении антибиотиков, а просто выявим механизмы устойчивости возбудителей.

**Таблица 1. - Количество исследований устойчивости к  $\beta$  – лактамным антибактериальным препаратам в РК некоторых видов возбудителей.**

Антибиотик	пенициллин	ПСП	ЦФ 1	ЦФ 2	Общее к-во
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	44	67	36	42	189
<i>Haemophilus influenzae</i>	3	27	23	23	76
<i>Staphylococcus aureus</i>	4	28	18	21	71
<i>Pseudomonas aeruginosae</i>	8	24	11	3	46
Всего	59	146	88	89	382

Примечание: ПСП - полусинтетические пенициллины; ЦФ 1- цефалоспорины 1 поколения; ЦФ 2 - цефалоспорины 2 поколения

Исследования проводились с помощью экспресс – методов, основанных на применении ДНК – зондов – исследований по гибридизации в МЦ ГМУ г. Семей и г. Алматы (городская бактериологическая лаборатория).

**Результаты исследования.** Наиболее распространенным механизмом устойчивости микроорганизмов к  $\beta$  -лактамам является их ферментативная инактивация в результате гидролиза одной из связей  $\beta$  -лактамного кольца ферментами  $\beta$  - лактамазами. Остается только вопрос, какой механизм наиболее часто встречается. К настоящему времени описано более 200 ферментов, различающихся по следующим практически важным свойствам:

- Субстратный профиль (способность к преимущественному гидролизу тех или иных  $\beta$  -лактамов, например пенициллинов или цефалоспоринов, или тех и других в равной степени).
- Локализация кодирующих генов (плазмидная или хромосомная). Эта характеристика определяет эпидемиологию резистентности. При плазмидной локализации генов происходит быстрое внутри- и межвидовое распространение резистентности, при хромосомной - наблюдают распространение резистентного клона.
- Чувствительность к применяющимся в медицинской практике ингибиторам: клавулановой кислоте, сульбактаму и тазобактаму.

$\beta$ -лактамазы мы обнаружили у большинства клинически значимых микроорганизмов, не исключением оказался *Streptococcus*.

Итак, ферменты, разрушающие  $\beta$  – лактамы, мы наблюдали у следующих возбудителей инфекционно – воспалительного процесса: *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosae*.

К наиболее распространенным ферментам относились стафилококковые  $\beta$ -лактамазы (60,2±8,5% штаммов ( $P<0,05$ )) и  $\beta$ -лактамазы широкого спектра (30,2±8,5% случаев ( $P<0,05$ )). Несмотря на широкое распространение перечисленных ферментов, они не представляют серьезной проблемы для терапии, поскольку многие современные  $\beta$ -лактамы (цефалоспорины II-IV поколений, ингибиторозащищенные пенициллины, карбапенемы) не чувствительны к гидролизу.

Но проведенными исследованиями установлено наличие у всех штаммов плазмидных БЛРС грамотрицательных бактерий, разрушающих цефалоспорины I и, в меньшей степени, 2 поколения. Рутинные методы оценки антибиотикочувствительности очень часто не выявляют этот механизм устойчивости. Чаще всего БЛРС встречаются у микроорганизмов рода *Klebsiella* и у *Pseudomonas aeruginosae*. В отдельных учреждениях при проведении исследований частота распространения этих ферментов среди клебсиелл достигала 90, 4 ± 4,7 % ( $P<0,05$ ).

При тяжелых нозокомиальных инфекциях, вызванных *Streptococcus pneumoniae* в 20,8± 4,7 % случаев ( $P<0,05$ ) резистентность к исследуемым антибиотикам обуславливалась гиперпродукцией хромосомных  $\beta$ -лактамаз класса C. Особенно настораживает активация ферментов класса C на плазмиды, что создает реальные предпосылки для их широкого распространения для до этого менее вирулентных штаммов.

Нами установлено, что  $\beta$ -лактамы активно выводятся из микробной клетки *P.aeruginosa* за счет транспортных систем, осуществляющих их инактивацию и разрушение (90,2± 4,2 %) ( $P<0,05$ ).

При изучении устойчивости пневмококков было выявлено появление в генах, кодирующих ПСБ, ДНК абсолютно не соответствующей пневмококку, а более похожей на ДНК зеленящих стрептококков или стрептококков группы G. При этом перекрестная устойчивость между отдельными  $\beta$ -лактамами неполная. Значительная часть штаммов, устойчивых к пенициллину, сохраняет чувствительность к цефалоспорином II поколения (77,4± 9,1 %) ( $P<0,05$ ). Это может послужить основанием для пересмотра критериев чувствительности пневмококков к амоксициллину и создает вопрос о целесообразности изменения критериев чувствительности к пенициллину, поскольку частота встречаемости штаммов пневмококков с высоким уровнем чувствительности к пенициллину составила 43, 4± 4,0 %. ( $P<0,05$ ).

Среди *P.aeruginosa*, *H.influenzae* и клебсиеллы устойчивость, связанная с модификацией ПСБ встречалась в 34,7±5,2 % ( $P<0,05$ ) у *P.aeruginosa*, в 11,3±1,8 % ( $P<0,05$ ) у гемофильной палочки, и в 21,3±3,7 % ( $P<0,05$ ) у клебсиеллы. Микроорганизмы были устойчивы не только к природным и полусинтетическим пенициллинам, но и к цефалоспорином 1 и 2 поколения.

Таким образом, проведенными исследованиями установлено развитие устойчивости штаммов *Streptococcus pneumoniae*; *Haemophilus influenzae*; *Staphylococcus aureus*; *Klebsiella pneumoniae*; *Pseudomonas aeruginosae*, вероятней всего, не связанных с не рациональным применением антибактериальных средств, а являющихся генетически измененными модификациями штаммов, вызывающих инфекционно – воспалительные заболевания, что создает вопрос о пересмотре схем антибактериальной терапии.

#### Литература:

1. Welling G. Antibiotics in practice every day.- Depper.- 2007.- New-York.
2. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig/ Wiesbaden, 2006
3. Lambert H.P., O' Grady F.W. Antibiotics and Chemotherapy. Edinburg etc., 2004
4. Клиническая микробиология. – Под редакцией В.И. Покровского. – ГЭОТАР Медицина, - Москва, 1999.

УДК 616.831-005.4-0.36.11-0.36.1

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОЙ МОДИФИКАЦИИ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗНЫХ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

<sup>1</sup>Е.Ю. Кравцова, <sup>1</sup>Г.А. Мартынова, <sup>1</sup>Т.Ю. Кравцова, <sup>2</sup>Т.Н. Хайбуллин

*Пермская государственная медицинская академия им. Академика Е.А. Вагнера, г. Пермь, Россия<sup>1</sup>  
Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан<sup>2</sup>*

### Резюме

*При изучении окислительной модификации белков при различных подтипах ишемического инсульта выявлены значительные нарушения оксидантной системы при атеротромботическом, кардиоэмболическом, лакунарном инсультах в диапазоне альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов, что обосновывает продолжение и интенсификацию антиоксидантной терапии.*

### Summary

*At study of oxidizing modification of fibers at different subtypes of ischemic heart disease significant breaches of oxidant system at atherothrombotic, cardioembolic, lacunar insults are revealed in the range aldehyd and keton-dinitrophenilhydrazon, what proves continuation and intensification of antioxidative treatment.*

**Актуальность.** Согласно современным представлениям, окислительный стресс является неотъемлемым патогенетическим компонентом сердечнососудистых заболеваний [6]. При окислительном стрессе все основные классы биомолекул, включая липиды, белки и нуклеиновые кислоты, становятся критическими элементами повреждающего действия активированных кислородных метаболитов (АКМ), что приводит к их патологической окислительной модификации [6]. Окислительная модификация белков при окислительном стрессе, приводящая к изменению их физико-химических свойств, к нарушению их конформации, фрагментации, агрегации, образованию межмолекулярных сшивок [4], патогенетически тесно сопряжена с процессами перекисного окисления липидов (ПОЛ) и эндотелиальной дисфункцией. Несмотря на широкое изучение перекисного окисления липидов в процессе окислительного стресса и его роль в патогенезе ишемического каскада, практически не изучена динамика окислительной модификации белков в остром периоде у пациентов трудоспособного возраста с разными патогенетическими типами ишемического инсульта в процессе комплексного лечения с включением официальных препаратов-антиоксидантов. Не изучено влияние окислительного стресса на динамику неврологического дефицита, тревожно-депрессивных расстройств у пациентов трудоспособного возраста с различными патогенетическими вариантами ишемического инсульта. R.T. Dean с соавторами (1991) считают, что в состоянии окислительного стресса атаке за счет АКМ подвергаются в первую очередь не липиды, а белки плазматических мембран, что приводит к их деполимеризации и лизису клетки [4]. Обсуждение возможной окислительной деструкции белков в организме до последнего времени носило в основном теоретический характер. В ряде исследований этот процесс рассматривался как одна из возможных причин инактивации ферментов, изменения структурной организации белков при состоянии окислительного стресса [2,3,5].

**Цель исследования** – изучить динамику окислительной модификации белков для оптимизации лечения острого периода разных подтипов ишемического инсульта.

### Материал и методы исследования.

Исследована окислительная модификация белков (ОМБ) сыворотки крови по методике Е.Е. Дубининой (1995) [1] у 80 больных в возрасте 45-60 лет с разными вариантами ишемического инсульта (31 – с атеротромботическим инсультом (АТИ), 21 – с кардиоэмболиче-

ским инсультом (КЭИ), 14 – с гемодинамическим инсультом (ГДИ) и 14 – с лакунарным инсультом (ЛКИ) в динамике (на первые, третьи и пятнадцатые сутки острого периода заболевания). Лиц женского пола было 38, мужского – 42. Выделены две группы больных с ишемическим инсультом: I – 39 (15 – с АТИ, 10 – с КЭИ, 7 – с ГДИ и 7 с ЛКИ), принимавших наряду с традиционным лечением этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭМГПС), и II – 41 (16 – с АТИ, 11 – с КЭИ, 7 – с ГДИ и 7 с ЛКИ) больных, получавших традиционное лечение. Контрольную группу составили 20 здоровых испытуемых, сопоставимых по полу и возрасту.

Стационарное лечение проводили в соответствии с общепринятыми медицинскими стандартами. Традиционная терапия ишемического инсульта включала кавинтон, пирасетам, аспирин и др. Этилметилгидроксипиридина сукцинат (ЭМГПС) назначался в дозе 4 мл 5% раствора (200мг) внутривенно капельно один раз в сутки со 2 по 14 день лечения. Оценка эффективности отечественного антиоксиданта в комплексном лечении острого периода ишемического инсульта основывалась на изучении объективной динамики неврологического и психоневрологического статуса и показателей ОМБ.

Проведен сравнительный анализ показателей окислительной модификации белков в динамике при разных вариантах ИИ по сравнению с контрольными показателями и между собой, а также у больных ИИ одного типа I и II групп. Показатели оптической плотности динитрофенилгидразонов выражались в длинах волн 356, 370, 430, 530 нм (I, II, III, IV волны соответственно). Основное количество образовавшихся динитрофенилгидразонов относится к альдегидам и кетонпроизводным нейтрального характера (I и II волны). Алифатические альдегидо- и кетонпроизводные динитрофенилгидразонов основного характера были преимущественно представлены III, IV волнами. У 5 практически здоровых испытуемых контрольной группы кетондинитрофенилпроизводные основного характера не обнаруживались.

Разница в показателях между группами зависит от степени оксидантного состояния. Определение степени оптической плотности нейтральных и основных альдо- и кетонпроизводных в белках сыворотки крови позволяет оценить интенсивность окислительной деструкции в норме и в состоянии окислительного стресса.

Проведенный анализ позволил выявить продукты окислительной деструкции белков, образовавшиеся в результате воздействия на белковые производные 2,4 –

динитрофенилгидрозина, в сыворотке крови испытуемых контрольной группы и пациентов с разными типами ИИ в динамике.

На первые сутки развития ИИ показатели окислительной модификации белков плазмы крови пациентов в обеих группах при КЭИ, АТИ, ГДИ в диапазоне I, III, IV волн, при АТИ – всех, при ЛКИ – III и IV волн достоверно превышали показатели ОМБ здоровых испытуемых контрольной группы (табл.1).

Самые высокие показатели ОМБ были отмечены у пациентов обеих групп при АТИ в диапазоне всех волн. Показатели у больных с АТИ в диапазоне III и IV

( $p < 0,05$ ), у больных с КЭИ и ГДИ а в диапазоне IV волн превышали показатели у больных с ЛКИ ( $p < 0,05$ ), у которых они также были изменены. Уровень алифатических альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов основного характера был значительно ниже (III, IV волны) и у испытуемых контрольной группы, что при отличии показателей от контрольных позволяет говорить об их высокой диагностической ценности.

Анализ показателей ОМБ у больных с разными типами ИИ на третьи сутки заболевания представлен в таблице 2.

**Таблица 1. - Показатели оптических плотностей нейтральных и основных альдо- и кетонпроизводных в белках сыворотки крови при разных вариантах ишемического инсульта на первые сутки заболевания.**

Длина волны	КЭИ (n=21)		АТИ (n=31)		ГДИ (n=14)		ЛКИ (n=14)		Контр. группа n=20
	Группы		Группы		Группы		Группы		
	I n=10	II n=11	I n=15	II n=16	I n=7	II n=7	I n=7	II n=7	
I (356нм)	33,8± 5,5♦	32,9± 2,9♦	43,2± 5,1♦♦●	42,8± 4,9♦♦●	34,7± 2,8♦	33,8± 2,6♦	26,3± 2,5	26,7± 2,5	25,2± 2,1
II (370нм)	28,6± 5,3	28,3± 2,4	36,5± 4,2♦	34,3± 3,3♦	30,9± 2,3	29,6± 2,5	25,6± 3,2	25,0± 2,1	24,3± 3,9
III (430нм)	7,4± 2,2♦	9,1± 3,6♦	10,2± 3,1♦♦●	8,1± 2,5♦♦●	6,8± 1,7♦	7,9± 1,8♦	6,7± 2,1♦	6,6± 2,2♦	3,2± 0,8
IV (530нм)	2,3± 0,2♦●	2,4± 0,3♦●	3,1± 0,8♦♦●	2,9± 0,5♦♦●	2,6± 0,5♦●	2,3± 0,3♦●	1,0± 0,3♦	1,5± 0,3♦	0,2± 0,03

- ♦ –  $p < 0,05$ ;
- ♦♦ –  $p < 0,01$  – достоверность различия показателей по сравнению с контрольной группой;
- –  $p < 0,05$  достоверность различия показателей по отношению к аналогичным показателям у больных ЛКИ.

**Таблица 2. - Показатели оптических плотностей нейтральных и основных альдо- и кетонпроизводных в белках сыворотки крови при разных вариантах ишемического инсульта на третьи сутки заболевания.**

Длина волны	КЭИ (n=21)		АТИ (n=31)		ГДИ (n=14)		ЛКИ (n=14)		Контр. группа n=20
	Группы		Группы		Группы		Группы		
	I n=10	II n=11	I n=15	II n=16	I n=7	II n=7	I n=7	II n=7	
I (356нм)	36,2± 5,49♦	38,2± 3,8♦	47,3± 6,7♦♦	45,8± 5,9♦♦	37,2± 5,4♦	36,5± 5,4♦	28,2± 3,4♦	28,2 2,1□	25,2± 2,1
II (370нм)	30,1± 4,1	29,6± 3,4	40,2± 4,6♦♦	38,8± 4,4♦	34,6± 3,8	35,2± 3,8	26,8± 3,6♦	27,1± 2,8♦	24,3± 3,9
III (430нм)	8,7± 1,2♦□	7,6± 1,9♦□	12,8± 1,9♦♦	12,5± 1,1♦	7,2± 1,8♦□	8,1± 1,2♦□	7,1± 1,1♦□	6,3± 1,2♦□	3,2± 0,8
IV (530нм)	2,3± 0,3♦□	2,4± 0,2♦□	4,2± 0,8♦♦	4,1± 0,0♦♦	2,1± 0,3♦□	2,1± 0,1□	2,5± 0,3♦□	1,8± 0,2♦□	0,2± 0,03

- ♦ –  $p < 0,05$ ;
- ♦♦ –  $p < 0,01$  – достоверность различия показателей по сравнению с контрольной группой;
- –  $p < 0,05$  достоверность различия показателей по отношению к аналогичным показателям у больных АТИ.

На третьи сутки острейшего периода у пациентов обеих групп при всех вариантах инсульта наблюдалась тенденция к росту показателей ОМБ с сохранением отмеченной выше закономерности в виде преобладания показателей у больных АТИ. По-прежнему самые высокие показатели ОМБ были отмечены у пациентов обеих групп при АТИ в диапазоне всех волн, превышая аналогичные показатели у больных с ЛКИ, которые в диапазоне I и II волн достоверно не отличались от контрольных показателей, а в диапазоне III и IV волн отличались от последних ( $p < 0,05$ ). Показали ОМБ у пациентов с КЭИ и ГДИ в диапазоне III, IV волн, несмотря на превышающие контрольные значения, были также ниже ( $p < 0,05$ ) аналогичных значений ОМБ у больных АТИ. У больных с ЛКИ вследствие возросших показателей ОМБ в диапазоне IV волны различия между показателями больных с КЭИ и ГДИ сгладились. На третьи сутки острого периода инсульта у больных двух групп при всех патогенетических вариантах ИИ между показате-

лями ОМБ во всех диапазонах волн достоверных изменений не выявлено.

Исследование ОМБ, проведенное на пятнадцатые сутки острого периода ишемического инсульта (после двухнедельного комплексного лечения, в т.ч. с включением ЭМГПС – I группа), выявило общую тенденцию к положительной динамике показателей во всех диапазонах волн при всех патогенетических типах ИИ в обеих группах больных, выявив ряд закономерностей. Полученные результаты отражены в таблице 3.

На 15 сутки острого периода заболевания выявлена положительная динамика со снижением значений ОМБ у всех больных I группы с различными типами ишемического инсульта ( $p < 0,05$ ) даже при отсутствии полной нормализации показателей в диапазоне III, IV волн (за исключением наблюдений с ЛКИ). Так, в I группе больных значения ОМБ отличались ( $p < 0,05$ ) от контрольных при АТИ, КЭИ и ГДИ в диапазонах III и IV волн.

Таблица 3. - Показатели оптических плотностей нейтральных и основных альдо- и кетопроизводных в белках сыворотки крови при разных вариантах ишемического инсульта на пятнадцатые сутки заболевания

Длина волны	КЭИ (n=21)		АТИ (n=31)		ГДИ (n=14)		ЛКИ (n=14)		Контр. группа n=20
	Группы		Группы		Группы		Группы		
	I n=10	II n=11	I n=15	II n=16	I n=7	II n=7	I n=7	II n=7	
I (356нм)	24,7 ±2,3 ◀■	37,2 ±2,9 ◆	30,5 ±2,4 ◀■	41,6 ±5,2 ◆■	25,8 ±2,3 ◀■	37,1 ±2,5 ◆	26,1 ±2,3	27,7 ±2,8	25,2 ±2,1
II (370нм)	25,9 ±3,6	27,3 ±2,8	27,6 ±2,9 ◀	36,1 ±3,6 ◆	26,3 ±2,8 ◀	34,9 ±3,4 ◆	24,8 ±2,3	25,6 ±2,4	24,3 ±2,9
III (430нм)	6,1 ±2,1 ◆◀	7,3 ±2,8 ◆◆	7,1 ±2,1 ◆◆◀	6,7 ±2,1 ◆◀	4,6 ±2,4 ◀◻	4,7 ±1,0 ◆◀◻	3,01 ±1,1 ◀◻◻	5,8 ±1,3 ◆	3,2 ±0,4
IV (530нм)	0,8 ±0,01 ◆◀◻◻	1,9 ±0,1 ◆◆◻	1,8 ±0,3 ◆◆◀◻	2,9 ±0,3 ◆◆◀◆	0,5 ±0,03 ◆◀◻◻	0,96 ±0,01 ◆◆◀◻	0,18 ±0,01 ◀◻◻	0,5 ±0,01 ◆◀◀◻	0,2 ±0,03

◆ –  $p < 0,05$ ; ◆◆ –  $p < 0,01$  – достоверность различия показателей по сравнению с контрольной группой;  
 ■ –  $p < 0,05$  – достоверность различия показателей у больных I и II групп;  
 ◻ –  $p < 0,05$  – достоверность различия показателей у больных по отношению к аналогичным показателям АТИ;  
 ◀ –  $p < 0,05$ ; ◀◀ –  $p < 0,01$  – достоверность различия показателей в динамике по сравнению с аналогичными показателями на третьи сутки (табл. 33).

Вместе с тем у пациентов I группы показатели ОМБ были ниже ( $p < 0,05$ ) идентичных показателей больных II группы при АТИ, КЭИ и ГДИ в диапазоне IV волны. Только у больных с ЛКИ I группы в диапазоне всех волн показатели полностью нормализовались. Нормализация показателей ОМБ у больных II группы с КЭИ, АТИ, ГДИ в диапазонах всех волн, а при ЛКИ – III, IV волн не выявлена. Наиболее выраженными оставались изменения у пациентов с АТИ обеих групп, превышая показатели больных с ГДИ и ЛКИ в диапазоне III и IV волн, а показатели больных с КЭИ в диапазоне IV волны. Следует отметить, что, несмотря на положительную динамику у больных I группы, наиболее стойкие изменения показателей ОМБ ( $p < 0,05$ ) выявлены в диапазонах III и IV волн при КЭИ и АТИ, в диапазоне IV волны при ГДИ, что в свою очередь подтверждает высокую информативность показателей альдегидо- и кетонопроизводных динитрофенилгидразонов основного характера.

Отмеченный факт, по-видимому, объясняется значительным нарушением оксидантной системы при КЭИ, АТИ, ГДИ в диапазоне альдегидо- и кетонопроизводных динитрофенилгидразонов основного характера и обосновывает продолжение и интенсификацию антиоксидантной терапии целенаправленного действия. Большая вариабельность и сохранение изменений в диапазоне III и IV волн при всех вариантах ИИ свидетельствует о высокой ценности данных показателей.

Заключение. Таким образом, анализ проведенного в динамике исследования ОМБ установил достоверное повышение ( $p < 0,05$ ) показателей ОМБ сыворотки крови у больных обеих групп в диапазоне I, III, IV волн в острый период (1-4 сутки) КЭИ, АТИ, ГДИ с достоверным преобладанием показателей при АТИ и регистрацией их отклонения в режиме всех волн. У пациентов с ЛКИ сдвиг показателей отмечен только в режиме III, IV волн. Терапия с включением этилметилгидроксипиридина сукцината (I группа) способствовала нормализации содержания нейтральных альдо-и кетонопроизводных динитрофенилгидразонов белков плазмы крови нейтрального характера (диапазон I и II волн) к 15 дню у пациентов при всех типах ИИ с полной нормализацией показателей в режиме всех волн только у пациентов с ЛКИ, что подтверждает антиоксидантный эффект препарата. Установлено отсутствие полной нормализации

показателей к 15 дню заболевания на фоне приема этилметилгидроксипиридина сукцината в диапазонах III и IV волн при КЭИ и АТИ ( $p < 0,05$ ), в диапазоне IV волны при ГДИ ( $p < 0,05$ ) с преобладанием изменением и замедленностью регресса при АТИ ( $p < 0,05$ ).

Отмеченный факт, по-видимому, объясняется значительным нарушением оксидантной системы при КЭИ, АТИ, ГДИ в диапазоне альдегидо- и кетонопроизводных динитрофенилгидразонов основного характера и обосновывает продолжение и интенсификацию антиоксидантной терапии целенаправленного действия. Большая вариабельность и сохранение изменений в диапазоне III и IV волн при всех вариантах ИИ свидетельствует о высокой ценности данных показателей. Отсутствие полной нормализации показателей ОМБ к 15 дню заболевания на фоне приема мексидола, обусловленное значительным нарушением оксидантной системы при КЭИ, АТИ, ГДИ с преобладанием изменений и замедленностью регресса при АТИ, обосновывает продолжение и интенсификацию антиоксидантной терапии и разработку лекарственных средств с целенаправленным устранением процессов ОМБ в диапазоне альдегидо- и кетонопроизводных динитрофенилгидразонов основного характера.

#### Литература:

1. Дубинина Е.Е., Бурмистров С.О., Ходов Д.А., Поротов Г.Е. // *Вопр. мед. химии.* – 1995. – Т.41, № 1. – С.24–26.
2. Кравцова Е.Ю. Мексидол в комплексной терапии инсульта у лиц работоспособного возраста / Е.Ю. Кравцова, Г.А. Мартынова // *Журнал «Бюллетень экспериментальной биологии и медицины»* – М. Издательство РАМН, 2006. – С. 37–39.
3. Меньшикова Е.Б. Окислительный стресс. Прооксиданты и антиоксиданты / Е.Б.Меньшикова, В.З. Ланкин, Н.К. Зенков и др. – М., 2006. – С.24-28.
4. Dean R.T., Hunt J.V., Grant A.J. et al. // *Free Radikal Biol. Med.* – 1991. – Vol. 11, N12. – P. 161- 165.
5. Stocker R., Keane J.F. // *Physiol. Rev.* – 2004. – Vol. 84. – P. 1381 – 1478.
6. Oliver C.N., Ahn B. W., Moerman E. J. et al. // *J. boil. Cyem.* – 1987. – Vol. 262. – P. 5488–5491

УДК 616.1-056.3+575

## ЭРИТРОЦИТАРЛЫҚ АНТИГЕНДЕР ЖӘНЕ ЖҮРЕК ҚАНТАМЫРЛЫҚ АУРУЛАРЫНА БЕЙІМДІЛІК

М.А. Капакова, Д.С. Садыбекова, Ж.Б. Абдилова

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті, Курчатова қалалық ауруханасы,  
Бородулиха ауданының медициналық орталығы**

### Тұжырым

Миокард инфарктінің МТЖ-мен үйлесіп дамуында, эритроциттарлық антигендермен байланыс сипатының қазақ және орыс ұлты өкілдеріне тән жалпы (M+, Kell-) және әртүрлі (қазақ ұлтында Lewis a; орыс ұлтында Lewis a-b+) заңдылықтары байқалды.

### Резюме

#### ЭРИТРОЦИТАРНЫЕ АНТИГЕНЫ И ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Характер ассоциированности развития инфаркта миокарда в сочетании с ЦВН с эритроцитарными антигенами имеет как общие (M+, Kell-), так различные закономерности, присущие для казахской и русской популяций, что позволяет использовать полученные результаты для прогнозирования развития заболевания с учетом национальной принадлежности больного.

### Summary

#### ERYTHROCYTE ANTIGENS AND PREDISPOSITION TO CARDIOVASCULAR DISEASE

Character of associating of myocardial infarction in a combination with cerebrovascular insufficiency to erythrocyte antigens has as the general (M+, Kell-), so the different patterns characteristic for the Kazakh and Russian populations that allows to use the received results for prognosing of development of disease taking into account a national identity of the patient.

Жүрек –қантамыр ауруы (ЖҚА) бірнеше он жылдық бойына индустриясы дамыған елдерде, оның ішінде Ресей, Қазақстанда өлім-жітімнің басты себебі болып табылады және барлық ЖҚА-н 53%-ін құрайды [1-3].

Адамның генетикалық құрылымы адам ағзасының қоршаған ортаға бейімделу мүмкіндігіне негізгі жауапкершілікті алады. Эритроциттер бетінде өте көп әртүрлі антигендер бар. R.Curtis et.al. зерттеулерінің нәтижесі Lewis фенотипі бар ерекшеліктердің осы фенотипті әйелдерге және басқа Lewis фенотипті ер адамдармен салыстырғанда ЖИА-ға өте жоғары бейімділігі бар [4].

Авторлар тромбоздың патогенезінде ескерілетін АВО жүйесі бойынша эритроцитарлық антигендердің қан ұю процестеріне әсері туралы жорамалдар ұсынды. Зерттеу нәтижелері [5, 6] жүрек ишемия ауруының кездесу жиілігі ІІ А қан тобы өкілдерінде жоғары екендігін дәлелдеді. Венгер зерттеушілері [6] АВО жүйесі бойынша антигендік фенотиптердің арасында бірлескен байланыстың бар екенін ЖИА-мен ауыратын 653 науқастың ангиография нәтижелерін талдау арқылы аспапты зерттеулер көмегімен жүзеге асты. [7, 8]. Зерттеулерде АВО жүйесі бойынша фенотип, гаптоглобин фенотипі, бөлек генетикалық маркерлер анықталды және коронарлық қауіп факторлары өлшенді. ІІ (А) топ өкілдерінде ақ нәсілді әйелдерде холестерин мәні нақты жоғары болған, бұл басқа коронарлық қауіп факторларының әсерімен байланысты емес [9].

Тағы бір айта кететін жайт, кейбір жұмыстарда ғана авторлар иммуногенетикалық маркерлердің бөліну сипатын тәуелді ететін тексерілетін популяциялардың ұлтын атап көрсеткен, ал алынған мәліметтерді тексерілген топпен бақылау тобындағылардың этникалық бірегей болғанда ғана шынайы деуге болады. Эритроциттер жүйесінің басқа да антигендері қан айналу жүйесінің ауруларына бейімділігіне байланыс тексерілді. Осылайша Назаретян және басқа да авторлар Сс гетерозиготалық фенотипі және jK

гомозиготалық фенотипінің (a-b+) жүрек ишемия ауруымен оң байланысын анықтады [10].

**Зерттеу мақсаты:** Миокард инфарктінің ишемиялық ми қантамыр жетіспеушілігімен топтасуына ұлттық ерекшелігіне байланысты клиника-иммундыгенетикалық талдау жүргізу.

**Материалдар мен әдістер:** Эритроциттік антигендерді анықтау құрамында түрлі антиденелері бар иммунды сары суларды қолданумен жүргізілді. 14 антигендер зерттелді: O, A, B, AB, Rh, M, Nm, S, Pl, K, Lea, Leb, Le, Fya. Қан топтарын АВО бойынша Вышеволодск ферменттік дәрі-дәрмектер зауытынан шыққан анти – А, анти - В цоликлоналды гемаглютинация әдісімен анықталады. Резус-факторды Семей қалалық қан құю станциясы дайындаған сары суды қолданып, конглютинация әдісімен анықталды.

Осы мақсатқа сәйкес эритроцит құрылымының антигенін және миокард инфарктінің МТЖ-мен үйлесіп дамуы бар 40 адам алынды. 1 кестеде бақылау тобына кірген қазақ (35 адам) және орыс (15 адам) ұлтты донорлардың эритроцитарлық антигендерінің бөлінуі берілді. Бақылау тобына жүрек-қантамыр жүйесі аурулары және қауіп-қатер факторлары жоқ 23-пен 45 жас аралығындағы 50 донор кірді (орташа жастары 36,7±8,4 жас аралығында).

Негізгі топты миокард инфарктінің ми-тамырлық жетіспеушілігімен үйлесімі бар 40 науқас құрады, олардың 26-сы (65%) ер адам, 14-і (35%) әйел адам. Ұлттық белгілері бойынша негізгі топ 15 (37,5%) қазақ және 25 (62,5%) орыс өкілдері болып бөлінді.

**Зерттеу нәтижелері:** 1 кестеден көретініміз, эритроцитарлық антигендердің бөлінуі екі ұлт донорлары арасында нақты айырмашылық болған жоқ, тек АВО (I) фенотипі орыс ұлтты донорларына (13,33%) (RR=4,88; p<0,05) қарағанда қазақ ұлтты донорлар арасында нақты түрде жиі кездесті (42,86%).

2 кестеден көретініміз, ұлттық ерекшеліктеріне қарай, миокард инфарктінің МТЖ-мен үйлесімі бар

науқастар арасындағы антигендердің Lewis жүйесі бойынша бөлінуінде айрықша белгілер анықталды: орыс өкілдеріне қарағанда (8,00%; RR=5,62; p<0,05), қазақ ұлтты науқастарда Lewis a+ антигені жиі кездесті

(20,00%). Ал Lewis a- фенотипі қазақ ұлтты науқастарға қарағанда, орыс ұлт өкілдерінде жиі кездескенін көреміз: 92,00 % және 80,00 % сәйкес (RR=5,62; p<0,05).

**Кесте 1- Бақылау тобындағы эритроцитарлы антигендер (қазақ және орыс ұлтты донорлар)**

Эритроцитарлы антигендер	Қазақтар, (n=35)		Орыстар, (n=15)		RR	P
	Абс.сан	%	Абс.сан	%		
ABO I	15	42,86	2	13,33	4,88	0,03*
ABO II	7	20,00	4	26,27	-1,45	0,25
ABO III	10	28,57	6	40,00	-1,67	0,18
ABO IV	3	8,57	3	20,00	-2,67	0,19
Rh+	4	11,43	0	0,00	4,43	0,23
Rh-	31	88,57	15	100,00	-4,43	0,23
M+	13	37,14	6	40,00	-1,13	0,24
M-	22	62,86	9	60,00	1,13	0,24
N+	13	37,14	3	20,00	2,36	0,14
N-	22	62,86	12	80,00	-2,36	0,14
Kell+	8	100,00	5	100,00	1,55	1,00
Lewis a+	28	80,00	3	86,67	-1,63	0,28
Lewis a-	7	20,00	2	13,33	1,63	0,28
Lewis b+	15	42,86	3	20,00	3,00	0,08
Lewis b-	20	57,14	12	80,00	-3,00	0,08
P1+	16	47,06	5	33,33	1,78	0,17
P1-	18	52,94	10	66,67	-1,78	0,17

\*-берілген донорлар көрсеткіштерінің мәліметтері нақты, p<0,05; - RR-салыстырмалы қауіп.

**Кесте 2- Миокард инфарктінің МТЖ-мен үйлесімі бар науқастардағы ұлттық белгілері бойынша (негізгі топ) эритроциттік антигендердің салыстырмалы сипаттамасы**

Эритроцитарлы антигендер	Қазақ ұлтты науқастар, (n=15)		Орыс ұлтты науқастар, (n=25)		RR	P
	абс.сан	%	абс.сан	%		
ABO I	3	20,00	8	32,00	-1,14	0,17
ABO II	7	46,6	4	16,00	-1,15	0,16
ABO III	3	20,00	10	40,00	1,38	0,14
ABO IV	2	13,4	3	12,00	-1,10	0,35
Rh+	13	86,6	20	80,00	3,72	0,06
Rh-	2	13,4	5	20,00	-3,72	0,06
M+	12	80,00	16	64,00	1,11	0,22
M-	3	20,00	9	36,00	-1,11	0,22
N+	4	26,6	7	28,00	-1,28	0,15
N-	11	73,4	18	72,00	1,28	0,15
Kell-	15	100,00	25	100,00	-1,37	1,00
R-ч+	10	66,6	15	60,00	1,29	0,21
R-ч-	5	33,4	10	40,00	-1,29	0,21
Lewis a+	3	20,00	2	8,00	5,62	0,02*
Lewis a-	12	80,00	23	92,00	-5,62	0,02*
Lewis b+	8	53,3	20	80,00	-1,32	0,13
Lewis b-	7	46,7	5	20,00	1,32	0,13
P1+	10	66,6	18	72,00	-1,04	0,16
P1-	10	66,6	7	28,00	1,04	0,16
Fya+	4	25,00	6	30,00	-1,29	0,27
Fya-	11	75,00	14	70,00	1,29	0,27

\*-берілген көрсеткіштерінің мәліметтері нақты, p<0,05; -RR-салыстырмалы қауіп.

Ұлттық ерекшеліктеріне қарай, миокард инфарктінің МТЖ-мен үйлесімі бар науқастарда эритроцитарлы антигендердің кездесу жиілігі жайындағы талдау, Lewis жүйесі бойынша эритроцитарлы антигендердің бөліну өзгешеліктерін тапты. Lewis a+ фенотипі қазақ ұлтты науқастар арасында оң байланыста болса, орыс ұлт өкілдері арасында теріс байланысты тудырды.

**Қорыта келе,** орыс ұлтты науқастарда миокард инфарктінің ми-тамырлық жетіспеушілігімен үйлесіп дамуына әкелетін Kell-, M+, Lewis a-b+, фенотиптері

анықталды. Сонымен қатар, осы ауруларға төзімділік тудыратын Kell+, M-, Lewis a+ фенотиптері анықталды.

**Әдебиеттер:**

1. Джусипов А.К., Абылайұлы Ж., Ошақбаев К.П., Аманов Т.И. Здоровье населения Казахстана по сердечно-сосудистым заболеваниям и работы кардиологической службы // Терапиялық хабаршы, 2004, №3, Б.3-6.

2. Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // *Өмір сапасы. Медицина*, 2003, №2, Б.10-15.

3. Бокарев И.Н., Немчинов Е.Н., Ермолаева О.А. Атеротромбоз и острый коронарный синдром // *Клиникалық медицина*, 2005, №2, Б.4-9.

4. Лобань Г.А. Взаимосвязь свертывания крови с наследственным полиморфизмом ее антигенов // *Проблемы гематологии и переливания крови*, 1982, №4, Б.43-46.

5. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммуногематология. Медицина, 1988, 312 с.

6. Tarjan Z, Tonelli M, Duba J, Zorandi A. Correlation between ABO and Rh blood groups, serum cholesterol and ischemic heart disease in patients undergoing coronary angiography // *Orv Hetil*, 1995, Vol. 136(15), P.767-769.

7. Gillum R.F. Blood groups, serum cholesterol, serum uric acid, blood pressure and obesity in adolescents // *J Natl. Med. Assoc*, 1991, Vol.83 (8), P.682-688.

8. Sapozhnikov I. Relationship between serum cholesterol content, arterial blood pressure and the ABO blood group phenotype in middle-aged men. // *Kardiologia*, 1977 May; Vol.17 (5), P. 108-113.

9. Horby J., Gyrtrup H.J., Grande P., Vestergaard F. Relation of serum lipoproteins and lipids to the ABO blood groups in patients with intermittent claudication // *J. Cardiovasc. Surg. (Torino)*, 1989, Vol.30(4), P.533-537.

10. Назаретян А.К., Нерсисян В.М., Мартиросян И.Г. және басқалар. Особенности распределения иммуногенетических маркеров эритроцитарных систем при ишемической болезни сердца // *Гематология және трансфузиология*, 1993, №6, Б.40-41.

УДК 616.12-008.341+612.13

## АСПЕКТЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

А.А. Дюсупова, Г.Б. Жумагулова, И.Х. Альпаева, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова, В.Т. Ахметова

*Кафедра общей врачебной практики и эндокринологии  
Государственный медицинский университет города Семей*

### Тұжырым

#### ИНФУЗИОНДЫ-ТРАНСФУЗИОНДЫ ТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ОРТАЛЫҚ ГЕМОДИНАМИКА АСПЕКТІЛЕРІ

*Бұл жұмыста науқастарда инфузионды-трансфузионды терапия жүргізу кезіндегі орталық гемодинамиканы зерттеу нәтижелері көрсетілген. Волемиялық асқынудың алдын алу мақсатында ОВҚ бастапқы және посттрансфузионды деңгейі мен өкпе гемодинамикасының көрсеткіштерін бақылау қажет. ОВҚ 30 мм сын.бағ жоғары болуы кезінде өкпе гипертензиясы белгілері анықталған.*

### Summary

#### ASPECTS OF CENTRAL HAEMODYNAMICS AT CARRYING OUT OF INFUSION-TRANSFUSIONAL THERAPY

*In the present work results of studying of central haemodynamics at patients are resulted at carrying out infusion-transfusal therapy. For the purpose of prevention of volemic complications the control for initial and posttransfusional level CVP and indicators of pulmonary haemodynamics is necessary. At CVP more than 30 mm of Hg. signs of a pulmonary hypertension are revealed.*

В соответствии с литературными данными критерием адекватности противошоковой терапии, основу которой составляет инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ), является показатель центрального венозного давления (ЦВД) [1,2,4].

В литературе в качестве исходных показателей венозного давления на периферических венах конечностей (ПВД): в локтевой вене и в венах стопы приводятся величины от 50-60 до 110-120 мм вод.ст. [1,2,4]. Исследователи более позднего периода [5-7] в качестве показателей ЦВД в верхней полой вене приводят почти аналогичные цифровые данные от 30 до 120 мм вод.ст., совпадающие с данными ПВД предыдущих исследователей. В наших же предыдущих работах установлены другие показатели нормального ЦВД от отрицательного до слабо положительного, не более 30-40 мм вод.ст. [3].

В связи с этим нами решено было провести оценку состояния центральной и легочной гемодинамики у больных до и после проведения ИТТ.

**Материалы и методы.** Состояние центральной и легочной гемодинамики оценивали методами инвазивного (измерение ЦВД) и неинвазивного мониторинга (эхокардиографическое исследование сердца). С целью

измерения ЦВД в палате интенсивной терапии (ПИТ) всем обследуемым проводилась катетеризация подключичной вены по Сельдингеру. Подключичный катетер с соблюдением всех правил по уходу продолжал функционировать и в условиях профильного травматологического отделения. Остальные параметры (прямые и расчетные) центральной и легочной гемодинамики (МО-минутный объем, УО-ударный объем, УИ-ударный индекс, СИ-сердечный индекс, ФВ-фракция выброса, ЛП-левое предсердие, ПЖ-правый желудочек, ОЛС-общее легочное сопротивление, ДЛАСр.-среднее давление в легочной артерии, диаметр ЛА-легочная артерия, максимальную скорость кровотока через ЛА, ОПСС-общее периферическое сосудистое сопротивление, ИУРПЖ-индекс ударной работы правого желудочка и ИУРЛЖ-индекс ударной работы левого желудочка) регистрировались с помощью метода эхокардиографического исследования сердца.

Методики мониторинга применялись у 18 больных, получавших лечение в ПИТ и в специализированном травматологическом отделении больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Семей ВКО. Из них 42,8% составили больные с отморожениями 2-4 степени,

43,4% - лица с ожогами 2-3Б степени, остальные 13,8% - больные с переломами голеней. Средний возраст пациентов составлял  $49,6 \pm 1,6$  лет, площадь поверхности тела -  $1,62 \pm 0,03$  м<sup>2</sup>.

**Результаты и их обсуждение.** Всем больным оказывалась неотложная помощь, основой которой являлась ИТТ. ИТТ состояла из коллоидных, кристаллоидных растворов, препаратов крови и кровезаменителей. По результатам анализа выявлено, что объем внутривенной инфузии составил от 500 до 1300 мл/сутки.

Исследованием исходных значений параметров центральной и легочной гемодинамики у больных до начала ИТТ в целом по группе выявлено нормальная деятельность сердечно-сосудистой системы.

Иная ситуация сложилась после проведенной инфузионной терапии. Так зарегистрировано статистически значимое повышение величин ЦВД от  $6,3 \pm 0,8$  до  $48 \pm 3,3$  мм вод.ст., АДср. от  $96 \pm 1,2$  до  $107,7 \pm 1,6$  мм рт.ст. ( $P < 0,05$ ). Частота сердечных сокращений возросла до  $94,6 \pm 1,2$  ударов в минуту ( $P < 0,05$ ). Показатели МО и СИ достоверно отличались от исходных их значений ( $7,1 \pm 0,2$  л/мин и  $4,1 \pm 0,1$  л/мин/м<sup>2</sup>) и составили соответственно  $8,2 \pm 0,1$  л/мин,  $4,9 \pm 0,1$  л/мин/м<sup>2</sup>. То же самое можно сказать и о ЛП и ПЖ, полостные размеры которых увеличились до  $3,3 \pm 0,04$  и  $2,7 \pm 0,03$  см при исходных значениях  $3,1 \pm 0,05$  и  $2,4 \pm 0,04$  см соответственно ( $P < 0,05$ ). Касательно параметров ФВ, УО и УИ, то динамика последних носила характер тенденции ( $P > 0,05$ ). Сократительная же функция миокарда при проведении ИТТ значимо увеличилась, несколько превышая их нормальные значения (ИУРПЖ  $12,7 \pm 0,7$ , ИУРЛЖ  $75,3 \pm 2,2$  т·м/ м<sup>2</sup>/уд,  $P < 0,05$ ). Последним изменением соответствовало достоверное снижение ОПСС с  $1153 \pm 24,9$  до  $1064 \pm 20,4$  дин/см<sup>5</sup>. При этом обнаружена достоверная корреляция показателей сократительной способности миокарда с ударным индексом: ИУРПЖ и УИ – коэффициент корреляции  $R = 0,37$  ( $P < 0,05$ ,  $n = 18$ ); ИУРЛЖ и УИ –  $R = 0,83$  ( $P < 0,05$ ,  $n = 18$ );

Относительно динамики параметров легочной гемодинамики, то выявлено достоверное повышение ДЛАСр. и диаметра ЛА от  $12,6 \pm 0,7$  и  $2,1 \pm 0,05$  до  $17,7 \pm 0,8$  мм рт.ст. и  $2,4 \pm 0,03$  см соответственно ( $P < 0,05$ ). Обнаружены повышенные значения ОЛС -  $310 \pm 13,6$  дин/см<sup>5</sup> ( $P < 0,05$ ) и максимальной скорости легочного кровотока -  $1,0 \pm 0,04$  м/с ( $P < 0,05$ ). Выявлена достоверная корреляция указанных показателей ЦВД и ДЛАСр. – коэффици-

ент корреляции  $R = 0,77$  ( $P < 0,01$ ,  $n = 18$ ); ЦВД и ОЛС -  $R = 0,61$  ( $P < 0,01$ ,  $n = 18$ ).

#### Выводы.

1. При проведении ИТТ с целью профилактики волемиических осложнений необходим контроль за исходным и посттрансфузионным уровнем ЦВД и показателями легочной гемодинамики (ДЛАСр., ОЛС, максимальная скорость кровотока ЛА).

2. Эхокардиографическое исследование сердца в сочетании с измерением ЦВД позволяет получить объективную информацию о состоянии центральной и легочной гемодинамики у больных в процессе проведения ИТТ и предупредить развитие гипертонического состояния.

3. При значениях ЦВД более 30 мм вод.ст. выявлены признаки легочной гипертензии.

4. Между показателями ЦВД и ДЛАСр. и ЦВД и ОЛС - выявлена достоверная корреляция – коэффициенты корреляции  $R = 0,77$  ( $P < 0,01$ ) и  $R = 0,61$  ( $P < 0,01$ ) соответственно.

#### Литература:

1. Аденский А.Д. Методика и техника исследования венозного давления // Венозное давление и значение его в клинике сердечно-сосудистых заболеваний. - Минск. - 1953. - С. 8-56.

2. Вагнер Е.А., Тавровский В.М. Централизация кровообращения // Трансфузионная терапия при острой кровопотере. - Медицина. - 1977. - С. 7-8.

3. Дюсюпова А.А. Гемодинамические аспекты при инфузионной терапии в неотложной практике. - Республиканский журнал «Поиск» №2. - Алматы, 2007. - С. 120-123.

4. Мартыничев А.Н., Никитина Н.И., Трунин М.А. Краткие анатомо-физиологические данные о венозном давлении // Венозное давление в хирургической клинике. - М., 1963. - С. 5-17.

5. Пермяков Н.К. Патология реанимации и интенсивной терапии. - Москва. «Медицина». 1985г.

6. Чибуновский В.А. Центральное венозное давление. Его роль при оценке кровообращения и в контроле инфузионной терапии. Методы его измерения. Алматы. 1991/2005г.

7. Чеберев Н.Е., Пакалев Г.М., Шабанов В.А. и др. Венозное давление // Венозная гипертензия. - Нижний Новгород. - 2003. - С. 13-15.

УДК 616.12-008.331-10

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Р.Е. Кулубеков, А.С. Дюсюкенова

Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей

#### Резюме

За редким исключением все виды нарушений ритма сердца и проводимости являются признаком какого – либо патологического процесса и его успешное лечение, как правило, приводит к устранению аритмии.

#### Тұжырым

#### КЕЙБІР СҰРАҚТАР ЕМДЕУ АНТИАРИТМКАЛЫҚ ДӘРІ

Антиаритмикалық дәрілермен емделудің әртүрлі сұрақтары. Жүрек соғысының барлық түрлері және өзгеру процесінің жақсы емделуі аритмияның жоюына әкеп соқтырады.

## Summary

## THE SOME QUESTIONS OF THERAPY OF ANTIARRITHMIC PREPARATIONS

*All of types breach of accompany of rhymes' of heart is are sign of pathologic process and rational treatment finishes this disease.*

За редким исключением все виды нарушений ритма сердца и проводимости являются признаком какого – либо патологического процесса и его успешное лечение, как правило, приводит к устранению аритмии.

Наджелудочковые аритмии (НА). Необходимость немедленного антиаритмического вмешательства определяется не самими НА, а вызванными нарушениями кровообращения (коллапс, нарастание СН, стенокардия). Все ПАП являются по своей сути кардиоплегическими препаратами, поэтому лечение ими всегда должно быть убедительно обосновано. В самой природе данного вида аритмий заложена не только внезапность возникновения, но и прекращения, поэтому предпочтительной остается выжидательная тактика (психотерапевтическое воздействие, седативные, транквилизаторы) если только конкретные НК не вынудят к применению лечебных мер.

У лиц молодого и среднего возраста при отсутствии тяжелого поражения ССС НА (предсердная пароксизмальная тахикардия, реципрокная узловатая тахикардия) могут быть прерваны рефлекторными приемами (стимуляция блуждающего нерва за счет массажа каротидной зоны, искусственно вызванная рвота и т.д.). Физические нагрузки резко ограничены.

1. В/в капельное введение 200-300 мл поляризующего р-ра + дигоксин 0,25 – 0,50 мг или изоланд 0,20-0,40 мг, но не коргликон. Если нет возможности провести инфузионную терапию, не следует сразу прибегать к в/в введению новокаинамида, гилуритмала, изоптинна и др. ПАП, поскольку суправентрикулярная тахикардия не грозит ни ОСН, ни фатальными желудочковыми аритмиями, ни сосудистым коллапсом. Если такая угроза реальна, то применение данных препаратов может усугубить перечисленные осложнения, чем предотвратить их. Необходимо поддерживать уровень АД, а в случае развития отека легких использовать нитраты.

2. Безотлагательное лечение при развитии аритмогенного коллапса при артериальной гипотензии. Коллапс развивается при суправентрикулярных тахикардиях, осложняющих ОИМ, порок сердца, миокардит или возникающих на фоне синдрома WPW. При необходимости купирования в/в вводят 5 мг изоптина в течение 30-60 секунд. При неэффективности повторяют через 20-30 минут в той же дозе или повышают до 10 мг. Изоптин не следует вводить при исходно низком АД и большим WPW.

3. Если эффект не достигнут, применяют чрезпищеводную кардиостимуляцию и синхронизированную кардиоверсию. Применение других ПАП при этих формах аритмий неадекватно.

Трепетание предсердий с тахикардией желудочков. Купируют синхронизированной кардиоверсией или чрезпищеводной кардиостимуляцией, которая позволяет перевести трепетание в фибрилляцию предсердий с последующим восстановлением синусового ритма. Истинный коллапс при данной форме

НА возникает редко, поэтому допустимо использовать хинидин внутрь по 0,2-0,3 мг каждые 2-3 часа (до 1,6 – 2 г/сут) в сочетании с индералом по 10-20 мг 3-4 раза в сутки. Холинолитический эффект хинидина может привести к улучшению атриовентрикулярной проводимости, что вызовет прирост ЧСС. При данной ситуации благоприятно сочетать хинидин с бета – адреноблокаторами или с небольшими дозами сердечных гликозидов. При трепетании можно применить поляризующую смесь с умеренными дозами сердечных гликозидов.

Тахисистолическая форма мерцательной аритмии практически не отличается от купирования трепетаний: комбинированно применяют хинидин, пропранолол, СГ. Редко бывают причиной истинного артериального коллапса. В то же время urgentные ситуации (ОИМ, пороки сердца, миокардит, синдром WPW) не оставляют время для размышления о выборе ПАП и в этом случае наиболее рациональным методом является экстренная синхронизированная кардиоверсия.

При рецидивирующих пароксизмах НА: причина re – entry: предпочтителен кордарон, начиная с 600 мг/сутки, изоптин (начиная 240 мг/сутки) или группа этмозина. В случае экстрасистолической природы (повышение автоматизма, тригерная активность) пароксизма: хинидин, новокаинамид, ритмодан. При невозможности определить механизм НА лечение начинают с кордарона, а при неэффективности переходят к применению противоэкстрасистолических препаратов.

При рецидивирующих пароксизмах НА у лиц пожилого возраста с синатриальным синдромом из-за возможности чрезмерного угнетения синусового узла: кордарон с далагиллом или хинидин с далагиллом или аллапинин. Лечение должно быть длительным и непрерывным. Эффективность определяется критерием: либо через несколько месяцев или лет пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия переходит в мерцательную аритмию, либо возникают показания к имплантации кардиостимулятора.

Ориентировочные дозы: первые 7 дней кордарон 600 мг/сут, далагил 400 мг/сут, следующие 10-15 дней по 400 мг/сут, далее продолжают постоянный прием далагила по 200 мг/сут, а дозу кордарона уменьшают по 50-100 мг каждые 10-15 дней, поддерживающая доза кордарона 100-200 мг в сутки. Терапевтическое насыщение кордароном можно контролировать по появлению отложений в радужной оболочке глаза.

Хинидин начинают применять с 600 мг/сутки, а затем, как и кордарон, уменьшают до 400 мг/сут, далее уменьшают до 200 – 300 мг/сут. Далагил дозируют как в схеме с кордароном. Допустимо применение пролонгированного хинидина (хинидин – дурулес, кинелентин). Аллапин назначают по 50 мг 2-3 раза в сутки, затем в зависимости от эффекта снижают до 75 мг/сут.

УДК 616.12-008.331.1-08

**КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

А.М. Шулепова, Л.С. Хухарева, Г.Н. Булыгина, А.Х. Жапарова, Е.Ю. Ткаченко

**КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», «Железнодорожная больница», КГКП «Поликлиника смешанного типа №2», КГКП «Поликлиника смешанного типа №4», г. Павлодар****Резюме**

В данной статье освещается клинический опыт, врачей общей практики, применения гипотензивных препаратов разных групп исходя из трех типов артериальной гипертензии (гиперкинетической, эукинетической, гипокинетической).

**Summary****CLINICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION**

This article highlights the clinical experience of general practitioners, the use of antihypertensive drugs of different groups on the basis of three types of arterial hypertension (hyperkinetic, eukineticheskoy, hypokinetic).

**Түжырым****ТАМЫР ГИПЕРТЕНЗИЯСЫНЫҢ ЕМДЕУІНДЕГІ КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ**

Клиникалық тәжірибе, жан-жақты дәрігерлер, әртүрлі топтардың гипотензия препараттарының қолдануы (жоғарғы кинетикалық, эукинетической, гипокинетикалық) тамыр гипертензиясының үш түрлерінен сүйене осы бапта жарияланады.

Мы все знаем, как часто встречается в практике врачей всех специальностей повышение артериального давления, и поэтому каждый врач имеет большой опыт в лечении данной нозологии.

В данной статье мы не будем приводить статистические данные АГ и опасность этого заболевания в отношении грозных осложнений и не станем останавливаться на классификации препаратов в лечении АГ, это всем известно. Хотелось рассказать об опыте использования гипотензивных средств при различных клинических проявлениях повышения АД.

В клинической практике важно знать разделение гипертензий на три типа, которые играют в важную роль в выборе гипотензивного препарата: гиперкинетический, эукинетический и гипокинетический. Различие состоит в механизме повышения давления, т. е. в том, возрастает ли выброс крови из сердца или сопротивление периферических сосудов, либо то и другое происходит одновременно.

**Гиперкинетическая гипертензия.**

Для гиперкинетического типа характерно увеличение сердечного выброса (ударного, минутного объемов) при нормальном или пониженном общем периферическом сопротивлении. Характер гиперкинетической гипертензии чаще лабильный, систолический. Течение доброкачественное. Больше характерен данный тип для 1-2 стадии АГ, признаки сердечной недостаточности отсутствуют, ретинопатия и признаки ИБС отсутствуют. Клинически этот тип проявляется головной болью пульсирующего характера, появляется мелькание мушек перед глазами, могут присоединиться тошнота и рвота. Учащается сердцебиение, которое пугает больного. Больные ощущают общее возбуждение, чувство жара и дрожь в теле, повышение потоотделения, иногда может возникнуть обильное мочеиспускание.

В данной ситуации в лечении приоритет отдается мочегонным средствам и бета-блокаторам. Нужно также учитывать стадию заболевания: если это 1 стадия, то возможно применение монотерапии мочегонными или бета-блокаторами с обязательным добавлением седативных средств и изменением образа жизни (полноценный отдых; нормализация сна; ежедневные физ. нагрузки такие как ходьба, бег, любой вид фитнеса; разнообразное полноценное питание с исключением

повышенного потребления соли, переедания; постоянный контроль веса тела и при его повышении добиться нормализации). При 2 стадии АГ используются комбинации препаратов (мочегонные + бета-блокаторы). Хотелось также отметить ошибку в назначении бета-блокаторов перед сном, т.к ночью отмечается физиологическое снижение ЧСС и действие бета-блокаторов урежает ЧСС до 30-40 в 1 минуту, что проявляется приступами сердечной астмы, внезапной остановкой сердца. Если имеется необходимость назначать бета-блокаторы во второй половине дня, то лучше это сделать в 16-17 часов, этим избегая чрезмерного снижения ЧСС в ночное время. К сожалению, при 2-3 стадиях АГ не всегда удаётся коррекция АД мочегонными и бета-блокаторами и в этой ситуации при гиперкинетической гипертензии более оправданно назначение ИАПФ.

**Гипокинетическая гипертензия.**

Гипокинетический тип характеризуется чрезмерным повышением общего периферического сопротивления, снижением ударного и минутного выброса. Периоду стабилизации болезни соответствуют морфологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Характерен стойкий характер гипертензии. Наблюдается злокачественное течение. Чаще наблюдается во 2-3 стадиях АГ. Ретинопатия выраженная. Признаки сердечной недостаточности наблюдаются как при нагрузке, так и в покое. Признаки ИБС присутствуют очень часто. Беспокоят боли в области сердца: так как повышение АД связано с усилением работы сердца (для преодоления возросшего сопротивления), одышка, часто дрожь всего тела. При этой форме гипертензии наиболее показаны пролонгированные антагонисты кальция (амлодипины). Но у них есть существенный недостаток, который ограничивает их использование – это периферические отеки. Избежать этого побочного эффекта можно используя суточную дозу не более 5 мг, но этой дозой мы не всегда можем сохранять АД в пределах нормы и тогда приходится прибегать к другим группам гипотензивных препаратов. В этом случае необходимо вновь исходить из клиники: если у больного наблюдается учащенное сердцебиение то желательно добавить бета – блокатор и лучше всего карвидилолы т.к. они также имеют свойство периферических вазодилататоров; если у больного присутствуют такие симптомы как головная

боль, тошнота то предпочтительнее ИАПФ и (или) мочегонные препараты.

#### **Эукинетическая гипертензия.**

При эукинетическом типе сердечный выброс существенно не способен изменяться, а общее периферическое сопротивление повышается умеренно. Характер эукинетической гипертензии чаще стойкий, систоло-диастолический, течение доброкачественное. Характерен для 1-3 стадий АГ. Признаки сердечной недостаточности могут возникать при нагрузке. Ретинопатия обычно выражена. Довольно часто наблюдаются признаки ИБС. Клиника может быть самой разнообразной. Рекомендуется использование ИАПФ, мочегонных препаратов.

Для всех гемодинамических форм АГ в лечении очень важны и немедикаментозные методы. К основным методам немедикаментозного лечения артериальной гипертензии относятся:

1. диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении;
2. ограничение употребления алкоголя;
3. регулярные физические упражнения;
4. прекращение курения;
5. снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

Рекомендуемое больным с артериальной гипертензией ограничение соли направлено на снижение АД за счет уменьшения ОЦП. Самостоятельным гипотензивным эффектом обладает лишь резкое снижение ее потребления - до 10-20 ммоль в сутки, что мало реально. Умеренное ограничение соли (до 70-80 ммоль в сутки) слабо влияет на уровень АД, но потенцирует действие всех антигипертензивных препаратов. В этих целях больным рекомендуют прекратить досаливать пищу и избегать продуктов с высоким содержанием соли. Нормализация массы тела оказывает умеренное независимое гипотензивное действие, возможно, вследствие уменьшения симпатической активности. Оно способствует также снижению уровня холестерина в крови, уменьшению риска развития ИБС и сахарного диабета.

Такой же эффект дают регулярные физические тренировки (Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group и др.).

Алкоголь в умеренном количестве не оказывает вреда, так как обладает релаксирующим свойством. В больших дозах он, однако, вызывает вазопрессорное действие и может приводить к повышению уровня триглицеридов и развитию аритмий.

Курение и артериальная гипертензия оказывают аддитивное влияние на вероятность летального исхода от сердечно-сосудистых заболеваний. Курение не только повышает заболеваемость ИБС, но и является независимым фактором риска внезапной смерти, особенно при наличии гипертрофии левого желудочка и сопутствующей ИБС. Больным с артериальной гипертензией следует настоятельно рекомендовать бросить курить.

Различные методы релаксации (психотерапия, аутотренинг, йога, увеличение продолжительности отдыха) улучшают самочувствие больных, но не влияют существенно на уровень АД. Их можно использовать в качестве самостоятельного метода лечения только при пограничной артериальной гипертензии, а при наличии показаний к медикаментозной терапии эти методы не могут ее заменить. Больным с артериальной гипертензией противопоказана работа, связанная с такими профессиональными факторами, способствующими повышению АД, как шум, вибрация и др.

В данной статье приведен лишь незначительный опыт в лечении артериальной гипертензии, который мы надеемся, окажется полезным для врачей всех специальностей.

#### **Литература:**

1. Шхвацабая И.К. Внутрисердечная геодинамика и клиничко-патогенетические варианты течения гипертонической болезни / Кардиология. - 1977. - №10. - С. 8-18.
2. Шхвацабая И.К., Константинов Е.Н., Гундаров И.А. / О новом подходе к пониманию гемодинамической нормы / Кардиология. - 1981. - № 3. - С. 10-14.

УДК 616.12-008.331-08

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**А.С. Дюсюкенова, Р.Е. Кулубеков**

**КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей,  
РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей»**

*Режим дозирования и применение лекарственных средств при артериальной гипертензии разделяет их в соответствии с регуляторными зонами или механизмами, на которые они действуют.*

#### **Тұжырым**

**Рационалдық қан қысымының гипертензиясының рационалдық фармакотерапиясы**

*Мөлшер тәртібі және дәрілік заттарды қолдану қан қысымының гипертензиясының әсер ету механизмінің сәйкестігіне солардың әсер етуіне байланысты бөледі.*

#### **Summary**

### **THE RATIONAL PHARMACOTHERAPY FOR ARTERIAL HYPERTENSION**

*Regime of dosage and application remedies by arterial hypertension divided theirs accordingly with regulation zones and mechanisms, on which they acted.*

Все антигипертензивные средства действуют на одну или несколько анатомо-физиологических структур, участвующих в регуляции АД и оказывают эффект путем вмешательства в механизмы повышения АД. Рабо-

чая классификация гипотензивных препаратов разделяет их в соответствии с регуляторными зонами или механизмами, на которые они действуют (таблица 1).

**Таблица 1. - Препараты, точки приложения антигипертензивных препаратов.**

Препараты выбора и др. препараты	Точки приложения
Метилдопа, клонидин, гуанабес, гуанфацин	Вазомоторный центр
Гуанетидин, гуанадрел, резерпин	Симпатические нервные окончания
Триметафан	Симпатические ганглии
Пропранолол и др. бета –блокаторы	Бета-рецепторы сердца, проводящей системы сердца, сосудов, бронхов
Празозин и др. альфа-блокаторы	Альфа-рецепторы сердца
Гидралазин, миноксидил, нитропруссид, диазоксид	Гладкая мускулатура сосудов
Верапамил и др. блокаторы кальциевых каналов	Гладкая мускулатура сосудов
Пропранолол и др. бета –блокаторы	Бета-рецепторы юктагломерулярных клеток, высвобождающих ренин
Тиазиды и др.	Канальцы почек
Каптоприл и др. ингибиторы АПФ	Блок превращения АТ1 в АТ2.

*Стандарт лечения гипертонической болезни II стадии.*

*Вариант 1. Средний возраст, умеренное питание.*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 80-120 мг в сутки в 3 приема.
- 2) Антагонисты кальция – нифедипин 90-120 мг в сутки в 2-3 приема

*Вариант 2. Средний возраст, повышенное питание*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 90 – 120 мг в сутки в 2 – 3 приема.
- 2) Диуретики – гидрохлортиазид – 50 – 75 мг в сутки в первой половине дня.

*Вариант 3. Артериальная гипертензия с кардиальной симптоматикой.*

- 1) Антагонисты кальция – нифедипин 40-60 мг в сутки в 2-3 приема
- 2) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема
- 3) Диуретики – гидрохлортиазид – 50 – 75 мг в сутки в первой половине дня.

*Вариант 4. У пожилых людей.*

- 1) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема
- 2) Диуретики – гидрохлортиазид – 25 – 50 мг в сутки в первой половине дня.
- 3) Препараты центрального действия – метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.

*Стандарт лечения гипертонической болезни III стадии.*

*Вариант 1. Повышение АД с выраженными проявлениями активизации симпато – адреналовой системы: тремор рук, слабость, сердцебиение, раздражительность, потливость, плохой сон и т.д.:*

- 1) бета – адреноблокаторы – пропранолол по 60-100 мг в сутки в 2- 3 приема.
- 2) Антагонисты кальция – нифедипин 80 мг в сутки в 2-3 приема
- 3) Диуретики – гидрохлортиазид – 75 мг в сутки в первой половине дня.
- 4) Ингибиторы АПФ – каптоприл 50 – 100 мг в сутки в 3 приема

*Вариант 2. Избыточная масса тела.*

- 1) бета – адреноблокаторы – атенолол по 50 – 100 мг в сутки в 1 – 2 приема.
- 2) Диуретики – фуросемид – 80 мг в сутки 2 – 3 раза в неделю.
- 3) Препараты центрального действия – метилдопа по 250 мг 2 раза в день, коррекция дозы через 2 дня.
- 4) Антагонисты кальция – нифедипин 120 мг в сутки в 2-3 приема.

Вышеуказанные схемы должны оказать эффект на 2- 3 сутки. При эффекте лечение может длиться 2 – 3 недели. В случае неэффективности: изменение режима дозирования указанных препаратов; замена недостаточно эффективного препарата или отсутствующего лекарственного средства другим этой же группы; вызов на консультацию кардиолога или госпитализация в специализированное кардиологическое отделение.

УДК 616.12-008.331.1-053.88

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.М. Шулепова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Павлодар

### Резюме

Освещение результатов доказательной медицины, международных рекомендаций в лечении пожилых пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией.

## Summary

**FEATURES OF TREATMENT OF ISOLATED SYSTOLIC HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENTS**

*Coverage of the results of evidence-based medicine, international recommendations for the treatment of elderly patients with isolated systolic hypertension.*

В Казахстане, как и в большинстве развитых стран, увеличилось число лиц пожилого и старческого возраста. Кроме того, произошло увеличение той категории пожилых, которые относятся к возрастной группе "старше 80 лет. Для республики характерен высокий процент заболеваемости, инвалидности и смертности населения пожилого возраста. Результаты среднестатистических исследований о причинах смерти престарелых граждан свидетельствуют, что в 30 % ими являются сердечно – сосудистые заболевания, в 30 % - злокачественные опухоли, в 40 % - другие заболевания. Большой процент составляют пациенты с артериальной гипертензией. В настоящее время не возникает сомнений в необходимости лечения АГ у лиц пожилого и старческого возраста. Ушли в прошлое представления о физиологическом повышении АД и необязательности лечения АГ у пожилых лиц. Повышение АД не является закономерным следствием старения, хотя имеются основания полагать, что частично АГ определяется возрастными изменениями в организме, в том числе сосудов. В генезе повышения АД имеют значение, как гемодинамические факторы, так и нейрогормональная дисфункция. Степень выраженности атеросклероза не коррелирует со степенью повышения АД. Но у больных с возрастом наблюдается снижение эластичности аорты и крупных артерий, потеря эластичности волокон стенки артерий с отложением коллагена, эластина, гликозаминогликанов и кальция, что приводит к потере сосудами способности реагировать на изменение АД в систолу и диастолу. Кроме того, с возрастом у больных наблюдаются также следующие процессы в сердечно-сосудистой системе и почках: снижение чувствительности барорецепторов; снижение почечного кровотока; уменьшение количества и чувствительности бета-2-адренорецепторов, опосредующих вазодилатацию; снижение мозгового кровотока; снижение кровотока в мышцах; снижение сердечного выброса; увеличение массы миокарда левого желудочка и объема предсердий; увеличение объема внеклеточной жидкости; склероз клубочков почек; снижение скорости клубочковой фильтрации; снижение функции канальцевого аппарата; повышение уровня предсердного натрийуретического пептида; повышение активности ренина плазмы крови и снижение активности депрессорной кинин-калликреиновой системы. Особое значение имеет тот факт, что при старении сосудов наблюдается снижение продуцирования эндотелийзависимых факторов релаксации сосудистым эндотелием. У лиц пожилого и старческого возраста высокая частота изолированной систолической АГ (ИСАГ), когда САД>140 мм рт.ст., а ДАД<90 мм рт.ст. Кроме того, нередки постпрандиальная и ортостатическая гипотония, а также повышенная вариабельность АД.

Наиболее крупными исследованиями, предоставившими нам информацию об эффектах терапии на прогноз пожилых пациентов с АГ и ИСАГ, были MRC, EWPHE, SHEP, STOP, STOP-2 [12–15] и др. В них был доказан позитивный эффект диуретиков, антагонистов кальция, β-блокаторов. Последний метаанализ BPLTTC показал, что с точки зрения профилактики инсульта у больных с ИСАГ диуретики и даже β-блокаторы имеют преимущество над ИАПФ. Для всех конечных точек, кроме хронической сердечной недостаточности, снижение АД являлось основным фактором, определяющим

улучшение прогноза. Бесспорна необходимость достижения целевых значений АД у пожилых лиц. Однако есть два препятствия. Во-первых, существуют очень большие объективные трудности в достижении этих целевых значений, в первую очередь САД, особенно при ИСАГ. Во-вторых, есть потенциальная опасность низких значений АД, в том числе ДАД. В отношении необходимости введения нижнего безопасного предела снижения АД в основном выступают «за» неврологи, опасаясь, что при избыточном снижении АД происходит повышение риска развития мозговых осложнений и нарушения ауторегуляции мозгового кровотока.

В Европейских рекомендациях 2007 г. [1] и в обновлении 2009 г. [21] указано на выбор медикаментозной терапии лицам старше 60 лет и достаточно мягко сформулирована позиция. Перечисление препаратов начинается с тиазидовых диуретиков, что во многом обусловлено результатами исследования HYVET, далее следуют антагонисты кальция и блокаторы рецепторов к ангиотензину II (АТ II), а затем ИАПФ и β-блокаторы. В отношении ИСАГ предпочтение отдается не только тиазидовым диуретикам, антагонистам кальция, но и блокаторам рецепторов к АТ II, хотя и отмечается, что последние не имеют столь большой доказательной базы эффективности у этой категории больных. Диуретики, являвшиеся составной частью терапии в таких основополагающих исследованиях, как SHEP и STOP, подтвердили свои позиции и в ALLHAT [22].

В целом наше понимание патофизиологии и оптимального лечения АГ у пожилых в последние годы существенно изменилось. Это связано с переоценкой роли пульсового АД, с получением убедительных данных о необходимости лечения АГ в любом возрасте, с изучением эффектов разных препаратов и их комбинаций.

Исследование HYVET – одно из немногих, в котором удалось показать снижение смертности на фоне антигипертензивной терапии, и единственное, в котором это произошло в группе больных старше 80 лет. Вне всякого сомнения, оно стало тем редким исследованием, которое реально и быстро изменило клиническую практику и соответствующие рекомендации по лечению пациентов. Несмотря на то, что принципиально исследование ответило лишь на вопрос о целесообразности назначения терапии как таковой лицам старше 80 лет, использование индапамида ретард в сочетании с ИАПФ внесло вклад в столь позитивные результаты этого исследования. Это могло отразиться на результатах по снижению риска инсульта, где комбинация периндоприла и индапамида ретард уже доказала свои преимущества, на уменьшении проявлений сердечной недостаточности, для которых терапия диуретиками дала оптимальный результат еще в исследовании ALLHAT [15]. Все это отразилось и на снижении смертности. Основные выводы исследования еще долго будут анализироваться по подгруппам и данным подисследований. В настоящее время все эксперты согласны, что, по данным исследования HYVET, лечение АГ у больных старше 80 лет индапамидом ретард 1,5 мг (Арифон ретард) ± периндоприлом 2–4 мг существенно снижает общую смертность, частоту всех инсультов и смертность от инсульта, частоту всех сердечно-сосудистых осложнений, а также число обострений сердечной недостаточности. При этом лечение хорошо переносит

сится и не оказывает существенного влияния на уровень калия и глюкозы.

С учетом глобальных демографических тенденций такой подход в ближайшее время может спасти миллионы жизней наших пациентов, так как достигнутое снижение смертности позволяет спасти 25 тыс. жизней на каждый миллион пациентов соответствующего возраста.

#### Литература:

1. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) *J Hypertens* 2007; 25: 1105–87.
2. Ong KL, Cheung BMY, Man YB et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999–2004. *Hypertension* 2007; 49: 69–75.
3. Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND et al. Prevalence of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. *Hypertension* 2001; 37: 869–74.
4. Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG et al. Differential control of systolic and diastolic blood pressure: factors associated with lack of blood pressure control in the community. *Hypertension* 2000; 36: 594–9.
5. Kannel WB, Dannenberg AL, Abbott RD. Unrecognized myocardial infarction and hypertension: the Framingham Study. *Am Heart J* 1985; 109: 581–5.
6. Pannier B, Brunel P, Aroussey WE et al. Pulse pressure and echocardiographic findings in essential hypertension. *J Hypertens* 1989; 7: 127–32.
7. Garden JM, Gottdiener JS, Wong ND et al. Left ventricular mass in the elderly. The Cardiovascular Health Study. *Hypertension* 1997; 29: 1095–103.
8. Rutan GH, McDonald RH, Kuller LH. A historical perspective of systolic vs diastolic blood pressure from an epidemiological and clinical trial viewpoint. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 663–73.
9. Reaven GM. Insulin resistance, hyperinsulinemia, and hypertriglyceridemia in the etiology clinical course of hypertension. *Am J Med* 1991; 90: 7S–12.
10. Luc M.A.B. Van Bortel, Harry AJ. Struijker-Boudier; Michel E. Safar Pulse Pressure, Arterial Stiffness, and Drug Treatment of Hypertension *Hypertension* 2001; 38: 914.
11. Izzo J. Stagnation and the Critical Need for Hypertension Subtyping. *Clin Hypertens* 2008; 10 (3): 174–5.
12. Franklin SS, Gustin W, Wong ND et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997; 96: 308–15.
13. Franklin SS, Khan SA, Wong ND et al. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? The Framingham Heart Study. *Circulation* 1999; 100: 354–60.
14. Franklin SS, Pio JR, Wong ND et al. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension. The Framingham Heart Study. *Circulation* 2005; 111: 1121–7.
15. Franklin S. Hypertension in Older People: Part 2. *J Clin Hypertens* 2006; 8: 521–5.
16. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *BMJ* 1992; 304 (6824): 405–12.
17. Amery A, Birkenhager W, Brixko P et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly trial. *Lancet* 1985; 1 (8442): 1349–54.
18. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons

with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255–64.

19. Dahlof B, Hansson L, Lindholm LH et al. Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension) analyses performed up to 1992. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15 (6): 925–39.

20. Hansson L, Lindholm LH, Ekblom T et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study. *Lancet* 1999; 354 (9192): 1751–6.

21. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertension* 2009; 27: 2121–58.

22. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981–97.

23. Turnheim K. When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Exp Gerontol* 2003; 38: 843–53.

24. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE et al. HYVET Study Group Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358 (18): 1887–98.

25. Gueyffier F, Bulpitt C, Boissel J-P et al for the INDANA Group Antihypertensive drugs in the very old people: a subgroup meta-analysis of randomized controlled trials. *Lancet* 1999; 353: 793–6.

26. Amery A, Birkenhager W, Brixko P et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly trial. *Lancet* 1985; 1 (8442): 1349–54.

27. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265: 3255–64.

28. Dahlof B, Hansson L, Lindholm LH et al. Swedish Trial in Old Patients with Hypertension (STOP-Hypertension) analyses performed up to 1992. *Clin Exp Hypertens* 1993; 15 (6): 925–39.

29. PROGRESS Collaborative Study Group. Randomised trial period of perindopril-based blood pressure-lowering regimen among 6108 individuals with previous stroke or transient ischemic attack. *Lancet* 2001; 358: 1033–41.

30. Gosse Ph, Sheridan D, Zannad F et al. Regression of left ventricular hypertrophy in hypertensive patients treated with indapamide SR 1.5 mg versus enalapril 20 mg: the LIVE Study. *J Hypertension* 2000; 18: 1465–75.

31. Marre M, Garcia-Puig J, Kokot F et al. Equivalence of indapamide SR and enalapril on microalbuminuria reduction in hypertensive patients with type 2 diabetes: the NESTOR study. *J Hypertension* 2004; 22: 1613–22.

32. Marre M, Garcia-Puig J, kokot F et al. Efficacy of indapamide SR compared with enalapril in elderly hypertensive patients with type 2 diabetes. *Am J Hypertens* 2007; 20: 90–7.

33. Weidmann P. Metabolic profile of indapamide sustained-release in patients with hypertension. *Drugs Safety* 2001; 24: 1155–65.

34. Results of the pilot study for the Hypertension in the Very Elderly Trial. C.Bulpitt, N.Beckett, J.Cooke, D.Dumitrascu, B.Gil-Extremiera, C.Nachdev, M.Nunes, R.Peters, J.Staessen, L.Thijs, on behalf of the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET) working group. *J Hypertens* 2003; 21: 2409–1

УДК 615.01.8 – 615.331

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. (КРАТКИЙ ОБЗОР)

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, Г.К. Байханова, М.Т. Сайлаубаева, Г.А. Арутюнян

РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет г. Семей»

### Резюме

Ишемическая болезнь сердца – заболевание сердечной мышцы, обусловленное нарушением равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

### Summary

#### THE SOME QUESTIONS OF IDH

IDH its disease of cardiac muscle, containing disbalance between coronary circulation of blood and metabolic processes in cardiac muscle.

### Түжірім

#### ИШЕМИЯ ЖҮРЕК АУРУКАНЫҢ ӘР ТҮРЛІ СУРАҚТАРЫ

Ишемия жүрек ауруқ ол жүрек булшық утінің ауыруп, коронарлы қан қуылыпның бузылуы және жүрек булшық екінін метаболиттік қажеттілігі.

#### Клиническая классификация ИБС.

1. ВКС (внезапная коронарная смерть) – первичная остановка сердца
2. Стенокардия
  - 2.1. Стенокардия напряжения
    - 2.1.1. Впервые возникшая стенокардия напряжения
    - 2.1.2. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса больного от 1 до 4)
    - 2.1.3. Прогрессирующая стенокардия напряжения
  - 2.2. Спонтанная форма стенокардии (особая)
3. Инфаркт миокарда
  - 3.1. Крупноочаговый (трансмуральный)
  - 3.2. Мелкоочаговый
4. Постинфарктный кардиосклероз
5. Нарушение сердечного ритма с указанием формы
6. Сердечная недостаточность

#### ИБС (этиология)

Ишемическая болезнь сердца – заболевание сердечной мышцы, обусловленное нарушением равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Термин предложен в 1957 году группой специалистов ВОЗ по изучению атеросклероза и ИБС. В 1959 Комитетом по ССР и гипертензиям был принят термин «коронарная болезнь». Таким образом, оба термина являются синонимами.

Коронарная недостаточность (КН) – несоответствие коронарного кровотока потребностям миокарда в кислороде, приводящее к ишемии или некрозу сердечной мышцы и развитию кардиосклероза. КН может развиваться при многих заболеваниях, протекающих с поражением коронарных артерий сердца (системный артериит, ревматизм, инфекционный эндокардит, СКВ, амилоидоз, стеноз устья аорты, опухоли сердца и др.), но в этих случаях ее не относят к ИБС и рассматривают как осложнение или вторичный коронарный синдром в рамках соответствующих нозологических форм. Такое выделение ИБС придает ей нозологическую самостоятельность, позволяет обособленно разрабатывать эпидемиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику этого заболевания.

Впервые возникнув, ИБС часто приобретает хроническое рецидивирующее течение, обусловленное прогрессирующим течением коронарного атеросклероза и КН. На определенном этапе она может иметь острое течение, а в ряде случаев дебютирует как инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия, при благоприятном исходе которых ИБС вновь принимает хроническое течение, характерное для стабильной стенокардии.

#### Стенокардия

Стенокардия является одной из форм ишемической болезни сердца, но как клинический симптом может встречаться и при других заболеваниях (стеноз устья аорты, воспалительные поражения коронарных артерий, заболевания желче-выводящих путей и печени, заболевания, связанные с поражением симпатической иннервации, сифилис с поражением аорты и т.д.).

По классификации существуют две формы стенокардии: напряжения и покоя (спонтанная стенокардия). По течению определяют стабильную и нестабильную.

При стабильной стенокардии развивается стереотипный характер болевых приступов с давностью возникновения 1-3 месяцев и может существовать на протяжении многих лет от редких приступов при высоких физических и психологических нагрузках до тяжелой стенокардии напряжения и покоя.

Нестабильная стенокардия отличается опасностью скорого возникновения инфаркта миокарда. Необходимо отметить, что "нестабильная стенокардия" - собирательный образ, который включает впервые возникшую стенокардию, прогрессирующую стенокардию и спонтанную стенокардию. Эти факторы определяют особенности медикаментозного лечения.

Главная причина развития ишемии миокарда - это дисбаланс между потребностью миокарда в кислороде и его наличием, обеспечивающим коронарный кровоток, которые обусловлены главными и второстепенными факторами (таблица 1).

Таблица 1. - Факторы, определяющие потребление миокардом кислорода.

главные факторы	второстепенные факторы
напряжение стенки миокарда	энергия активации  метаболизм в состоянии покоя
нутрижелудочковое давление	
объем желудочка	
толщина стенки	
частота сердечных сокращений	
сократимость	

В клинике невозможно измерить все факторы. Поэтому для оценки изменения потребности и расхода кислорода в миокарде часто используют непрямые показатели, один из основных - ЧСС • систолическое АД). Показатель тесно связан с индексом "напряжение - время", который определяет потребность миокарда в кислороде более инвазивным способом.

При стабильной стенокардии коронарный кровоток не может увеличиться и обеспечить кислородом миокард из-за атеросклеротического стеноза сосудов, приводящих к усилению работы сердца или, наоборот, усилению работы сердца приводит к увеличению величины систолического напряжения стенки миокарда, частоты сердечных сокращений и сократительной способности миокарда, что зависит от внутрижелудочкового давления и объема желудочков. При нестабильной стенокардии, заболевание возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока из-за спазма сосудов (динамический стеноз). Основополагающим фактором являются простогландины, образующиеся в сосудистой стенке и тромбоцитах, вызывая атеросклеротические изменения стенки коронарных сосудов, повышение сосудистого тонуса и пульсового кровенаполнения, изменяющих эластичность сосудов и обратимую внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов.

При лечении стенокардии эффективность медикаментозной терапии достигается или с помощью повышения способности коронарной системы доставлять кровь в пораженные ишемией участки, либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. Для

этого используется достаточно большой спектр антиангинальных препаратов - лекарственных средств различного механизма действия, изменяющих гемодинамические условия сердца или улучшающих коронарный кровоток, тем самым оказывая непосредственное влияние на синдром стенокардии.

#### Принципы терапии стенокардии

**Стенокардия напряжения.** Для поддерживающего лечения применяют длительно действующие нитраты, антагонисты кальция или бета - адреноблокаторы. Если больной страдает гипертонией часто адекватна монотерапия антагонистами кальция или бета - блокаторами. При нормотензии подходят длительно действующие нитраты. Сочетание бета-блокаторов с антагонистами кальция (например, пропранолола с нифедепином) или двух различных антагонистов кальция может быть более эффективно, чем использование каждого препарата по отдельности. Некоторым может потребоваться лечение препаратами трех групп. При постоянной гипертонии, синусовой брадикардии или дисфункции атриовентрикулярного узла нифедепин или другие длительно действующие дигидропиридины могут оказаться препаратами выбора.

**Таблица 11. - Применение нитратов с блокаторами кальциевых каналов или бета-блокаторами при стенокардии.**

Показатель	нитраты	бета-блокаторы или блокаторы кальциевых каналов	сочетания нитратов с бета-блокаторами или блокаторами кальциевых каналов
ЧСС	рефлекторное повышение*	снижение <sup>1</sup>	снижение
АД	снижение	снижение	снижение
конечный диастолический объем	снижение	повышение	нет эффекта или снижение
сократимость	рефлекторное повышение	снижение <sup>1</sup>	нет эффекта
время изгнания	снижение	повышение	нет эффекта

<sup>1</sup>Нифедепин может вызвать рефлекторное повышение частоты и силы сердечных сокращений. \* - Нежелательные эффекты подчеркнуты.

**Вазоспастическая стенокардия.** Более эффективны нитраты и антагонисты кальция. Примерно, в 70% случаев приступы стенокардии полностью исчезают, в 20% - значительное снижение приступов.

**Нестабильная стенокардия.** Применяют бета-адреноблокаторы с нитратами и нифедепином, что снижает частоту приступов в покое, риск инфаркта миокарда и необходимость неотложной хирургической реваскуляризации миокарда. Однако нифедепин сам по себе не более эффективен в отношении снижения частоты приступов в покое, чем нитраты или бета - блокаторы. Напротив, верапамил более эффективнее контролирует нестабильную стенокардию, чем пропрано-

лол. Уменьшает частоту приступов ацетилсалициловая кислота. Также показано введение гепарина и тромболитических средств.

#### Литература:

1. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М: Медицина, 1991. 653 с.
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепяхин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Медицина, 1993. С. 390-456.
3. Холодов Л.Е., В.П.Яковлев. Клиническая фармакокинетика. М.: Медицина, 1985. 462 с.

УДК 616.12-009.72-08-053.3

## ОСОБЫЙ ПОДХОД К КЛИНИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ ИБС У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.М. Шулепова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Павлодар

#### Резюме

Особенности патогенеза, клиники, лечения с основами доказательной медицины ИБС у пожилых пациентов.

#### Summary

### THE SPECIAL APPROACH TO THE CLINIC, TREATMENT OF CHD IN ELDERLY PATIENTS

Features of the pathogenesis, clinical picture, treatment with evidence-based heart disease in elderly patients.

#### Тұжырым

### КЛИНИКАҒА ЕРЕКШЕ ЖОЛ, ЕМДЕУ ИБС ЕГДЕ ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ

Патогенез, клиника, емдеудің ерекшеліктері ИБСтың дәлел дәрігерлігінің негіздерімен егде емделушілерде.

Согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность ИБС резко увеличивается с возрастом [1]. Следует подчеркнуть, что клинические проявления ИБС у женщин (например, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда) в среднем встречаются на 10-15 лет позже, чем у мужчин. Однако после 75 лет у мужчин и женщин распространенность заболевания становится практически одинаковой. Учитывая более высокий риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, характерный для данной группы пациентов, большое значение приобретает выявление факторов риска и их своевременная коррекция. Немодифицируемые и модифицируемые факторы риска ИБС сохраняют свою роль и в пожилом возрасте. Однако, по данным Фрамингемского исследования, их распространенность с возрастом меняется [2]. Так, по мере старения повышается распространенность сахарного диабета, артериальной гипертензии (АГ) и гипертрофии левого желудочка. Значение курения и ожирения снижается с возрастом как у мужчин, так и у женщин. В пожилом возрасте распространенность гипертрофии левого желудочка, сахарного диабета, артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии больше у женщин, чем у мужчин.

Согласно рекомендациям целевой группы Европейского общества кардиологов [3], в большинстве случаев можно с уверенностью поставить диагноз только на основе тщательно собранного анамнеза, при этом для диагностики стенокардии врач должен проверить соответствие жалоб пациента таким критериям, как локализация, связь с физической нагрузкой, характер и продолжительность болевых ощущений. Однако эта позиция приемлема в большей степени для лиц молодого и зрелого возраста. У больных пожилого возраста только в половине случаев наблюдается классическая форма стенокардии. У пожилых пациентов нередко боль начинается в других отделах грудной клетки и только потом распространяется до центра грудины или вовсе не затрагивает область грудины. Пожилые больные далеко не всегда могут выполнить ту нагрузку, которая провоцирует приступ стенокардии. Если же приступ возникает, то очень часто он сочетается с одышкой. Более того, у многих пациентов преобладает одышка, а не боль в груди. Часто пожилые больные не могут охарактеризовать свои болевые ощущения. Диапазон ощущений может колебаться от отрицания боли до чувства дискомфорта, сдавления или сильной боли. Нередко пожилые пациенты со стабильной стенокардией затрудняются охарактеризовать продолжительность боли, так как они не могут выполнить провоцирующую приступ нагрузку из-за физической слабости. Используя свой опыт, они предотвращают развитие или ослабляют выраженность болевых ощущений путем преднамеренного ограничения темпа движения или профилактически принимают нитроглицерин. При возникновении приступа стенокардии у пожилых пациентов болевые ощущения нередко длятся дольше и характеризуются замедленным восстановлением. У пожилых больных нередко можно встретить гастралгический вариант стенокардии, который проявляется чувством дискомфорта не только в эпигастрии, но и в нижних отделах живота. Также часто отмечаются астматический, аритмогенный и коллаптоидный эквиваленты стенокардии. Кроме того, у пожилых пациентов боли в грудной клетке могут быть обусловлены не только стенокардией, но и патологией костно-мышечной и нервной систем, заболеваниями легких, плевры, органов средостения и верхнего этажа живота.

При лечении пожилых пациентов со стабильной стенокардией, как и у всех больных ИБС преследуются

две цели: профилактика развития инфаркта миокарда и внезапной смерти и, таким образом, увеличение продолжительности жизни; уменьшение частоты и снижение и интенсивности приступов стенокардии, что улучшает качество жизни пациентов. При этом для пожилых пациентов со стабильной стенокардией могут быть приняты более мягкие критерии обозначения успешного медикаментозного лечения. Так, у пожилого пациента с более тяжелой стенокардией и другими сопутствующими заболеваниями приемлемо такое снижение симптомов заболевания, которое позволит выполнять повседневные нагрузки.

Учитывая высокий абсолютный риск неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, характерный для пожилых больных, выполнение мероприятий по изменению образа жизни может дать большой эффект. Поэтому каждый пожилой пациент со стабильной стенокардией должен получить конкретные рекомендации в отношении факторов риска и образа жизни. Они касаются отказа от курения, нормализации АД при наличии АГ, снижения избыточной массы тела, рационального питания и повышения физической активности. Отдельного обсуждения требуют мероприятия, направленные на гиперхолестеринемия и сахарный диабет. Итак, основными составляющими немедикаментозного лечения пожилых больных со стабильной стенокардией должны явиться информирование и обучение пациента, индивидуальные рекомендации по допустимой физической активности, индивидуальные рекомендации по диете, рекомендации курильщикам отказаться от курения (при необходимости - направление на специальное лечение). При назначении медикаментозной терапии пожилым больным со стабильной стенокардией необходимо учитывать следующие факторы: патогенетический механизм возникновения ишемии миокарда; клинические проявления стенокардии, в том числе условия возникновения, время их продолжительности и реакция на принимаемые антиангинальные препараты; наличие и характер сопутствующих заболеваний; потребность в терапии сопутствующих заболеваний; реакция на предшествующее антиангинальное лечение; фармакокинетические характеристики лекарственных средств, которые планируется назначить больному (у пожилых больных существенно изменяются фармакокинетика и фармакодинамика сердечно-сосудистых препаратов); социальный статус пациента, в том числе возможность приобретения лекарственных средств. Следует подчеркнуть, что у пожилых пациентов могут иметь место когнитивные нарушения, снижение памяти, ухудшение слуха и другие физические расстройства, которые необходимо учитывать не только при оценке жалоб и выяснении анамнеза, но и назначении антиангинальных препаратов.

**Антитромбоцитарные препараты.** При отсутствии противопоказаний аспирин должен быть назначен всем пожилым больным со стабильной стенокардией. Исходя из более высокого риска развития неблагоприятных событий у пожилых больных, можно ожидать, что назначение аспирина даст больший положительный эффект. Однако при этом и риск кровотечения может быть более высоким [5]. **Гиполипидемические препараты.** Анализ эффективности гиполипидемической терапии у пациентов с ИБС в ряде проведенных исследований (4S, CARE, PROSPER) указывает на целесообразность назначения препаратов пожилым больным со стабильной стенокардией. Установлено, что назначение статинов может обеспечить существенно большее снижение абсолютного риска общей смерти и смерти от ИБС в группе пожилых больных, чем у пациентов

младше 65 лет. При принятии решения о назначении статинов пожилым пациентам со стабильной стенокардией всегда необходимо учитывать вероятность увеличения риска развития побочных эффектов, высокую вероятность взаимодействия с другими препаратами, необходимость тщательного контроля, а также стоимость терапии. **Ингибиторы АПФ.** С появлением результатов

исследования EUROPA, продемонстрировавшего достоверное снижение риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий при назначении ингибитора АПФ периндоприла (8 мг/сут) пациентам со стабильной ИБС, в том числе и пожилого возраста, расширились показания к применению препарата и представляется целесообразным применение периндоприла у пожилых больных ИБС даже при отсутствии дисфункции миокарда левого желудочка и сердечной недостаточности. Вторым ингибитором АПФ является рамиприл (10 мг/сут), который может быть рекомендован для лечения больных с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (исследование HOPE). **Антиангинальные препараты гемодинамического действия.** При назначении пожилым пациентам со стабильной стенокардией препаратов с гемодинамическим механизмом действия (бета-адреноблокаторов, антагонистов кальция, нитратов) лечение начинают с более низких доз, тщательно контролируя при этом нежелательные эффекты проводимой терапии.

Причем для пациентов этой возрастной группы характерна более высокая чувствительность к действию препаратов, у них не только в 2-3 раза выше, чем в более молодом возрасте, частота развития побочных эффектов, но и чаще развиваются тяжелые побочные эффекты. Так, при возникновении артериальной гипотонии у пожилых больных могут развиваться обмороки, соответственно, повышается риск падения, переломов конечностей и тромбозэмболических осложнений [6]. При отсутствии противопоказаний бета-адреноблокаторы должны быть назначены всем больным со стабильной стенокардией. Благоприятное влияние бета-адреноблокаторов на прогноз отмечено в группах больных, перенесших инфаркт миокарда и процедуры по реваскуляризации миокарда. Дополнительным показанием к назначению препаратов считают склонность к тахикардии, артериальную гипертензию и сердечную недостаточность. Несмотря на очевидные преимущества препаратов (в том числе и в отношении прогноза), у больных ИБС в пожилом возрасте бета-адреноблокаторы применяются реже, чем у более молодых пациентов.

Основным показанием к назначению антагонистов кальция пожилым больным со стабильной стенокардией следует считать те клинические ситуации, когда спазм коронарных артерий играет свою роль в возникновении болевого синдрома. Дополнительным показанием к назначению антагонистов кальция являются синдром

Рейно, а также (для фенилалкиламинов и бензодиазепинов) мерцательная аритмия, наджелудочковая тахикардия, гипертрофическая кардиомиопатия. Недигидропиридиновые антагонисты кальция в силу их отрицательных инотропных свойств противопоказаны пожилым больным с систолической дисфункцией левого желудочка. Приоритет нитратов в реальной клинической практике ведения больных ИБС, по-видимому, связан с хорошей способностью препаратов предупреждать и купировать приступы стенокардии. Однако позицию нитратов среди других антиангинальных препаратов нельзя рассматривать без учета их побочных эффектов, а также проблем толерантности к нитратам,

особенно при их длительном приеме. Нитраты противопоказаны при аортальном стенозе, который часто может иметь место в пожилом возрасте. Прием нитратов, особенно сублингвальный, у пожилых пациентов со стабильной стенокардией может вызывать артериальную гипотонию.

**Антиангинальные препараты цитопротекторного действия.** Препараты с цитопротекторным механизмом действия проявляют свое антиангинальное и антиишемическое действие без влияния на показатели гемодинамики. Поэтому их применение, в отличие от антиангинальных препаратов гемодинамического действия, не сопровождается увеличением риска развития артериальной гипотонии, брадикардии, нарушений проводимости и усугубления сердечной недостаточности. Таким препаратом является цитопротектор второго поколения Милдронат с доказанными анти-ангинальными и антиишемическими эффектами. Включение милдроната в схему комбинированной антиангинальной терапии пожилых больных со стабильной стенокардией привело к достоверному увеличению продолжительности нагрузки, времени до возникновения приступа стенокардии и времени до развития депрессии сегмента ST на 1 мм. Более того, пожилые пациенты отметили хорошую переносимость милдроната, снижение количества приступов стенокардии и принимаемых таблеток нитроглицерина. Исследование MILSS 1 и MILS 2 показало что применение Милдроната на фоне стандартной терапии оказывает положительное влияние на клинические показатели у больных ИБС проявляющиеся антиангинальным эффектом, повышением толерантности к физической нагрузке, улучшением качества жизни. Милдронат является эффективным средством лечения пациентов с ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью, положительно влияющий на показатели внутрисердечной гемодинамики и функциональное состояние мембран эритроцитов. По мнению В.И. Маколкина, современный подход к проведению комбинированной антиангинальной терапии у больных со стабильной стенокардией подразумевает активное сочетание препаратов разнонаправленного действия (гемодинамического и цитопротекторного). Несомненно, этот подход должен применяться и у пожилых пациентов. В Российских рекомендациях по диагностике и лечению стабильной стенокардии [9] обозначены и препараты, которые не рекомендуется назначать данному контингенту пациентов. Так, к настоящему времени известна бесполезность или нет доказательств эффективности кратковременного и длительного применения при стенокардии таких групп препаратов, как витамины и антиоксиданты, женские половые гормоны, рибоксин, АТФ, кокарбоксилаза. Естественно, что эти рекомендации распространяются и на пожилых больных со стенокардией.

Пожилым пациентам должны проводится назначения с учетом возрастных особенностей и это послужит продлению и улучшению качества жизни.

#### Литература:

1. Kannel W.B. Cardiovascular risk factors in elderly. *Coron. Artery Dis.* 1997; 8: 565-575.
2. Kannel W.B., Vokonas P.S. Demographics of the prevalence incidence and management of coronary disease in the elderly and women. *Ann. Epidemiol.* 1992; 2: 5-14.
3. Лечение больных стабильной стенокардией напряжения. Рекомендации целевой группы Европейского кардиологического общества // *Eur. Heart J.* 1997; 18: 394-413.

4. Gibbons R.J., Chatterjee K., Daley J. et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Chronic Stable Angina). J. Am. Coll. Cardiol. 1999; 33: 2092-2117.

5. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the Primary Prevention of Cardiovascular Events: Recommendation and Rationale. Ann. Intern. Med. 2002; 136: 157-160.

6. Doughty R.N., Sharpe N. Optimal treatment of angina in older patients. Drugs Aging. 1996; 8: 349-357.

7. Swed K, Sadowski R., Pachocki R. et al. Anti-ischemic efficacy and tolerability of trimetazidine in elderly patients with angina pectoris. Clin. Drug Invest. 2000; 19: 1-8.

8. Сыркин А.Л., Лепехин В.К., Фитилев С.Б. и др. Триметазидин при стабильной стенокардии напряжения у больных старше 65 лет // Кардиология. - 2002. - 6. - 24—31.

9. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации / Приложение к журналу Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2004. - 28 с.

10. Pfisterer M., Buser P., Osswald S. et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy. One-year results of the randomized TIME trial. JAMA. 2003; 289:1117-1123

УДК 616.24-002:615.28

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РОКСИБЕЛА У БОЛЬНЫХ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Н.С. Зготова

Государственный медицинский университет города Семей

### АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯМЕН СЫРҚАТ НАУҚАСТАРДА РОКСИБЕЛДІ ҚОЛДАНУ ӨТІЛІМІ

Бұл жұмыста амбулаторлы жағдайда ауруханадан тыс пневмонияның жеңіл ағымымен ауыратын 25 науқаста «Роксibel» (рокситромицин) макролидін қолдану өтілімі келтірілген. Тексеру нәтижесінде амбулаторлы жағдайда пневмонияны роксibelмен емдеу кезіндегі клинико-зертханалық көрсеткіштері мен науқастардың кеуде клеткасын рентгенологиялық тексеру нәтижелерінде оң өзгеріс байқалған.

### EXPERIENCE OF ROXYBEL APPLICATION AT PATIENTS WITH THE OUT STATIONARY PNEUMONIA

In the present work experience of application of macrolead «Roxybel» (roxithromicin) at 25 outpatients with an out stationary pneumonia of an easy current is resulted. By results of research at application Roxybel at a pneumonia in outpatients positive dynamics from clinical-laboratory indicators and results of radiological research of thorax patients bodies was observed.

Известно, что более 80% пациентов с внебольничной пневмонией не нуждается в госпитализации в стационар: это больные молодого и среднего возраста с нетяжелым течением заболевания. Опыт показывает, что для достижения быстрого эффекта при лечении внебольничной пневмонии эмпирическая антибактериальная терапия должна быть ранней и ориентированной на подавление широкого спектра инфекционных агентов [1-4].

В настоящее время известно большое количество пероральных антибиотиков различных групп, оказывающих преимущественно бактерицидное действие и хорошо зарекомендовавших себя при внебольничной пневмонии. Среди них представляет большой практический интерес группа современных макролидов, имеющих очень низкую токсичность и достаточно широкий спектр действия, в частности, препарат «Роксibel» [2].

#### Цель исследования.

Оценить эффективность перорального применения Роксibel при внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

#### Материалы и методы.

Обследовано 25 больных внебольничной пневмонией легкого течения в возрасте от 21 до 46 лет, из них мужчин - 10 человек, женщин - 15. Средний возраст составил 32±2,5 лет. Клиническими проявлениями пневмонии были кашель с выделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты, одышка, субфебрильная температура и астенический синдром. Все больные находились на амбулаторном лечении, в качестве антибактериальной терапии получали Роксibel по 300мг - 2 раза в день в течение 14 дней.

#### Результаты и обсуждение.

На фоне перорального применения Роксibel у больных отмечалось снижение температуры от 37,5±0,3 до 36,2±0,2 С в течение 3-4 дней, частота дыхательных движений сократилась от 21,6±0,08 до 18,3±0,04 в минуту, к 7-8 дню приема препарата уменьшился кашель, а к 13-14 дню положительная динамика наблюдалась и со стороны данных объективного исследования. Аналогичная картина отмечалась и по данным контрольного рентгенологического исследования органов грудной клетки.

#### Выводы:

1. При выборе антибактериального препарата для лечения внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях необходимо учитывать активность антибиотика в отношении наиболее частых возбудителей, способность хорошо проникать в бронхиальный секрет и создавать высокую концентрацию в очаге воспаления, удобство в применении и доступность с экономической точки зрения.

2. Макролид Роксibel имеет высокий профиль безопасности, отвечает вышеуказанным требованиям, показал хорошую эффективность при лечении внебольничной пневмонии, что позволяет широко использовать его в амбулаторных условиях.

#### Литература:

1. Колесников В.Н. Руководство по пульмонологии, С-Пб., 2004г.

2. Шулуто Б.И. Стандарты диагностики и лечения заболеваний внутренних органов, С-Пб., 2003г.

3. Березегова Л.Ю. Классификация болезней. Симптомы и лечения, М., 2008г.

4. Комаров Ф.И. Руководство по внутренним болезням, М., 2007г.

УДК 616.97-574.25

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ВИЧ/СПИД В ЭКИБАСТУЗСКОМ РЕГИОНЕ

<sup>1</sup>С.Б. Имангазинов, <sup>2</sup>М.Т. Жусупова, <sup>2</sup>К.Б. Баймуханова*Государственный медицинский университет города Семей<sup>1</sup>  
Павлодарский Областной центр СПИД, г. Павлодар<sup>2</sup>*

Түйіндеме

**ЕКИБАСТУЗ АЙМАҒЫНДА АҚТҚ/ЖҚТБ АУРУЫНА ШАЛДЫҒУ АНАЛИЗИ**

АҚТҚ-жұқпасына шалдығу көрсеткіштерінің төмендеуі белгіленеді. Динамикада жұқтыру жыныстық жолмен болған кезде, АҚТҚ-жұқпасы жағдайларының артуы байқалады 40%-дан (2004 жыл) – 62,5%-ға дейін (2011 ж. 9 айында).

Summary

**ANALYSES OF AIDS ILLNESS IN EKIBASTUZ REGION**

It is marked the decrease of the illness AIDS infection. In dynamics it is observed the increase of AIDS infection where it has happened in sexual way. It's increased from 40% (in 2004) to 62,5% (during 9 months of 2011).

Республика Казахстан, по оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время находится в концентрированной стадии эпидемии и уровень распространения инфекции среди населения составляет 0,2%. На 1 октября 2011 года в Казахстане зарегистрировано 17266 ВИЧ-инфицированных. Уровень регистрации ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения составил по Казахстану - 104,7; по Павлодарской области - 177,9. Наиболее поражен-

ной возрастной группой являются лица в возрасте 15-29 лет, удельный вес которых составляет 53,9%. В Экибастузском регионе зарегистрировано с нарастающим итогом 75 случаев ВИЧ-инфицированных, на 100 тыс. населения - 52%. За 9 месяцев 2011 года в Экибастузском регионе зарегистрировано 8 случаев ВИЧ инфекции, интенсивный показатель составил 5,5 на 100 тыс. населения [1].

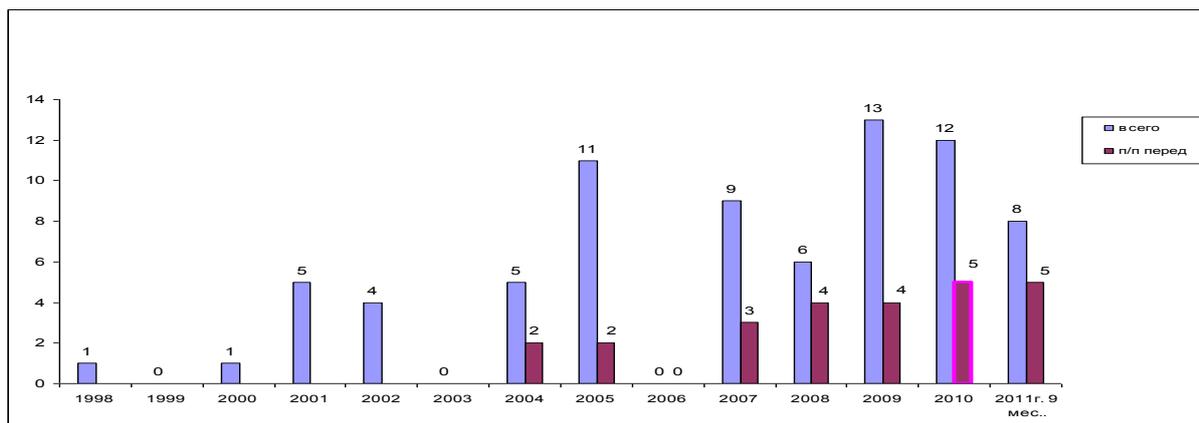


Рисунок 1. Динамика регистрации ВИЧ-инфекции в Экибастузском регионе, в том числе полового пути передачи

С нарастающим итогом внутривенный путь передачи ВИЧ-инфекции составил 73,3%, гетеросексуальный 20%, гомосексуальный 2,7%, не установленный 4%. За 9 месяцев 2011 года половой путь составил 62,5%. Распределение по полу: мужчин 54 или 72%, женщин 21 или 28%. Социально-профессиональная структура ВИЧ инфицированных выглядит следующим образом: 62,7% не работающих, 24% работающих, 6,7% прибывших из стран СНГ, 2,6% учащихся ССУЗов и ВУЗов, 4% анонимно обратившихся. На диспансерном учете в Экибастузском отделении ОЦ СПИД состоит 54 ВИЧ-позитивных, из них в первой клинической стадии 30 пациентов, во второй 12, в третьей 11, в четвертой стадии 1 пациент. По вирусологическим и иммунологическим показателям 12 ВИЧ-инфицированных получают антиретровирусную терапию. ВИЧ-инфицированным проводится химиопрофилактика туберкулеза, оппортунистических инфекций, а также при необходимости гос-

питализация в профильные отделения медицинских учреждений.

На постоянном контроле находится обследование беременных женщин, согласно приказа №699 от 29 декабря 2008 года. Данный вопрос рассматривался на заседании городского отдела здравоохранения, на заседании стабилизационной комиссии по материнской и младенческой смертности. За 9 месяцев 2011 года обследовано 5274 беременных, из них необследованными на ВИЧ-инфекцию в родильный дом поступило 83 женщины или 4,2% (родов за 9 месяцев 1955). Из 83 необследованных женщин 49,4% составляют приезжие из других областей. В сравнении с аналогичным периодом 2010 года число необследованных беременных женщин, поступивших в родильный дом уменьшилось на 93 женщины (в 2010г. 176 женщин или 11%, родов 1611). Трое детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных мам, сняты с учета в связи с отсутствием заболевания.

Единственный метод диагностики ВИЧ инфекции - это лабораторные исследования. За 9 месяцев 2011 года протестировано на ВИЧ инфекцию 15938 лиц против 15378 за аналогичный период 2010 года, увеличение на 560 обследований. С целью профилактики гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ реципиенты крови и ее компонентов подлежат 100% обследованию. За 9 месяцев 2011 года охват обследованием реципиентов составил 98,3%.

С целью профилактики распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (далее ПИН) и реализации «Программы снижения вреда от введения наркотиков» в городе функционируют четыре пункта доверия, из них один передвижной. В пунктах доверия ПИН обеспечиваются программами обмена шприцев и игл, средствами для дезинфекции инъекционного оборудования, информационно-образовательным материалом, средствами индивидуальной защиты, консультированием специалистами и бесплатным анонимным тестированием на ВИЧ. За 9 месяцев 2011 года обратилось в пункты доверия 22872 ПИН. В профилактическую работу по ВИЧ инфекции среди наркопотребителей, не состоящих на учете, активно привлекаются волонтеры пунктов доверия. В настоящее время работают 12 волонтеров.

Для стабилизации ВИЧ-инфекции среди молодежи и групп риска открыт дружественный кабинет, где анонимно предоставляется комплекс медицинских услуг по желанию пациента. Проводится консультирование и посиндромное лечение дерматовенерологом, психологом и инфекционистом. За 9 месяцев 2011 года в дружественный кабинет обратились 441 человек, из них 229 мужчин и 212 женщин, в том числе 243 ПИН, 104 секс работников.

Экибастузское отделение областного центра СПИД проводит мероприятия в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18.09.2009 года №193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (статьи 112-115). Данные мероприятия предполагают: реализацию целевых профилактических и образовательных программ для различных групп населения, информирование населения через средства массовой информации об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и о мерах профилактики, разработка и распространение информационных материалов для различных групп населения, реализацию программ по защите от заражения ВИЧ-инфекцией половым путем и через кровь.

Так как распространение ВИЧ-инфекции связано с поведением человека, важнейшее место в профилактике отводится воспитанию и обучению. С целью реализации мероприятий среди молодежи в учебные планы организаций образования было включено обучение вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, предусмотрены электронные версии учебного пособия, а также социальные ролики на двух языках по профилактике ВИЧ/СПИДа и наркомании. Совместно с отделом образования, учебных заведений, ПФ ЗОЖ, ОДК «Кайнар», ОФ «Альтернатива» проводятся информационно-образовательная работа: семинары-

тренинги, родительские лектории, занятия по принципу «Равный-равному», интерактивные встречи, круглые столы, акции. При поддержке отдела внутренней политики городского акимата, городского телевидения в 2010 году был создан учебный фильм «Твоя жизнь - твой выбор», проведены конкурсные мероприятия среди учащихся школ, учебных заведений, а также молодежи промышленных предприятий города.

Своевременно и организовано руководители ТОО разреза «Восточный», АО «Экибастузская станция ГРЭС-2», ТОО «Богатырь Көмір», АО «Горсеть», ТОО «Экибастузская ГРЭС-1», АО «Локомотив», Филиал ТОО «Локомотив 2030», предоставляют аудитории для проведения анкетирования, лекториев, а молодежь данных предприятий активно участвует в городских мероприятиях, посвященных профилактике ВИЧ-инфекции. В ноябре 2010 года было проведено анкетирование по вопросам ВИЧ/СПИД учащихся школ, учебных заведений и молодежи некоторых промышленных предприятий Экибастузского региона. По результатам данного анкетирования информированность об истинных путях передачи и мерах профилактики ВИЧ составила у молодежи промышленных предприятий 87%, у студентов ВУЗов, ССУЗов, школьников более 90%. Удельный вес лиц, не соблюдающих меры профилактики ВИЧ из числа респондентов, составляет 12% - 14%, а доля лиц добровольно обследовавшихся на ВИЧ составила всего 4%.

На 2011-2015 годы принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113. Целевым индикатором реализации программы является удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%. В соответствии с данной программой планируется повышение корпоративной социальной ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья граждан. Правительством Республики Казахстан информационно-образовательные мероприятия среди молодежи признаны как ведущий компонент в профилактике ВИЧ/СПИДа.

Таким образом, Экибастузский регион находится на начальной стадии заболевания, распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет составляет 0,02%. В сдерживании распространения ВИЧ на сегодняшний день является во-первых: обеспечение изменения поведения молодежи на более безопасное, научить распознавать и определить для себя правила безопасного поведения, чтобы избежать рискованных ситуаций; во-вторых: своевременное обследование на ВИЧ. Только совместная работа с широким участием сообщества позволит предупредить распространение ВИЧ инфекции и полноценно обеспечить защиту от заражения и заболевания.

#### **Литература:**

1. Информационный вестник РЦ СПИД. Отчет за 10 мес. 2011 года.

УДК 616.97-616.24

## ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

С.Б. Имангазинов, А.Н. Жапарбеков, М.Е. Сорокина, С.С. Имангазинова,  
Л.В. Проскура, И.Ф. Левина, С.Б. СарсенбаеваГосударственный медицинский университет г. Семей  
Павлодарский областной центр СПИД, г. Павлодар

## АҚТҚ-ҒА ШАЛДЫҚҚАНДАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ КІНӘРАТЫ

АҚТҚ-ға шалдыққандардың арасындағы тыныс жолдарының ауруы 62,3% көлемінде тіркелген. Соның ішінде туберкулез 22,6% құраған. Соңғы кезде пневмоцистальқ пневмония саны көбейуде. Сондықтан осы мәселе тыңғылықты зерттелуі қажет.

## THE DEFEAT OF THE RESPIRATORY ORGANS IN HIV – INFECTED

The defeat of the respiratory organs in HIV - infected were detected in 62.3%. Thus the basic pathology is tuberculosis (22.6%). In recent years there is increased incidence of pneumonia. Must be purposeful study of the problem.

В Республике Казахстан отмечается дальнейший рост ВИЧ-инфекции среди населения. По состоянию на 01.01.2011 года общее количество инфицированных в республике достигло 15771 человек. Только за последний год количество вновь зарегистрированных пациентов выросло на 1988 случаев. Подавляющее большинство (77,7%) ВИЧ-инфицированных люди в возрасте от 20 до 39 лет [1].

Большого внимания заслуживает также увеличение заболеваний органов дыхания среди населения. По ранговой градации по общей и первичной заболеваемости в республике за 2008 год на 1-ом месте находились болезни органов дыхания [2]. В Алматы за последние пять лет из 2278 больных с различными бронхолегочными заболеваниями у 62,6% был выявлен хронический обструктивный бронхит [3]. В Астане ХОБЛ встречается у 6,3% населения и отмечается ежегодный рост заболеваемости [4]. Результаты скрининга распространенности хронической обструктивной болезни легких показывает значительное превышение показателей эпидемиологических исследований по сравнению со статистическими данными органов здравоохранения [5].

Однако в медицинской литературе не обсуждается вопрос о распространенности болезней органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных. Если учесть то, что ВИЧ-инфицированные, в большинстве, представлены лицами из групп риска, а также

возможность развития у них на фоне нарастающего иммунодефицита различных патологии, то становится очевидным важность исследования данной проблемы практической медицины.

**Целью** сообщения является изучение распространенности болезней органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 968 ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учете в Павлодарском областном центре СПИД. Из них мужчин было 652 человек, женщин – 316. Средний возраст больных составил 31,9 лет. 703 (71%) больных являются наркопотребителями. Анализу были подвергнуты случаи выявления больных с патологиями органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных по статистическим отчетным данным органов здравоохранения согласно рубрик МКБ-10.

**Результаты исследования.** Болезни органов дыхания установлены у 603 ВИЧ-инфицированных, что составляет 62,3% от числа состоящих на диспансерном учёте. Настораживает отрицательная динамика увеличения зарегистрированных больных с заболеваниями органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных (таблица 1). При этом отмечается регистрация 2 и более патологии у одного ВИЧ-инфицированного.

Таблица 1 – Количество зарегистрированных случаев болезней органов дыхания у ВИЧ-инфицированных, состоящих на диспансерном учёте, по годам.

Нозология	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	итого
Туберкулёз лёгких	27	21	23	26	28	32	39	43	56	68	363
Хронические рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей	5	10	18	22	24	26	28	35	37	37	242
Хронический бронхит	5	9	17	22	22	25	29	33	35	36	233
Бактериальная внебольничная пневмония	1	3	5	8	12	17	23	29	31	32	132
ХОБЛ	0	0	1	1	1	2	1	2	2	5	15
Пневмоцистная пневмония	0	0	0	0	0	0	2	5	2	0	9
Злокачественные новообразования органов дыхания	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2

Туберкулёз занимает первое место среди вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции в Павлодарской области. Распространённость туберкулёза в области среди ВИЧ-инфицированных составила на 01.01.2011 года 22,6% (363 случая), из них у женщин – 75 (20,7%), у мужчин – 288 (79,3%). Туберкулёз у ВИЧ-инфицированных женщин регистрируется в 1,7 раза реже, нежели у мужчин: доля ВИЧ-инфицированных

женщин с сочетанной инфекцией от общего числа зарегистрированных составила 15,5%, мужчин – 25,8%. Однако, эти данные не отражают истинного положения дел, что связано с трудностями диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных как на ранних, так и на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Анализ состояния диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных показал, что в 38% (138 пациентов) случаев туберкулез выявлен при

проведении рентгенофлюорографического обследования из-за стертой малосимптомной клиники; в 38,3% (139 случаев) - при обращении за медицинской помощью с жалобами и клиническими симптомами, подозрительными на туберкулез, в 14,3% случаев (52 пациента) признаки ранее перенесенного туберкулеза выявлены при профилактических осмотрах и в 9,4% (34 случая) диагноз туберкулеза установлен посмертно при патологоанатомическом исследовании.

Туберкулез у ВИЧ-инфицированных нередко сочетался с бактериальной пневмонией (25%), что также затрудняло диагностику из-за специфики симптоматики и, в свою очередь, задерживало начало адекватного лечения.

Трудность диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, кроме всего вышесказанного, связана с абациллярностью мокроты и другого отделяемого: отрицательные результаты бактериоскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза были зарегистрированы у 55,5% пациентов с сочетанной инфекцией. На ранней стадии ВИЧ-инфекции легочной туберкулез характеризовался локализованными поражениями, стертой малосимптомной клиникой, а на поздних стадиях болезни отмечалась выраженная интоксикация, обширные поражения лёгких с генерализацией процесса. Изучение клинических форм туберкулеза среди ВИЧ-позитивных пациентов с сочетанной инфекцией показало, что чаще всего диагностируется инфильтративный туберкулез лёгких – 27,8%.

В результате проведенных исследований нами установлена связь между частотой развития форм туберкулезного процесса у ВИЧ-инфицированных женщин и тяжестью иммунной недостаточности: при уровне CD4 более 500 клеток в 1 мкл частота регистрации туберкулезного процесса составила 13,9%, среди пациентов с умеренной иммуносупрессией туберкулез зарегистрирован в 30,6% случаев, при выраженной иммуносупрессии (CD4 менее 200 клеток в 1 мкл) - в 55,5% случаев.

На втором месте стоят хронические рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей, представленные фарингитами, ларингитами, трахеитами различной этиологии. Их количество составляли 242 случая.

Наименее редко встречались пневмоцистная пневмония (ПЦП) и злокачественные новообразования органов дыхания.

Среди нозологических форм особого внимания заслуживают случаи пневмоцистной пневмонии, так как клинические проявления пневмоцистоза полиморфны и в значительной мере определяются состоянием иммунной системы ВИЧ-инфицированного больного. Нарастающим итогом в Павлодарской области зарегистрировано 9 случаев пневмоцистной пневмонии, в трёх из которых диагноз ПЦП и ВИЧ-инфекции был поставлен посмертно на основании данных аутопсии в связи с трудностью специфической диагностики (отсутствием возможности обнаружения пневмоциста в мокроте, и бронхолегочной жидкости, полученной путём бронхоальвеолярного лаважа). Проведение иммунофлюоресцентного анализа также не представляется возможным из-за отсутствия в области дорогостоящего оборудования и методик. Отсутствуют также диагностикумы для проведения ПЦР и ИФА на пневмоцисты. В связи с этим, при постановке диагноза ПЦП, основным ориен-

тиром являются клинические данные (преобладание нарушений функции внешнего дыхания над физикальными данными) и показатели клеточного иммунитета (CD4 менее 200 кл/мкл). У всех пациентов отмечено увеличение активности лактат-дегидрогеназы в сыворотке крови с  $382,5 \pm 17,83$  до  $587 \pm 29,61$ . При подозрении на пневмоцистную пневмонию проводилось лечение триметопримом /сульфаметокса-золом в дозировке 320/1600 мг каждые 6 часов внутрь или внутривенно в течение 21 дня, согласно Протоколам, ex juvantibus. В случаях успешного лечения ПЦП (66,7%) пациентам с целью вторичной профилактики назначался триметоприм/сульфаметоксазол в дозировке 160/800 мг внутрь 1 раз в сутки постоянно.

Таким образом, из приведенных материалов видно, что распространенность болезней органов дыхания, которые несомненно оказывают существенное взаимное влияние как на течение ВИЧ-инфекции, так и на патологию органов респираторной системы среди ВИЧ-инфицированных, составляет 62,3%. Следует ожидать, что не все случаи болезней органов дыхания выявляются и для полного их выявления следует обозначить и принять целевую региональную ведомственную программу «Выявление, профилактика и лечение патологии респираторной системы у ВИЧ-инфицированных». В ней должны быть предусмотрены скрининговое исследование для установления лиц с признаками патологии органов дыхания системы с последующим более углубленным обследованием больных для подтверждения или же отклонения первичного диагноза. Несомненно, следует оснастить центры СПИД необходимыми аппаратурой и оборудованием, специалистом терапевтом, владеющим знаниями по пульмонологии, и оптимизировать систему организации медицинской помощи больным с патологиями органов дыхания среди ВИЧ-инфицированных в существующих схемах органов здравоохранения.

#### Литература:

1. Информационный вестник РЦ СПИД. Отчет за 2010 год.
2. Изатуллаев Е.А., Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Боборыкин В.М. Заболеваемость и смертность взрослого населения Республики Казахстан от внутренних болезней // Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 88.
3. Касымова Г.М., Терликбаева А.Т., Касымова Б.М. и др. К частоте заболеваний легких среди взрослого населения южной столицы // Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 146-147.
4. Сагындыкова М. Анализ состояния терапевтической помощи населению г. Астана // Терапевтический вестник.- 2009.- № 03(23).- С. 11-13.
5. Айнабекова Б.А., Рахыпбеков Т.К., Имангазинова С.С., Танбаева К.Д. Анализ заболеваемости болезнями органов дыхания и смертности от них // Материалы научно-практической конференции «Медицинская наука и образование в Павлодарском регионе».- Павлодар, 2009. - С.5.
6. Приказ МЗ РК № 150 от 12 февраля 2004 года «О внедрении периодических протоколов (стандартов) диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИД-е. – 152 с.

УДК 615.97

**ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЦЕНТРЕ КРОВИ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

К.К. Оспанов

**КГКП «Павлодарский областной центр крови», г. Павлодар****Тұжырым****ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНЫҢ ҚАН ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ АҚТҚ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ**

Павлодар облысының қан орталығындағы өршіген эпидемия аясында АҚТҚ ауруының алдын алу жұмыстары сарапталған. АҚТҚ-ға душар болғандарды қан тапсырудан шектету технологиялары келтірілген.

**Summary****PREVENTION OF HIV TRANSMISSION IN THE PAVLODAR REGION**

Analysis of prevention HIV transmission in donation in the conditions of HIV infection are conducted. The technology to prevent of transmission HIV-infected blood to donation are described.

ВИЧ инфицирование реципиента компонентами донорской крови при гемотрансфузиях по клиническим и моральным последствиям имеет для пациента катастрофический характер.

Клинические последствия: инфицированный ВИЧ человек становится пожизненным носителем вируса с исходом в синдром приобретенного иммунного дефицита.

Моральные последствия: инфицированные пациенты вынуждены скрывать свой диагноз, так как не имели до инфицирования отношения к группе риска, а заразились при переливании крови, пациент и его близкие испытывают агрессию к медицинскому персоналу, которые по их мнению являются абсолютными виновниками ВИЧ инфицирования, а представители СМИ, правоохранительных органов, чиновники не имея достаточной компетенции по этому вопросу, придерживаются этого же мнения.

Павлодарская область находится в концентрированной стадии развития эпидемии ВИЧ, достигнув максимального распространения среди потребителей наркотических средств, ВИЧ инфекция начинает распространяться сексуальным путем, что свидетельствует о переходе ВИЧ инфекции в общую популяцию населения. По данным республиканского СПИД центра, на 01.10.2011г. в республике зарегистрировано 17 266 ВИЧ инфицированных, из них в Павлодарской области 1730-10%, по распространенности на 1 месте г. Алматы - 208,4, на 2 месте Павлодарская область - 177,9. По путям и факторам передачи 64,1% инъекционный (при употреблении наркотиков), гетеросексуальный - 27,8%, гематотрансфузионный - 0,05%.

В областном центре крови с 2002 г. с нарастающим итогом выявлено и отстранено от донорства 39 ВИЧ инфицированных из числа потенциальных доноров: мужчин 27-69%, женщин 12-31%, 72% в возрасте от 21 до 30 лет. Пути заражения: инъекционный у ы17-44%, половой – у 22-56%.

С 2002 г. по настоящее время среди реципиентов выявлено 2 ВИЧ-инфицированных, эпидемиологическим расследованием доказано, что инфицирование в одном случае имеет инъекционный путь (наркопотребитель), во втором случае заражение произошло половым путем.

Доноры в количестве 10 чел. компоненты крови, которых были перелиты этим реципиентам прошли контрольные обследования на ВИЧ и другие гемотрансмиссивные инфекции в лабораториях центра крови и областного СПИД центра, все признаны здоровыми, из чего следует, что во всех случаях, когда врач принимает решение о проведении гемотрансфузии он обязан взять кровь у потенциального реципиента на исследование гемотрансмиссивных инфекций.

Гемотрансмиссивные инфекции имеют «серонегативное окно», нет радикального метода, который обеспечил бы абсолютное исключение риска передачи ВИЧ

инфекций при трансфузиях крови (особенно эритроцит содержащих сред).

Современная эпидемическая обстановка среди доноров требует обеспечения тщательных и продуманных профилактических мер по обеспечению вирус безопасности заготавливаемых компонентов донорской крови, которые выполняются в областном центре крови:

1. Комплектование донорства и отвод.

Это обеспечивается: анкетированием, проверкой потенциальных доноров по компьютерной базе «группы риска», медицинским освидетельствованием.

Ежегодно в среднем в донорство привлекается до 12 тыс. человек, из которых отстраняются 2 700 - 22%, из них: - по компьютерной базе «группы риска» до 1050 чел. – 39%, - врачебным освидетельствованием и результатам анкетирования до 1300 чел. – 48%.

Из 2700 отстраненных 2350 чел. или 87% отстраняются от донорства по субъективными критериям - результаты анкетирования, по группе риска и врачебным осмотрам, что свидетельствуют о настороженности врача, который принимает решение об отстранении от донорства даже по косвенным признакам (нечеткая информация о местах инъекции, инъекционные дорожки, анамнестические сведения о болезнях, татуировки и др.).

2. По итогам лабораторного скрининга отстраняется от донорства до 350 чел. – 13% из них: по результатам клинико-иммунологических исследований 230 чел. - 65% (АлАТ, бруцеллез, система Келл, гемоглобин и формуле крови).

По гемотрансмиссивным инфекциям ежегодно в среднем отстраняется 120 чел. – 35%, из них: по ВИЧ/СПИД – 2-0,02%, по гепатиту В – 51 – 0,5%, по гепатиту С 65-0,6%, по сифилису – 54-0,5%

До 2011 года скрининг донорской крови в областном центре крови проводился на автоматическом анализаторе «EVOLIS» BIORAD (Франция) с использованием одноименных тест-систем, что позволяло сократить «серонегативное окно» с 6 до 1 месяца. С начала текущего года внедрен двухэтапный алгоритм скрининга донорской крови методом ИФА+ПЦР, что позволяет сократить «серологическое окно» до 5 дней.

3. Выполняется постановление Правительства РК № 1251 от 21.12.2007 г.

«Осуществить централизацию высокотехнологических и материалоемких процессов в службе крови (производство компонентов крови и лабораторное тестирование на инфекции) на уровне областных центров крови», лабораторный скрининг донорской крови заготавливаемой в Экибастузском городском центре крови централизован и выполняется в областном центре крови.

4. Реорганизация службы крови области.

В 2007г. по причине несоответствия стандартам, отделение переливания крови городской больницы Аку было закрыто, в настоящее время готовится решение о

реорганизации Экибастузского городского центра крови в филиал областного, эти меры обеспечивают централизацию производства компонентов крови, финансовых средств лабораторный скрининг, эффективное использование дорогостоящего специального медицинского оборудования, которыми оснащаются областные центры крови МЗ за счет Республиканского бюджета.

Маломощные центры крови сегодня не в состоянии производить продукцию соответствующую современным стандартам качества и безопасности.

5. Для обеспечения вирус безопасности донорской крови внедрены и другие современные технологии:

5.1. Удаление лейкоцитов посредством фильтрации.

Для лейкофильтрации компонентов донорской крови используется банковские закрытые системы различных моделей.

С 2008 г. среднем ежегодно заготавливается 3350 доз – 39% лейкофильтрованных эритроцитсодержащих сред, 3160 доз – 30% плазмы (от общего объемов заготовки компонентов).

5.2. Карантинизация плазмы.

Метод предварительного хранения плазмы в регламентированных условиях с запретом её использования на протяжении определенного времени. Срок хранения – период (серонегативного окна) – 6 мес., температура хранения - 30°C и ниже.

Карантезированная продукция выдается в лечебной организации только после контрольного обследования доноров. Ежегодно карантезируется – 2380 доз из них признаются не прошедшими карантинный срок по итогам контрольного обследования доноров ежегодно 20-23 дозы – 1%, по причине неявки доноров на контрольный скрининг. Вирус инактивация плазмы

5.3. С 2011 года внедрен метод вирусинактивации свежемороженой плазмы оборудованием INTERCEPT, (CERUS Corporation США), который обеспечивает инактивацию внутри- и внеклеточных вирусов, бактерий, простейших. Метод основан на технологии

связывания нуклеиновых кислот возбудителей гемотрансмиссивных инфекций амотосаленом.

6. Центр крови обеспечивают ежеквартально анализ обоснованности и объемов гемотрансфузии в лечебных организациях.

Если в 2002-2006 г.г. при объеме заготовки 7,5 т. донорской крови потребности лечебной организации удовлетворялись на 70% с 2007 г. проводимая работа по контролю обоснованности гемотрансфузии дала положительный эффект, с 2008 г. при годовом объеме 6,5т. донорской крови потребности лечебной организацией удовлетворяются на 100%, все лечебные организации уменьшили количество трансфузии и объемы.

#### Вывод:

Выполнение вышеперечисленных мероприятий по обеспечению безопасности донорской крови заготавливаемой в Павлодарской областном центре крови является эффективными мерами по профилактике гемотрансфузионной передачи ВИЧ-инфекции.

#### Литература:

1. Техническое руководство Американской ассоциации банков крови. 2000 г.

2. Приказы МЗ РК:

№ 680 от 10.11.2009 г., «Правила медицинского обследования донора перед донацией крови и её компонентов».

№ 666 от 06.11.2009г. «Правила заготовки, переработки, хранения, реализации крови и её компонентов, а также правила хранения, переливания крови и её компонентов и препаратов».

№ 684 от 10.11.2009 г. «Правила контроля качества и безопасности донорской крови и её компонентов».

№ 614 от 12.09.2011 г. «Концепция развития службы крови РК на 2011-2015 г.г.»

3. Фесенко Ф.Ф., Имангазинов С.Б. ВИЧ/СПИД. Павлодарские аспекты.-Павлодар, 2003 г.

4. Постановление Правительства РК 1251 от 21.12.2007 г. «О мерах по совершенствованию службы крови в Республике Казахстан на 2008-2010 г.г.»

УДК 616-036.22.97-574.25

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ЭКИБАСТУЗСКОМ РЕГИОНЕ СРЕДИ РАБОТНИЦ СЕКСА ЗА 2008-2010 гг.

С.Б. Имангазинов, М.Т. Жусупова, К.М. Баймуханова

Государственный медицинский университет г. Семей  
Павлодарский Областной центр СПИД, г. Павлодар

### Түйіндеме

2008-2010 ж.ж. Экібастұз аймағында секс қызметші әйелдер арасында  
эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері

Экібастұз аймағында АҚТҚ жұқпасының эпидемиясы секс қызметші әйелдер арасында эпидемиологиялық қадағалау нәтижелері бойынша бастапқы кезеңде, Павлодар облысында концентрациялық кезеңде. АҚТҚ-жұқпасы секс қызметші әйелдері арасында табылмады, гепатит С таралуы СҚ арасында – 8% құрайды. Вирустық гепатит «С» жас және секс бизнесінде жұмыс істеумен тікелей байланысты, жас және секс бизнесінде неғұрлым көп жұмыс жасағанда, соғұрлым вирустық гепатит «С» таралуы жоғары.

### Summary

## THE RESULTS OF EPIDEMICAL SURVEILLANCE AMONG THE SEX WORKERS IN EKIBASTUZ REGION DURING 2008-2010 YEARS

According to the results of epidemic surveillance epidemic AIDS infection level among sex workers in Ekibastuz region is on the initial level and on the concentrated level in Pavlodar region. The level of AIDS spread among the sex worker is 0% and Hepatitis C about 8%. The connection of Hepatitis C with the ages and the working years in sex business are marked. The older the worker the higher the spread of Hepatitis C virus.

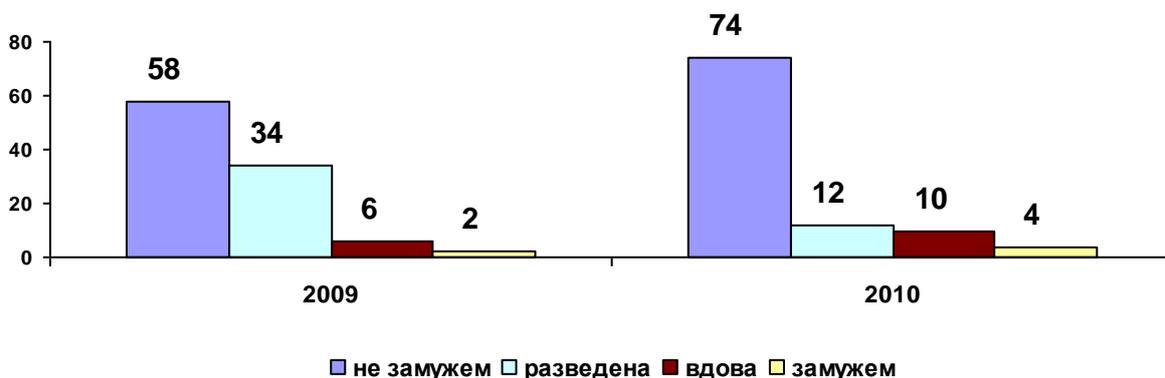
В настоящее время секс бизнес в Казахстане, особенно в крупных городах, получил значительное развитие, но секс бизнес находится вне закона и поэтому скрыт от глаз общественности. Это затрудняет определение реальных масштабов секс-бизнеса в распространении ВИЧ/СПИДа, хотя известно, что они значительны и в последние годы совершенно очевидно возрастают. Представителями секс бизнеса (секс работниками) практикуется поведение высокого риска в отношении заражения ВИЧ, социальными тенденциями к дальнейшему росту численности группы, низкой доступности для превентивных вмешательств. Около 30% работниц секса (СР) употребляют инъекционные наркотики, не менее 2/3 СР имеют в анамнезе инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), отмечается низкая культура использования презервативов. Поэтому группа секс работников на сегодняшний день наряду с инъекционными потребителями наркотиков рассматривается как одна из приоритетных групп. Одним из методов, для получения реальной оценки эпидемической ситуации по ВИЧ/СПИД, ВГС и сифилису в группе работников секса, является метод дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН). Целью ДЭН среди РС является изучение распространенности ВИЧ инфекции, вирусного гепатита «С» (ВГС), сифилиса, факторов поведенческого риска, уровня знаний и охвата профилактическими программами для разработки и внедрения эффективных профилактических программ; анализ и оценка их эффек-

тивности; обоснование и разработка управленческих решений, системы эффективных мер для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

В ДЭН были включены лица, оказывающие секс услуги в течение любого времени последних 6 месяцев и не участвовали в данном исследовании в течение последних двух недель. Дозорными территориями являлись места, где ищут и находят сексуальных партнеров (рестораны, бары, «пятаки», гостиницы, квартиры). Данные о таких местах представили сами СР, таксисты, полицейские, работники НПО. Составлена была карта города, на которую нанесены места дислокации СР, их примерная численность на «точках» и время работы. Анкетирование проводилось на основании типовой анкеты для секс работников (СР) [1].

Для теста была использована капиллярная кровь из пальца, которая была нанесена на специальную фильтровальную бумагу, метод «сухой капли». В исследовании приняло участие 50 СР. Выборочная совокупность представлена респондентами от 17 до 42 лет. Медиана возраста СР составила 25 лет. Большая часть СР (82%) не имеет определенного занятия и нигде не работает и не учится, то есть основным их доходом был секс бизнес. Продолжительность занятия коммерческим сексом у опрошенных СР - от одного месяца до 15 лет. Отсутствие полной семьи у СР является одним из факторов незащищенности, как в моральном так и, в социальном отношении.

Рисунок 1. Семейное положение СР.



Средний возраст начало половой жизни – 16лет (ДЭН-2008, 2009, 2010)

Клиентами РС в основном являются таксисты и командировочные, рабочие вахтовым методом, лица занимающиеся торговлей на рынках. Количество половых партнеров за последнюю неделю составило 7 человек (ДЭН 2008-2010г.г.). Среднее количество половых партнеров за месяц составило 14 человек (ДЭН 2008-2010г.г.) Совместное употребление наркотиков является дополнительным условием для большей передачи ВИЧ инфекции от СР в общую среду населения. На вопрос об употреблении наркотиков инъекционным путем положительно ответили 20% респондентов. Отмечается прямая связь употребления инъекционных наркотиков с распространением ВИЧ, ВГС и сифилиса. Распространенность сифилиса среди СР - ПИН почти в два раза выше, чем среди остальных СР, то есть употребление инъекционных наркотиков приводит к увеличению риска полового поведения. Связь ВИЧ инфицирования и употребления инъекционных наркотиков (гепатита С) свидетельствует о том, что ВИЧ до сих пор концентрируется среди ПИН и СР-ПИН имеют больший

потенциал передачи ВИЧ в общую популяцию. Секс работники в большинстве своем знают самые распространенные заболевания ИППП, такие как сифилис, гонорея и ВИЧ/СПИД, процент правильных ответов составил 80.6%. При опросе СР, наличие симптомов ИППП отмечают у себя 34% респондентов и только 14.1% из них обратились к специалистам дерматовенерологической службы. Доля СР, которые занимаются самолечением составила 25%, а тех СР которые ничего не делали, имея симптомы ИППП – 23%. Отсутствие доступа к медицинским услугам ограничивает возможности работниц секса в плане получения медицинского обслуживания, защиты от ВИЧ и ИППП.

Уровень знаний о путях передачи ВИЧ/СПИД можно охарактеризовать как средний. Частота встречающегося ошибочного мнения о передаче ВИЧ «при рукопожатии» составила 18%. Знания о мерах профилактики по ВИЧ значительно выше - 75.3%. Профилактические вмешательства направлены на снижение уязвимости СР, в том числе по отношению к ВИЧ. При анкетировании СР был задан вопрос «За последние 6 месяцев получали ли Вы брошюры, листовки, буклеты, шприцы, презерва-

тивы, медицинскую помощь?». Согласно результатам информационную литературу по профилактике ВИЧ/СПИД получали 57.2% СР. Мероприятиями по обмену шприцев были охвачены всего 12.5% , по предоставлению презервативов - 65.8% СР. Медицинская помощь, согласно ответам СР, была оказана только 31.6% респондентам, получили психологическую помощь/консультирование 27.4%. Доля презервативов полученных от аутрич работников НПО составила всего 16%.

Учитывая факт, что инфицирование ВИЧ/СПИД среди СР зависит от безопасного полового и инъекционно-поведения и своевременного лечения ИППП, охват профилактическими вмешательствами этой группы можно назвать средним.

#### Выводы:

1. По результатам ДЭН среди РС эпидемия ВИЧ инфекции в Экибастузском регионе находится на начальной стадии, Павлодарской области в концентрированной стадии.

2. В профилактических вмешательствах следует особое внимание уделить РС-ПИН. Среди них высока распространенность ИППП и они ведут более опасное половое поведение.

3. Использование РС презервативов с коммерческими половыми партнерами пока не является повсеместным.

4. Только половина РС при наличии симптомов ИППП обратилась за квалифицированной медицинской помощью. Следует ее сделать более доступной за счет работы дружественного кабинета.

5. Необходимо продолжить проведение ДЭН в популяции РС, так как официальная статистика (надзор за регистрацией случаев) не отражает реальную ситуацию по ВИЧ-инфекции.

6. Активизировать работу волонтерской сети с целью увеличения доступа РС к своевременной и квалифицированной помощи по диагностике и лечению ИППП в дружественном кабинете. Использовать средства массовой информации для рекламы деятельности дружественного кабинета.

7. Ввести в штатное расписание ЭО ОЦ СПИД ставки волонтеров и врача гинеколога для работы с РС по профилактике ВИЧ/СПИДа.

8. Продолжить выполнение профилактической работы по программе «снижение вреда» в группе РС.

#### Литература:

1. Ганина Л.Ю. с соавт. Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год в Республике Казахстан. - Алматы, 2010. - 185 с.

УДК 616.5

## ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ БУЛЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Т.П. Насонова

КГКП «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

#### Тұжырым

#### ПАРАНЕОПЛАСТИКАЛЫ БУЛЛЕЗДІ ДЕРМАТОЗДАР

*Ішкі органдардың қателі ісіктері мен дерматоздар арасындағы патологиялық байланыс жөнінде мәселе әдебиеттерде талқыланады. Оның себебі ісікті емдегеннен кейін дерматоздар кетеді. Буллезді бөртпелері бар науқастарды онкологиялық қауіп тобына жатқызу қажет. Бұл науқастарды тиянақты тексеріске жарату керек.*

#### Summary

#### PARANEOPLASTIC BULLOUS DERMATOSES

*The author analyzes the clinical data and paraclinical characteristics of patients with paraneoplastic bullous dermatoses. Clinical features of Dühring's paraneodermatoses were detected, consisting in dissemination of the process with involvement of facial skin and with essential itching. Paraclinical characteristics are as follows: neither eosinophils, nor acantholytic cells are detectable in the vesicular contents, Jadasson's test is negative, histomorphologic examination shows intraepidermal localization of the vesicle. In paraneopemphigus involvement of the mucosae alone was recorded, and the painful syndrome whose severity did not correlate with the depth of the pathologic foci; corticosteroid therapy has proved ineffective. The author recommends thorough examinations of patients with bullous dermatoses if they present with the aforesaid clinical and paraclinical characteristics.*

Интерес исследователей к паранеопластическим кожным синдромам объясняется большим практическим значением этой проблемы. Из многих методов, предложенных для преклинической и ранней диагностики рака, ни один не является абсолютно надежным. Кожные изменения, рассматриваемые как паранеопластические симптомы, заслуживают большого внимания, их правильная и своевременная диагностика весьма важна.

Паранеопластические поражения кожи различаются по этиологии, частоте, клиническим особенностям и т.д. Напоминая известный дерматоз, они, однако, всегда обладают особенностями либо клинической картины, либо реакции на лечение, что нередко создает диагностические трудности. Наличие таких особенностей должно всегда вызывать онкологическую настороженность.

Вопрос о патологической связи между злокачественными заболеваниями внутренних органов и дерматозами обсуждается в литературе. Так, J.Pastinsky приводит данные о различных кожных проявлениях как следствие опухолевых процессов пищевода, желудка, кишечника, печени, подчеркивая, что изменения кожи развиваются в результате метастазирования в нее опухоли. В то же время ряд авторов рассматривают эти изменения кожи не как метастатические, а как носящие неспецифический характер.

Выявление у одного и того же больного злокачественного новообразования и дерматоза заставляет дифференцировать подлинные кожные симптомы злокачественной опухоли от случайного сочетания дерматоза с новообразованием. Доказательством причинной

связи этих явлений можно считать лишь исчезновение дерматоза после излечения опухоли и его рецидив при повторном ее появлении и метастазах. Однако и эти критерии не универсальны, так как они неприменимы при неоперабельных опухолях, при отсутствии рецидивов и метастазов.

По мнению Н.С. Потекаева, больных с буллезными высыпаниями следует относить к группе повышенного онкологического риска. Данные литературы свидетельствуют о том, что вульгарная пузырчатка является паранеопластическим процессом у 12% больных. Чаще опухоли локализируются в женских гениталиях, молочной железе, легком, желудке, поджелудочной железе, мочевом пузыре, простате, бронхах. Обычно кожные и онкологические симптомы появляются с интервалом менее 1 года, но иногда опухоль обнаруживается на аутопсии или буллезные элементы возникают одновременно с метастазами.

В своей практической деятельности мы наблюдали 5 больных с паранеопластическими буллезными дерматозами. При поступлении 2 больным был поставлен диагноз вульгарный пузырчатка (с поражением только слизистых), 2 – дерматит Дюринга, 1 – многоформной экссудативной эритемы или паранеопластического буллезного дерматоза. Таким образом, только у 1 больной из 5 при поступлении был заподозрен паранеопластический процесс, так как в анамнезе у нее была операция по поводу опухоли матки. Среди больных было 3 женщины и 2 мужчины в возрасте от 60 до 73 лет.

Больные дерматитом Дюринга (мужчина и женщина 73-70 лет соответственно) имели давность заболевания до 6 мес., жалоб общего плана не предъявляли. Однако, у мужчины при обследовании в общем анализе мочи отмечены протеинурия до 1,6%, лейкоцитурия и значительное число свежих выщелоченных эритроцитов.

Заболевания у больных начиналось остро, связь с каким-либо фактором они назвать не смогли. У обоих больных наблюдались полиморфизм высыпаний, их группировка, зуд при удовлетворительном общем состоянии, процесс был распространенный, высыпания располагались на коже туловища, конечностей, лице. Проба Ядассона отрицательная, при неоднократном исследовании содержимого пузырей эозинофилы и акантолитические клетки не обнаружены. Гистоморфологические исследования выявили внутриэпидермальное расположение пузырей, в инфильтрате большое количество эозинофилов и лимфоцитов. Проведенное обоим больным лечение ДДС эффекта не дало. Учитывая своеобразие течения дерматоза как в клиническом, так и в параклиническом аспекте, больных обследовали для исключения онкологического процесса. Выявлены опухоль матки и опухоль мочевого пузыря. Больные

переведены для лечения в специализированный стационар и в дальнейшем прооперированы.

Больные, которым при поступлении был поставлен диагноз пузырчатка слизистых, мужчина и женщины в возрасте 65 лет с давностью заболевания у больной 2 года, у больной 2 мес. Они безуспешно лечились у стоматологов по месту жительства с диагнозом стоматита. При поступлении больная жаловалась на болезненность в области прямой кишки, которая усилилась в период пребывания в стационаре, в анамнезе – геморрой. Больной в течение 20 лет страдал гастритом с повышенной секрецией, периодические обострения отмечал в весеннее и осеннее время. Болевого симптома при лечении не было.

При поступлении в стационар у больной слизистой полости рта, конъюнктиве, шейки матки наблюдались эрозивные дефекты размером от просяного зерна до 3 – копеечной монеты, ярко-розового цвета, на отдельных элементах беловатый налет. Клиническая картина заболевания таковой при пузырчатке слизистых, однако оба больных жаловались на резкую болезненность очагов поражения, что не соответствует глубине эрозивных дефектов. Диагноз заболевания подтвержден неоднократным нахождением в мазках-отпечатках с очагов поражения клеток Тцанка. Начато лечение кортикостероидными гормонами в высоких дозах. Лечение эффекта не дало. Присоединение метотрексата привело к клиническому улучшению, однако ремиссия не была достигнута. Учитывая торпидное течение заболевания, больных обследовали для исключения паранеопластического процесса. У мужчины выявлена карцинома желудка, у женщины – опухоль прямой кишки. Больные также были переведены для лечения в специализированные стационары.

Таким образом, необходимо тщательное обследование больных с буллезными дерматозами при наличии у них хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта на предмет онкологических заболеваний.

#### **Литература:**

1. Ашмарин Ю.Я., Буров Г.П., Жгун А.А. // клин.мед. – 1959. - №4. – С. 142 – 144.
2. Мизонова Т.П. // Вестн.дерматол. – 1974. - №11. – С. 46-49.
3. Потекаев Н.С., Кечкер В.И., Николаев Л.П. // Злокачественные новообразования и везикулобуллезные дерматозы. – М., 1964. – С.227-232.
4. Трапезников Н.Н., Каламкарян А.А., Шадыев Х.К. // Вестн.дерматол. – 1983. - №4. – С. 37-42.
5. Трапезников Н.Н., Шадыев Х.К., паранеопластические дерматозы. – Ташкент, 1986.

УДК 614.2-616-002.5-08

## **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Г.К. Кабышева**

**КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер №2», г. Семей**

#### **Резюме**

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.

**Тұжырым****ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ СОЦИАЛДЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ**

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.

**Summary****CLINIC-SOCIAL STRUCTURE BY SICK TUBERCULOSIS LIGHT**

Among our patients men 63.1% prevailed, on age of the person till 50 years have made 75.8%. Among clinical forms prevailed infiltrative having made 76.9%. On the Social composition not working have made 58.2%, and persons suffering chronic alcoholism 31.5%.

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, составлявшие 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 неработающие 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 больные 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 распада в легком. Повышение количества лейкоцитов выше нормативного показателя встречалось у 65,6% больных. Нарастание содержания 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 было 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 бактериоскопический 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.

**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.

УДК 616.24-002.5

**КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Е.А. Ибраев, Н.К. Селиханова,  
Б.Т. Туйебаева, Г.К. Кабышева, В. Максимова**Государственный медицинский университет города Семей,  
КГКП «Региональный противотуберкулезный диспансер №2», г. Семей****Резюме**

Представлены результаты лечения 73 больных туберкулезом легких пролеченных в хирургическом отделении. Из 73 пациентов прооперированы 42 (57,5%). Проперированы по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза 13 из 42 больных (30,9%). Среди хирургических методов лечения полисегментарная резекция легких составила 78,6%. Среди прооперированных послеоперационные осложнения встречались в 5,5% случаев. Послеоперационной летальности не отмечено и осложнения излечены.

**Тұжырым****ХИРУРГИЯЛЫҚ БӨЛІМДЕ ЕМДЕЛГЕН ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМЫ**

Бұл мақалада хирургиялық бөлімде емделген 73 науқас туралы мәлімет келтірілген. Осы 73 науқастың 42-нің өкпесіне операция жасалған (57,5%). Фиброзды-кавернозды өкпе туберкулезі бар 13 адамға операция жасалған (30,9%). Ауруларға қолданылатын хирургиялық емдеу тәсілінің 78,6%-ы өкпе кесіндісінің резекциясы. Олардың 5,5%-нан операциядан кейін асқынулар кездескен. Операциядан өлген адамдар жоқ және асқынуы бар аурулар емделіп жазылып шықты.

**Summary****CLINICAL STRUCTURE BY SICK TUBERCULOSIS OF THE SURGICAL BRANCH**

Represented the results of treatment of 73 sick by pulmonary tuberculosis at surgical department. From 73 patients 42 patient had operated on lung's (57,5%), on which 13 patient with fibrosis-cavernous pulmonary tuberculosis (30,9%). Among surgical methods using polysegmentary resection of lung's 78,6%. Among postoperation complication had in 5,5% events. Postoperation letalis is not noted and patient with complications also were cured.

По литературным данным последних лет современная антибактериальная терапия с использованием патогенетических методов позволяет добиться излечения не более 60-80% больных впервые выявленных туберкулезом органов дыхания. В целом вследствие недостаточной эффективности полихимиотерапии у 20-35% больных возникают необратимые изменения, развивается хронический туберкулезный процесс, когда излечение туберкулеза становится малоперспективным без применения хирургических методов [1,2,3,4].

В Семипалатинском региональном противотуберкулезном диспансере ранние операции в связи с туберкуломами выполняются с 1975 г. Вполне удовлетворительные результаты позволили начать применение ранних операций при инфильтративном и кавернозном туберкулезе легких. Нужно сказать, что ранние вмешательства производились при округлых и облаковидных рентгенологических типах инфильтратов, а к ранним операциям по поводу кавернозного туберкулеза отнесены только выполненные не более чем через 1 мес. после обнаружения последнего. Обязательным условием оперативного вмешательства являлась четко наметившаяся стабилизация туберкулеза легких: нормализация температурной реакции, лейкоцитарной формулы и белковых фракций, ограничение процесса, подтвержденных рентгенологическим обследованием, отсутствие свежих очагов обсеменения. Проанализировано нами истории болезни 73 больных пролеченных в хирургическом отделении в период с января 2009 по октябрь 2010 года. Из 73 человек проживали в сельской местности 43, а городе – 30. Мужчин было 52, женщин – 21, большинство больных было в молодом возрасте, как среди женщин, так и среди мужчин. Из 73 человек лица от 15 до 30 лет составили 35,6%, 31-40 лет – 40,1%, 41-50 лет – 10,9%, 51-60 лет – 9,6%, старше 60 лет – 2,7%. Как видно из вышеизложенных данных, в Семипалатинском регионе заболевают туберкулезом лица работоспособного возраста, больные до 50 лет составили 87,7%. По социальному составу среди заболевших не работающие составили 54,8%, больше поло-

вины больных не работают из-за закрытия производств. Среди клинических форм у больных преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез легких составил 38,4%, а из других – очаговый туберкулез легких составил 1,4%, инфильтративный – 17,8%, туберкулема легких – 42,5%. Из 73 больных выявлены при профилактических осмотрах 27,4%, а по обращаемости – 72,6%. При анализе клинических данных установлено, что острое начало отмечалось у 20,5%, а подострое – у 79,5%. По субъективным данным, при поступлении в стационар жаловались на повышение температуры 64,4%, на кашель со слизистой мокротой в незначительном количестве – 53,4%, на потливость – 34,3%, на боль в грудной клетке – 56,2%. Рентгенологическая характеристика 73 пациентов туберкулезом легких обнаружила, что у 94,5% больных процесс был односторонним, распад в легком установлен у 36,9% больных. Бактериовыделение установлено у 33 пациентов, что составило 45,2% случаев. Из сопутствующей патологии по 2 случая обнаружен хронический гастрит, ХНЗЛ, ишемическая болезнь сердца у 3 пациентов и шизофренией страдали 3 больных. Из осложнений основного заболевания экссудативный плеврит встречался в 5,5% случаев и столько же случаев составили легочные кровотечения.

По литературным данным хирургическое лечение больных с ограниченными неотягощенными формами заболевания разработано хорошо, обеспечивает высокую эффективность при минимальном риске. Экономные резекции являются основными операциями и их клиническая эффективность составляет 98%.

Из 73 проанализированных нами больных прооперированы 42 пациента, из которых один больной прооперирован по поводу субплеврально расположенной хондромы, 28 по поводу туберкулемы легких. В данном случае произведено 3 лобэктомии, 25 полисегментарных резекций (19 в правом и 6 в левом легком). Все операции выполнены с отдельной обработкой элементов корня, долей и сегментов легких. По поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких прооперировано 13 больных. Лобэктомия произведена 6 пациентам,

резекция S<sub>1-2</sub> левого легкого 3 пациентам и резекция S<sub>1-2</sub> правого легкого 4 больным. У оперированных в 100% наблюдений произведено гистологическое исследование удаленных участков легкого. Расхождения клинического и гистологического диагнозов не было среди прооперированных больных. Послеоперационные осложнения у оперированных больных отмечены только у 4 (5,5%) в виде длительной экссудации в плевральную полость. Послеоперационной летальности не отмечено, осложнения излечены.

Среди 73 пациентов у 2 (2,7%) установлен рецидив, в одном случае инфильтративный туберкулез оперированного легкого, а в другом – фиброзно-кавернозный туберкулез оперированного легкого (по данным отдаленных наблюдений).

#### Литература:

1. Перельман М.И., Наумов В.Н., Добкин В.Г. и др. // Показания к хирургическому лечению больных туберкулезом легких.-Пробл.туб.- 2002.-№ 2.- С.51-55.
2. Ракишев Г.Б., Еримбетов К.Д., Чаймерденов С.Ч. Эффективность хирургических методов лечения у больных с впервые выявленным туберкулезом легких в условиях ДOTS стратегии// 1-й конгресс фтизиатров Казахстана. – Алматы.- 20-21 октября 2004.- С.250-252.
3. Краснов В.А., Андренко А.А., Грищенко Н.Г. и др. Хирургическое лечение фиброзно-кавернозного туберкулеза//Пробл.туб.- 2002.-№ 3.- С.25-27.
4. Цыбикова Э.Б., Отс О.Н. Хирургическое лечение деструктивного туберкулеза легких у впервые выявленных больных// Туберкулез и болезни легких. – 2010. - №6. – С.57-64.

## УДК 613.25

### ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

А.У. Шарипова

ВВК ДВД Павлодарской области

#### Summary

#### THE PROBLEM OF OVERWEIGHT OF LAW ENFORCEMENT AGENCIES' EMPLOYEES

**The aim of the work:** to point out the most frequent causes of obesity and overweight among law enforcement agencies' employees in Pavlodar region and prevention of possible complications (arterial hypertension, CHD, diabetes mellitus, etc).

**Conclusions:** The most frequent causes of obesity and overweight among law enforcement agencies' employees is a breach of eating patterns, high-calorie food intake, hypodynamia. Overweight leads to cardiovascular system diseases such as coronary heart disease, arterial hypertension, atherosclerosis, leads to reduction of physical activity and physical endurance that considerably reduces the quality of life.

#### Тұжырым

#### ҚҰҚЫҚ ҚОРҒАУ ОРГАНДАРЫҢДАРЫ ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ АРАСЫНДАҒЫ АРТЫҚ САЛМАҚ МӘСЕЛЕПЕРІ

**Жұмыс мақсаты:** Павлодар облысы құқық қорғау органдарындағы қызметкерінің арасындағы артық салмақ пен семірудің жиі кездесу себептерін анықтау және болуы мүмкін асқынулардың алдын алу (артериалды гипертензия, ИЖА, қант диабеті, т.б.).

**Қорытынды:** Құқық қорғау органдары қызметкерлері арасында артық салмақ пен семірудің ең жиі кездесетін себептері: тамақтану тәртібін бұзу, жоғары калориялы тамақты қабылдау, гиподинамия. Артық салмақ жүрек қан тамыры ауруларына, оның ішінде ишемиялық жүрек ауруы, артериалды гипертензия, атеросклероз сияқты ауруларға әкеледі, күш қуат пен төзімділіктің азаюынан өмір құндылығын төмендетеді.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала ожирение новой неинфекционной «эпидемией XXI века» [2, 3, 4]. По последним оценкам ВОЗ, более миллиарда человек на планете имеют избыточный вес. В последние годы отмечается постоянное увеличение числа лиц, с избыточной массой тела, особенно среди трудоспособного населения, поэтому проблема ожирения является одной из актуальных проблем медицины.

Ожирение является хроническим полиэтиологическим заболеванием, связанным с влиянием ряда генетических и неврологических факторов, изменением функций эндокринной системы, стилем жизни и пищевым поведением пациента, а не только с нарушением энергетического баланса.

Выделяют алиментарно-конституциональное, гипоталамическое и эндокринное ожирение. Алиментарно-конституциональное ожирение носит семейный характер, развивается, как правило, при систематическом переедании, нарушении режима питания, отсутствии адекватной физической нагрузки, часто у членов одной семьи или близких родственников. Гипоталамическое ожирение возникает вследствие нарушения гипоталамических функций и в связи с этим имеет ряд клинических особенностей. Эндокринное ожирение является

одним из симптомов первичной патологии эндокринных желез: гипокортицизма, гипотиреоза, гипогонадизма. Однако при всех формах ожирения имеются в той или иной степени гипоталамические нарушения, возникающие либо первично, либо в процессе развития ожирения [1].

Общим признаком всех форм ожирения является избыточная масса тела. Ожирение и избыточный вес не только эстетическая проблема. Накопление жировой массы в организме является фактором риска многих серьезных заболеваний сердечно сосудистой системы, сахарного диабета типа 2, заболеваний печени и желчного пузыря, опорно-двигательного аппарата и других. Эти заболевания встречаются при ожирении в 6-9 раз чаще, чем у лиц того же пола и возраста, не имеющих лишнего веса. Продолжительность жизни больных с ожирением на 10-12 лет короче, чем у их сверстников с нормальной массой тела. Чем больше жира накапливается в организме, тем более выражены нарушения в обмене веществ, тем чаще наблюдаются сопутствующие заболевания. Выделяют четыре степени ожирения и две стадии заболевания - прогрессирующую и стабильную. При I степени фактическая масса тела превышает идеальную, не более чем на 29%, при II - избы-

ток составляет 30-40%, при III степени-50-99%, при IV-фактическая масса тела превосходит идеальную на 100% и более.

Иногда степень ожирения оценивается по индексу массы тела, вычисляемому по формуле:  $\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела (кг)}}{\text{рост (м)}^2}$ , за норму принимается индекс массы, составляющий 20-24,9, при I степени - индекс 25-29,9, при II - 30-40, при III - более 40.

Есть специальность, для работников которой избыточный вес может быть просто опасен для жизни в обычной, повседневной работе. Это сотрудники правоохранительных органов. Каково тем, в чьи служебные обязанности входит физическая активность - перестрелки, погони и засады иметь избыточную массу тела? Оказывается, проблемой избыточного веса у полицейских озабочены все власти мира. Например: изначально, на работу в США не берут людей с избыточным весом и окружностью талии более 102 см. А для тех, кто поправился уже во время службы и не собирается худеть обязали следить за фигурой, в случае же неповиновения, их лишали премии. Полицейским из Харбина (Китай) необходимо весить не более 75 кг при объеме

тали не больше 90 см. Тех, кто не вписывается в эти параметры, немедленно увольняют. Руководство страны было потрясено, когда узнало, что более 40% полицейских страны страдают избыточным весом.

**Цель работы:** выявить наиболее частые причины ожирения и избыточного веса среди сотрудников правоохранительных органов по Павлодарской области и профилактика возможных осложнений (артериальная гипертония, ИБС, сахарный диабет и т.д.).

**Материалы и методы исследования:** исследованы 47 сотрудников в возрасте от 25 до 47 лет (32 мужчин, 15 женщин) за 3 года (2008, 2009, 2010)

Средний возраст в группе составил в среднем  $36,5 \pm 3,5$  года. У всех освидетельствованных  $\text{ИМТ} \geq 26 \text{ кг/м}^2$ , в среднем по группе составил  $32,2 \pm 1,8 \text{ кг/м}^2$ . Критериями включения сотрудников в исследование являлись: рост, вес, ИМТ, лабораторные исследования крови: на сахар, липидный спектр, АлТ, АсТ, тимоловая, диастаза, билирубин; инструментальные методы исследования, ЭКГ, УЗИ сердца и органов брюшной полости, рентгенография черепа и т.д.

### Диаграмма процентного соотношения сотрудников правоохранительных органов по степени ожирения



**Результаты:** из 47 сотрудников 1 - степень ожирения у 16 (34%), 2 - степень у 19 (40,4%), 3 - степень у 8 (17%), 4 - степень у 3 (6,3%). При этом наблюдалось сочетание ожирения с артериальной гипертонией (с различной степенью), сахарным диабетом 2-го типа, ИБС, деформирующий остеоартроз (ДОА), нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), жировой гепатоз (по УЗИ и по биохимии крови). Из обследованных с ожирением артериальная гипертония (1,2,3 степени) наблюдалось у 39 (82,9%), сахарный диабет 2-го типа у 8 (17%), ИБС - 18 (38,2%), ДОА у 25 (53,1%), НТГ у 18 (38,2). Среди освидетельствованных при этом признаны негодными к строевой службе (служба вне строя) - 10, негодными к военной службе - 4. При определении липидного спектра наблюдалось повышение общего холестерина триглицерида, бета-липопротеиды у 22 (46,8%). При анализе среди сотрудников различных структур правоохранительных органов наиболее часто избыток веса и ожирение встречаются среди сотрудников дорожной полиции и сотрудников прокуратуры (у женщин). При сборе анамнеза заболевания: наследственный фактор имело место у 9-ти сотрудников в остальных случаях нарушение режима питания, потребление основного количества пищи во вторую половину дня и перед сном, еда всухомятку. При этом в рационе преобладали жирные

продукты и сладости, колбасные изделия, майонез, сладкие прохладительные напитки, полуфабрикаты. Такое питание объяснялось со спецификой службы: ненормированным рабочим днем, ночными дежурствами, командировками, а также отмечалось гиподинамия (работа связана с компьютером, передвижение на работу и с работы на личном или служебном транспорте).

**Выводы:** Наиболее частой причиной ожирения и избыточного веса среди сотрудников правоохранительных органов является нарушение режима питания, прием высококалорийной пищи, гиподинамия. Избыток веса приводит к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, таким как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, атеросклероз; приводит к снижению физической активности и выносливости, что значительно снижает качество жизни.

#### Литература:

1. Мельниченко Г.А. Ожирение в практике эндокринолога. Русский мед.журнал, 2001, том 9, № 2: 82-87.
2. Obesity - prevention and managing the global epidemic. WHO Report, 1998.
3. National Task Force on Obesity Overweight, obesity, and health risk. Arch Intern Med 2000; 160; 898-904.
4. Ахметов А.С. Ожирение-эпидемия XXI века. Тер.архив 2002; № 10; 5-7.

УДК 613.2 - 057.874

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ**

Г.К. Турдунова, А.С. Керимкулова, Ш.М. Токешева, Г.Р. Даутбаева, К.С. Турдунов

Центр здорового питания г.Семей,  
ГУ УГСЭН по г.Семей ДКГСЭН МЗ РК по ВКО

**Тұжырым****МЕКТЕП ОҚУШЫЛАР ТАМАҚТАНУЫНЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ АСПЕКТТЕРІ**

Мақалада мектеп бағдарламаларын сапалы меңгерудің және өсіп кележатқан ұрпақтың денсаулығының негізгі факторы болып табылатын мектептегі тамақтану жөніндегі сұрақтар қозғалған. Ерекше назарды талап ететін мәселе салауатты тамақтану негіздері бойынша оқушылардың сауаттылығының төменгі деңгейі болып табылады. Бұл мәселе оқушылардың тамақтануында көптеген бұзушылықтарының анықталуының себебі болды.

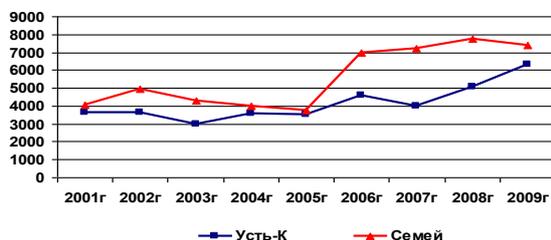
**Summary****HIGIENIC ASPECTS OF NUTRITION AND HEALTH PUPLES**

The article contains data regarding the issues of school nutrition, which is the basic factor, defining a quality of school program study as well as the basic of growing generation health. Special attention should be paid at low awareness of school children about issues of healthy nutrition, which is one of the main reasons, of the defined food disbalans.

Полноценное питание школьников – это обязательный элемент образовательного процесса и базовый фактор, определяющий качество освоения школьных программ, а также основа здоровья подрастающего поколения и необходимое условие для полноценного физического и умственного развития [1].

По данным национальных исследований 2008 года в отдельных регионах республики дети школьного возраста по антропометрическим показателям существенно отстают от рекомендуемых ВОЗ нормативов, а показатели их липидного обмена свидетельствуют о высоком риске развития в дальнейшем сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Динамика заболеваемости органов  
пищеварения у подростков



В настоящее время тенденция в изменении здоровья школьников имеет негативную направленность: рост числа хронических заболеваний, психических отклонений и пограничных состояний, нарушения физического развития. Нарушение питания у детского населения является одной из причин высокой частоты заболеваний желудочно - кишечного тракта, занимающих первое место в структуре заболеваемости у школьников, а также в возникновении анемии и болезни обмена веществ (за последние годы отмечен рост до 14-16%) [4].

Так, сравнительный анализ динамики заболеваемости органов пищеварения у подростков г.Семей и Усть – Каменогорск (диаграмма) показал тенденцию к росту [5].

Примерно у 11% детей отмечаются низкая масса тела или сниженный рост.

Современные проблемы школьного питания имеют не только физиологические, биохимические и гигиенические, но и социально-экономические и организационные аспекты, которые выявляют роль школьного питания в обеспечении здоровья учащихся.

Целью исследования было гигиеническое изучение и оценка организации питания в школах г.Семей (далее города). Задачи исследования включали: выборочное анкетирование школьников, анализ результатов анкети-

рования, изучение состояния столовых и буфетов школ, изучение перспективного 2-х недельного меню.

В ходе исследования было установлено, что в городе функционируют 54 общеобразовательных школ. Горячим питанием охвачены 43 школы, что составляет 79,6%, буфетным - 6 школ (11,1%). В 5 школах города питание не организовано (9,2%). В школах с организованным горячим питанием разработано и согласовано с УГСЭН перспективное 2-х недельное меню. В школах, где функционируют буфеты реализуются в большинстве случаев духовые пирожки, учпучмаки, самса, шоколадные батончики, соки и сокодерживающие напитки, холодный бутилированный чай. В продаже отсутствуют газированные напитки, чипсы, кириешки и др. вредные для организма продукты питания.

При изучении перспективных меню были установлены следующее: повторяемость «дежурных» блюд, избыток мучных изделий, чрезмерная увлеченность первыми блюдами, отсутствие салатов, выраженный дефицит фруктов, натуральных соков, кисломолочных продуктов, рыбы и мяса.

При оценке санитарного состояния пищеблоков было отмечено что во многих школьных столовых холодильное и электрооборудование, мебель подлежат замене, а помещения требуют ремонта.

В рамках изучения состояния фактического питания и информированности школьников о принципах здорового питания нами было проведено выборочное активное анкетирование учащихся 5 общеобразовательных школ города (№1,6,11,31,42), что составило 9,2% от всех школ. Анкетированием было охвачено 218 школьников, в возрасте 10 лет (63), 15 лет (155).

По результатам анкетирования нами были выявлены следующие пищевые нарушения:

- ✓ нарушение режима питания
- ✓ уменьшение частоты потребления рекомендуемых продуктов (сырых овощей, фруктов, рыбы, молочных продуктов)
- ✓ увеличение в рационе квоты не рекомендуемых продуктов (сладостей, газированных напитков, чипсов, хот-догов и др.)
- ✓ формирование неправильных пищевых стереотипов
- ✓ низкий уровень грамотности школьников по вопросам здорового питания.
- ✓ снижение или ограничение двигательной активности

Таким образом, с целью улучшения качества питания и повышения мотивации детей и подростков питаться в школьной столовой во всех школах города необходимо внедрить примерно 2-х недельное меню

разработанное КАП и одобренное областными департаментами образования и здравоохранения.

Арендаторам школьных столовых руководствоваться Методическими рекомендациями утвержденными Приказом Председателя Комитета ГСЭН МЗ РК № 98 от 13 августа 2008 года «Организация горячего питания учащихся в школьных столовых».

С целью улучшения информированности школьников, их родителей и учителей по вопросам формирования ЗОЖ, в том числе правильного питания, проводить гигиеническое обучение (организация и проведение бесед, чтение лекций, выпуск наглядный пособий, брошюр, буклетов и т.д.).

Проблема организации школьного питания межведомственная и кардинальное решение может быть обеспечено с участием правительства, местных органов исполнительной власти и руководства школы.

Увеличение инвестиций в школьное питание – это бесценный капитал в гармоничное развитие и успешную учебу подрастающего поколения. Школа – время, когда ребенок учится социальной адаптации, самостоятельности, ответственности (в том числе выбору здорового рациона). Следовательно, культуру питания в школьном

обучении следует рассматривать как важный вклад в здоровье периода взрослости [1].

#### Литература:

1. Айджанов М.М. Доклад: Школьное питание, проблемы и пути ее решения. Семинар для специалистов департаментов ЦЗП ОО «АПМ» Алматы, 13 октября 2011 г.

2. Шарманов Т.Ш. «Питание – важнейший фактор здоровья человека». – Алматы: Асем - Систем, 2010г. - 400с.

3. Методические рекомендации «Организация горячего питания учащихся в школьных столовых». Под редакцией академика Т.Шарманова, Астана-Алматы, 2009 г. Утверждены Приказом Председателя Комитета ГСЭН МЗ РК № 98 от 13 августа 2008 года.

4. Материалы Международной научно-практической конференции «Питание и здоровье». Специальный выпуск журнала «Здоровье и болезнь», 2010 г., № 6 (91).

5. Статистический сборник «О состоянии здоровья населения и системы здравоохранения Восточно – Казахстанской области» в период с 2000 по 2009 годы.

УДК 616.2-002.153-616.633.455.623+579.8

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРООРГАНИЗМОВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИХ ПНЕВМОНИЮ У ДЕТЕЙ

Б.С. Абилова

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

#### Резюме

В проведенных исследованиях было установлено, что у детей гг. Семей и Алматы, к патогенным формам, способными вызвать пневмонию, относятся *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilillus*.

#### Тұжырым

**БАЛАРДА ӨКПЕ ҚАБЫНУЫН ЖИІ ШАҚЫРАТЫН МИКРООРГАНИЗМДЕРДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТТАМАСЫ**  
Жүргізілген зерттеулерде Семей және Алматы қалаларында балаларда өкпе қабынуын шақыратын патогенді формаларға *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilillus* жататыны анықталған.

#### Summary

### THE MICROORGANISMS, MORE OFTEN CAUSING THE ACUTE PNEUMONIA BY CHILDREN

In researches was determined that the microorganisms, more often causing the acute pneumonia by children are *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilillus*.

В проведенных исследованиях была изучена нормальная микрофлора у детей гг. Семей и Алматы. Было установлено, что особым различий по видовому содержанию микроорганизмов, колонизирующих ротовую полость, носоглотку и полость носа не наблюдается. Основной процент высеванных и идентифицированных микроорганизмов составляет аутохтонную облигатную и транзитную микрофлору (стрептококки, стафилококки, клибсиеллы, нейсерии и др.). Встречаются аллохтонные микроорганизмы, входящие в состав других областей, как, например, *Lactobacillus* или *Clostridium*, в состав кишечника. Таким образом, нормальная микрофлора двух регионов практически одинаково несет в себе виды условно – патогенных микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию.

В проведенных исследованиях было установлено, что у детей гг. Семей и Алматы, к патогенным формам, способными вызвать пневмонию, относятся *St.aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria*, *Haemophilillus*. Кроме того, как уже говорилось, доля неопознанных микробных ценозов принадлежит микоплазмам, моракселлам и т.д. Следовательно, эти микроорганизмы могут лежать в первопричине развития пневмонии у детей

что доказали наши исследования, при которых было установлено, что наиболее часто внебольничные пневмонии вызываются именно данными видами микроорганизмов. Это подтверждается другими исследователями, изучающими причины, наиболее часто приводящих к возникновению внебольничных пневмоний [1,2].

Однако проведенными исследованиями выявлено, что существуют различия в частоте встречаемости и видах микроорганизмов, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию у детей гг. Семей и Алматы. Так, например, если в г. Семей ведущим микроорганизмом, вызывающим заболевание, является *St.pyogenes* (58,7±1,8%), то в г. Алматы – *Str. Pneumoniae* (41,3±2,2%). Отличаются по частоте и другие микроорганизмы, идентифицированные, как наиболее часто вызывающие внебольничную пневмонию. Например, в г. Семей штамм *Haemophilillus* вызывает пневмонию в 2,6±0,4%, а в г. Алматы в 9,6±1,3%.

Очень небольшой процент приходился на долю протея, цитобактера, микоплазмы. Необходимо отметить, что пневмонии, вызванные данными возбудителями, не имели атипичного течения, а протекали с клиническими и лабораторными показателями «банальной» пневмо-

нии, не отличаясь по характеру от пневмоний, вызванных стрептококками, гемофильной палочкой или моракселлой. То есть, изучение микроорганизмов, вызывающих внебольничную пневмонию, показало, что существуют межрегиональные отличия между возбудителями пневмонии у детей г. Алматы и г. Семей. Такие же межрегиональные отличия подтверждают, например, Чучалин А.Г. и соавторы, отмечающие существование межрегиональных различий в РФ, а также много других ученых, занимающихся проблемами пневмонии [3].

Кроме того, существуют межрегиональные отличия и в чувствительности микроорганизмов, вызывающих пневмонию, к антибактериальным препаратам, используемых для лечения. Так, проведенными исследованиями установлено, что при определении чувствительности исследуемых антибактериальных препаратов существует межрегиональное различие активности антибиотиков в отношении возбудителей наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Например, чувствительность ампициллина в отношении стрептококков, вызывающих пневмонию, в г. Семей была низкой, что свидетельствует о штаммах стрептококков, резистентных к пенициллиновому ряду, но не к бета – лактамам, поскольку стрептококки были высоко чувствительны к цефазолину. Кроме того, в г. Семей установлены штаммы стрептококков, не чувствительных к эритромицину, что может говорить о наличии устойчивых к эритромицину возбудителей.

Такие расхождения чувствительности подтверждаются многими авторами, свидетельствующими о межрегиональных различиях в активности антибактериальных

средств к возбудителям пневмонии. Особенно это касается стрептококков, гемофильной палочки и стафилококка, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Так, например, Р. Саланgetti описывает различную чувствительность гемофильной палочки к цефалоспорином 3 поколения на юге и севере Италии, а А.Г. Чучалин отмечает различную активность макролидов в отношении стрептококка на юге России (Краснодарский край) и северными регионами РФ.

Таким образом, при изучении микробных характеристик возникновения внебольничных пневмоний у детей г. Семей и Алматы, установлено, что существуют межрегиональные отличия между видами возбудителя, наиболее часто вызывающих пневмонию в данных регионах, степени их частоты и чувствительности к антибактериальным препаратам. Проведенные исследования служат доказательством необходимости создания определенных стандартов для рациональной антибиотикотерапии в исследуемых регионах, особенно, с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

#### Литература:

1. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред). М., 2000, 420 с.
2. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig/ Wiesbaden, 2006, 148 с.
3. А.Г.Чучалин А.Н.Цой В., В.Архипов. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. Москва, 2002. с. 1-49.

УДК 616.12-008.331.1-053.88

## ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

С.Б. Мусабекова

ГУ «Госпиталь с поликлиникой ДВД ВКО»

Тұжырым

### ЕГДЕ ЖАС ЖӘНЕ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ

*Бұл жұмыста егде жастағы адамдардағы артериялық гипертензияның клиникалық көрінісі, диагностикасымен емдеу принциптеріне әдеби шолу жүргізіледі, сонымен қатар осындай науқастарды жүргізу ерекшеліктері де қарастырылған. Осы жұмыстың нәтижелері рандомизирленген зерттеулер және плацебо-бақылаушы зерттеулер нәтижесімен көрсетіледі.*

#### Summary

### ELDERLY AGE AND ARTERIAL HYPERTENSION

*In the present work literary data about features of a clinical picture, diagnostics and principles of treatment of an arterial hypertension for elderly persons are presented. Besides features of management a of similar type patients are presented. Data are based on results randomized placebo-controlled researches for elderly.*

По данным эпидемиологических исследований, распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения колеблется от 20 до 40% и увеличивается с возрастом. АГ является одним из главных факторов риска развития мозгового инсульта, ишемической болезни сердца (ИБС) и других сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического происхождения, с которыми связано около 1/2 всех случаев смерти. По сводным данным 10 рандомизированных исследований, включавших около 20 тыс. больных (средний возраст от 44 до 76 лет), длительная антигипертензивная терапия снижает АД в среднем на 14,4/6,5 мм рт. ст. При этом риск развития мозгового инсульта снижается в среднем на 37%, риск ИБС – на 21% и общая смертность – на 13% [1,2].

По данным Роттердамского исследования, под влиянием антигипертензивной терапии вероятность развития деменции уменьшается в среднем на 25%, причем

риск сосудистой деменции снижается на 70% и риск болезни Альцгеймера – на 13% [1-3].

**Особенности клинической картины.** У пожилых людей очень распространена именно изолированная систолическая АГ (ИСАГ). Установлена тесная, независимая связь уровня САД с риском развития коронарных, мозговых и почечных осложнений. Риск осложнений определяется не столько уровнем ДАД, как считалось долгое время, а уровнем САД, позволяющим прогнозировать сердечно-сосудистый риск.

По данным Фремингемского исследования, повышение пульсового давления более 60 мм рт.ст. является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. У пожилых больных отмечается высокая частота сочетания ИСАГ и метаболических нарушений (дислипидемия, сахарный диабет, подагра). При ИСАГ отмечается гипокинетический тип гемодинамики с увеличением об-

щего периферического сопротивления. Во многих наблюдениях отмечается высокая солечувствительность АД. Характерна высокая частота "псевдогипертонии" из-за повышения жесткости сосудов, "гипертонии белого халата", постпрандиальной гипотонии и, что очень важно и зачастую определяет выбор гипотензивного препарата, очень высокая частота ортостатической гипотонии. Ортостатическая гипотензия может иметь катастрофические последствия, такие как падения или травмы головы. Выявление гипертензии в пожилом возрасте часто требует исключения клинически значимого стеноза почечных артерий. Пожилые больные часто используют препараты, которые могут повышать АД или влиять на эффективность лечения (нестероидные противовоспалительные препараты и др.) [4,5].

**Диагностика.** Диагноз ИСАГ может быть поставлен, если при трех повторных визитах средний уровень САД > 140 мм рт.ст., а ДАД < 90 мм рт.ст.

**При измерении АД пожилым людям необходимо помнить о следующих обстоятельствах:**

- Частое распространение феномена аускультативного провала, поэтому при измерении АД следует нагнетать воздух не менее чем до 250 мм рт.ст. и спускать его очень медленно.

- Измерение АД следует проводить сидя и стоя, через 1 и 5 мин после принятия вертикального положения, а у больных сахарным диабетом – через 2, 4, 6, 8 и 10 мин.

- Изначально АД измеряется на обеих руках.

- Большая частота встречаемости "гипертонии белого халата" ("изолированная клиническая АГ", "нестойкая АГ") требует обязательного суточного мониторирования АД. По существующим оценкам такой вариант гипертензии может встречаться у 25% пациентов этой категории.

- Необходимо исключить вторичные формы ИСАГ. Если артериальная гипертензия начинается после 60 лет или плохо поддается лечению, то необходимо исключить и вторичную АГ, связанную с атеросклерозом почечных артерий [2].

#### Цели и принципы антигипертензивной терапии

С 1985 г. было проведено большое количество крупных многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по нескольким направлениям: переносимость лечения, влияние лечения на частоту основных осложнений АГ, сердечно-сосудистую и общую смертность, безопасность лечения больных с ИСАГ. По результатам SHEP, EWPHE, SYST-EUR и ряда других исследований, в которые включались лица старше 60 лет, лечение АГ в целом приводило к снижению инсульта на 40%, сердечно-сосудистых осложнений – на 30%, ИБС – на 15%. Отмечено также снижение общей сердечно-сосудистой и коронарной смертности.

В любом возрасте лечение АГ следует начинать с изменения образа жизни (снижение избыточной массы тела, ограничение потребления поваренной соли и спиртных напитков (ограничение алкоголя до 30 мл чистого этанола ежедневно для мужчин и 1/2 этого количества для женщин), увеличение физической активности (ежедневная ходьба 20–30 мин) исключение курения, ограничение животных жиров в пище и т. д.). Следует иметь в виду, что ограничение потребления поваренной соли до 5–6 г в сутки является весьма эффективным способом снизить АД, так как АГ у пожилых лиц отличается чувствительностью к соли.

И если риск сердечно-сосудистых осложнений у больного высокий или очень высокий, изменение образа жизни проводится параллельно с медикаментозной терапией. В первую очередь медикаментозная терапия должна быть назначена пожилым больным с ИСАГ, имеющим

уровень САД > 160 мм рт.ст., а также больным с уровнем САД в пределах 140–160 мм рт.ст. и такими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, как сахарный диабет, стенокардия, гипертрофия левого желудочка [2–4].

**При назначении гипотензивных препаратов пожилым людям с ИСАГ следует придерживаться следующих рекомендаций:**

- Начальные дозы антигипертензивных препаратов должны быть вдвое меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста.

- Необходимо медленно подбирать дозу с обязательным контролем АД в положении стоя и после еды.

- Снижать АД в начале лечения нужно только постепенно, не более чем на 30% от исходного, чтобы не вызвать или не усугубить мозговую и почечную недостаточность.

- Целевой уровень АД у пожилых пациентов 140/90 мм рт.ст., однако в случаях длительно нелеченой, высокой ИСАГ достаточно снижение САД до 160 мм рт.ст. По мнению экспертов Национального комитета по выявлению, оценке и лечению гипертензии, САД в пожилом возрасте нужно снижать на 20 мм рт.ст., если оно исходно находилось в пределах 160–180 мм рт.ст., и до уровня менее 160 мм рт.ст., если исходное САД превышало 180 мм рт.ст. АД следует снижать не менее чем на 10–15% и не более чем на 30% от исходного.

Необходимо следить и за уровнем ДАД, так как у лиц с ИСАГ снижение уровня ДАД менее 60 мм рт.ст. ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

- Учитывая снижение памяти и консерватизм мышления, схемы назначения антигипертензивных препаратов должны быть предельно просты, а число препаратов и кратность их приема сведены к минимуму. То есть, по возможности широко использовать фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов длительного действия.

Судя по данным рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (Syst-Eur (Европейское исследование плацебо против антагониста кальция, ингибитора АПФ), MRC (сравнивался эффект диуретика, бета-адреноблокатора и плацебо), SHEP (САГ и лечение тиазидным диуретиком и при необходимости добавлялся бета-адреноблокатор) и др.) для начальной терапии ИСАГ у пожилых лиц следует использовать либо тиазидные (или тиазидоподобные) диуретики, либо антагонисты кальция дигидропиридинового ряда [1–4].

#### Литература:

1. Преображенский Д.В., Стеценко Т.М., Колпакова Е.В., Скворонская Т.В., Маренич А.В. Consilium-medicum. Том 07/N 12/2005. Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения.

2. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. - <http://www.eshonline.org/> J Hypertens 2003; 21: 1011–53. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003.

3. Чазова И.Е. Consilium-medicum. Артериальная гипертензия. Том 07/№5/2005. Антигипертензивная терапия: новые препараты – новые возможности.

4. Жданова О.Н. Consilium-medicum. том 8 №2 2005. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых людей.

5. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.А. Основы клинической гериатрии. Томск, 2006.

УДК 616.33/342-002.44-053.9

## ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА

М.М. Гладинец, М.А. Шацкий, З.С. Сапкин, Г.Ж. Ыגיעв

*Государственный медицинский университет города Семей*

### **ЕГДЕ ЖАЙЫҒЫ НАУҚАСТАРДАҒЫ АСҚАЗАН ЖӘНЕ ҰЛТАБАР ОЙЫҚ ЖАРА АУРУЫ**

Қорытындылай келе 60 жастан асқан науқастарда жиі асқынулар және қан кетуге бейімділік өте жиі кездесетіні анықталды. Ойық жара ауруының асқазанда орналасуы және қан кетуге бейімділік атеросклерозды жарасы бар науқастарда асқынулар құрылымын анықтайды, сондықтан операцияға көрсетілім кең болу керек.

### **PEPTIC ULCER AND DUODENAL ULCERS IN PATIENTS WITH OLD AGE**

In conclusion, it should be noted that a feature of the current of gastric ulcer and duodenal ulcer in patients over 60 years, a large number of complications and extreme bleeding tendency. Frequent localization progress in the stomach and bleeding tendency in patients with atherosclerotic ulcer complications determine the structure of this group, so the indications for surgery should be expanded. Severe comorbidity adaptability in the elderly are the main causes of adverse outcomes, which obliges to organ-preserving operations.

**Актуальность:** Академик В.Х.Василенко означил язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки медико-социальной проблемой XXI века.

Язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки страдает 5% взрослого населения земного шара, причём до 15% из них нуждаются в операционном лечении. Несмотря на совершенствование показаний к хирургическому лечению и разработку органосохраняющих операций, при лечении язвенной болезни в отдельные сроки не удаётся полностью исключить развитие патологических синдромов. Частота заболеваемости язвенной болезнью в экономически развитых странах составляет 400-500 человек на 100.000 населения. Локализация язв в 12-перстной кишке более частая, чем в желудке. Язвенная болезнь, как причина инвалидности пациентов занимает второе место после сердечно – сосудистых заболеваний. Частота заболеваемости, утрата трудоспособности в связи с частыми обострениями заболевания, перевод пациентов на инвалидность наиболее трудоспособного возраста, летальность от тяжёлых осложнений кровотечения, прободение, делают проблему лечения язвенной болезни социальной задачей.

Анализ результатов операций показывает, что после резекции желудка патологические синдромы функциональной или органической происхождения наблюдаются по данным литературы у каждого второго больного: так, например: демпинг-синдром - у 34-40%, синдром приводящей петли - у 15-17 % пациентов, пептическая язва анастомоза у 9-10%, РЭ - 8%, гипоглекемия – 7 - 8%.

После органосохраняющих операций: ваготомии развиваются тяжёлые осложнения: демпинг - синдром, гипогликемический синдром, диарея - у 22-23%, рефлюкс-эзофагит и гастрит - у 12-13%, гастростаз - у 2-3%, рецидив язвы - у 10-20%. В основе этих осложнений заложены нарушение функции пилорического жома. Реальное снижение осложнений в отдаленные сроки после операций может быть достигнуто применением оперативных пособий, которые сохраняют порционное поступление содержимого в желудок, это органосохраняющие щадящие операции, а также дренирующие оперативные пособия.

Существующая доктрина терапевтов длительно лечения консервативной терапией пациентов с дуоденальными язвами, приводят у 70% поступаю-

щих в хирургическое отделение больницы скорой медицинской помощи с осложнённой язвой, что требует применения экстренных оперативных вмешательств, к примеру, дренирующих операций при стенозе выходного отдела желудка.

За последние годы интерес к проблемам гериатрической хирургии возрос в связи с увеличением количества людей старческого возраста. Одной из таких проблем является лечение язвенной болезни у лиц преклонного возраста. В СНГ в последние годы насчитывалось более 21 млн. человек старше 60 лет. Среди больных язвой пациенты пожилого и старческого возраста составляют около 30%. По-прежнему остаются неудовлетворительными результаты хирургического лечения больных этой категории.

В хирургической клинике БСМП с 1976 по 2009 г. находилось на лечении по поводу язвенной болезни -1933 пациентов. Из них пациентов пожилого и старческого возраста 60 лет и старше было - 205 или 10,6% больных. Анализируя опыт лечения этих больных, мы поставили следующие задачи, это определить особенности клинического течения заболевания: локализацию язвы, длительность анамнеза, первые проявления заболевания, тенденцию к осложнениям; объяснить структуру осложнений язвенной болезни, определить факторы, способствующие неблагоприятным исходам лечения, разработать рациональную тактику лечения пациентов. Нами отмечено изменение соотношения женщин и мужчин, в преклонном возрасте оно составляет 1:2, в то время как в средней возрастной группе 1:65. В литературе нет единого мнения о наиболее частой локализации язвы у пожилых больных. В наших наблюдениях установлено, что если в молодом возрасте язва двенадцатиперстной кишки была у 78% больных, то в группе больных старше 60 лет она отмечена у 58,9%.

Особое значение имеют клинко-патогенетические особенности развития язвы у лиц пожилого и старческого возраста.

Для разработки рациональной тактики мы использовали классификацию, выделяющие следующие группы: I - язва, возникшая в пожилом возрасте: 1. атеросклеротическая, 2. с типичными проявлениями язвенной болезни; II-язва, возникшая в молодом возрасте.

Наибольшую опасность представляют атеросклеротические язвы, для которых характерна стертая клиническая картина и склонность к кровотечениям. В наших наблюдениях таких больных было 42 (20%). В эту группу входят крайне тяжело больные, у каждого из которых генерализованный атеросклероз являлся конкурирующим заболеванием.

Адаптационные возможности у таких больных снижены и степень риска всегда высока. К выявленным особенностям следует отнести частую локализацию атеросклеротической язвы в теле желудка и чрезвычайную склонность к профузным кровотечениям (мы наблюдали 27 таких больных – 64% страдающих атеросклеротической язвой). У каждого второго из этой группы кровотечение было первым симптомом язвы.

У 85 больных язва с типичными проявлениями возникла в пожилом возрасте. Желудочная локализация язвы была в 54% наблюдений. Первым проявлением болезни в этой группе была боль в эпигастриальной области, связанная с приемом пищи, но кровотечение также отмечалось часто: из 85 больных 44 оперированы по поводу желудочного кровотечения.

Язва в молодом возрасте появилась у 78 больных (38%). Многочисленность этой группы свидетельствует о недостаточной хирургической активности при язвенной болезни у больных среднего возраста. Почти все больные имели многолетний анамнез, типичное клиническое течение впервые годы заболевания, каждый из них неоднократно лечился амбулаторно и в стационаре. Следует сделать вывод переоценке возможностей медикаментозного и других нехирургических способов в лечении язвенной болезни.

В этой группе язва чаще 82% наблюдений локализовалась в двенадцатиперстной кишке. Осложненных форм также было много: у 37,5% отмечено кровотечение, у 33,3% больных – стеноз.

Хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста представляет значительные сложности. Фоновые заболевания и снижение защитных механизмов, частые осложнения основного и сопутствующих заболеваний утяжеляют прогноз, тем не менее, единственный путь улучшения результатов лечения – более активная хирургическая тактика. Явная тенденция к кровотечениям, быстрое прогрессирование заболевания, низкие факторы обуславливают необходимость раннего хирургического лечения.

У больных с атеросклеротической язвой операция должна быть предпринята до развития осложнений, а если больной поступает с кровотечением – до развития значительного дефицита ОЦК, это единственный путь спасения.

Следует стремиться к органосохраняющим операциям. Антрумрезекция с селективной ваготомией оправдана как необходимость устранения источника кровотечения.

В группе больных, у которых язва развилась в пожилом возрасте, также необходимо активизировать тактику. У  $\frac{2}{3}$  больных этой группы имелись типичные клинические проявления язвенной болезни в течение 2 лет и более, после чего развилось кровотечение. Показания к оперативному лечению долж-

ны быть расширены и потому, что язва у этих больных чаще локализуется в желудке. Окончательный выбор объема операции зависит от морфологических изменений, найденных во время операции и соотношения факторов агрессии и защиты, а также от наличия осложнений. Объем операций в зависимости от возраста оперированных представлен в таблице. В группе больных, у которых заболевание началось в молодом возрасте, важнейший путь улучшения исходов лечения – операция до достижения 50-летнего возраста.

По данным нашей клиники, летальность при операциях по поводу язвенной болезни у лиц до 60 лет составила 0,4%, а у больных старше 60 лет – 6,25%. Все летальные исходы были связаны с осложнениями распространенного атеросклероза и сопутствующими заболеваниями.

Объем операции при язвенной болезни в различных возрастных группах с 1976 по 2009 – е года у пациентов с 60 летнего возраста произведено оперативных пособий – 728 и у пожилых -105. Антрум резекция - желудка 528 и соответственно 42 у больных пожилого возраста. Иссечение язвы осуществлялось вынужденная паллиативная операция спасающая жизнь пациента. В последующем определенная категория этих больных в плановом порядке оперировались в клинике с проведением радикальной операции. Это дало возможность значительно снизить летальность у пожилых людей, страдающих длительным время грозным заболеванием.

В заключение необходимо ответить, что особенностью течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов старше 60 лет, является большое число осложнений и чрезвычайная склонность к кровотечениям. Частая локализация процесса в желудке и склонность к кровотечениям у больных с атеросклеротической язвой определяют структуру осложнений в этой группе, поэтому показания к операции должны быть расширены. Тяжелые сопутствующие заболевания возможностей адаптации в пожилом возрасте являются основными причинами неблагоприятных исходов, что обязывает осуществлять органосохраняющие операции.

#### Литература:

1. Постолюк П.М., Кузин Е.М., Киселев Ю.И. и др. // Хирургия. 1982.- №8. – С. 30-34.
2. Солодков Е.В. К вопросу об осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. , 1972.
3. Севельев В.С., Клиническая хирургия: Национальное руководство +СД, в 3-х томах – М., ГЭОТАР - мед. 2008 Т-1, Т-2.2009.
4. Кузин М.И Хирургические болезни М.,2006.
5. Рам Ю.М, лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений, Хирургия №3,2000г., с 30-32.
6. Севельев В.С. Хирургические болезни, Учебник +СД: в 2х томах, Мед.-2008,Т-1-600с. Т-2-400с.
7. Капустин Б.Б. с соавт. Особенности регенерации желудочно-кишечного анастомоза при различных вариантах его формирования. II Рос. Морф. Вестн.- 200 с.122-125.
8. Подильчак М.Д. Анастомозиты после резекции желудка и их лечение, Хирургия-1989г.№4-с.120-122.

УДК 616.65-002-08

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАПРОКТИТАМИ

К.Т. Адайбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

## Резюме

Хирургическое лечение острого и хронического парапроктита остается большой проблемой в проктологии. Анализ результатов традиционного лечения 210 пациентов с парапроктитом показал необходимость развития новых подходов к лечению таких пациентов, чтобы улучшить качество и уменьшить длительность лечения.

## Тұжырым

## Парапроктитпен сырқаттанған науқастарды емдеу нәтижесі

Жедел және созылмалы парапроктитті хирургиялық жолмен емдеу қазіргі проктологияның үлкен мәселесі болып отыр. Парапроктитпен сырқаттанған 210 науқасты емдеу нәтижесі, бұл науқастарды емдеу сапасын жақсарту және емдеу ұзақтығын азайту үшін емдеудің жаңа жолдарын іздестіру қажеттігін көрсетті.

## Summary

## The analysis of results of treatment of patients with of acute and chronic pararectal abscess

The surgical treatment of acute and chronic pararectal abscess remains a major problem in proctology.

The analysis of the results of traditional treatment of 210 patients with the paraproctitis revealed the necessity of development of new approaches to treatment of such patients to improve the quality and reduce the period of treatment.

Парапроктит является одним из наиболее частых колопроктологических заболеваний и занимает 4 место после геморроя, анальных трещин, колитов. Его частота составляет от 20% до 40% всех болезней прямой кишки. До 96% больных с хроническими парапроктитами связывают начало заболевания и появления свища прямой кишки с перенесенным ранее острым парапроктитом.

После простого вскрытия острого парапроктита, которое до сих пор производится во многих общехирургических клиниках, частота рецидивов заболевания составляет 50-98% [1,2].

Наиболее часто рецидивы встречаются после операции по поводу экстрасфинктерных свищей, достигая 30%, а доля больных с недостаточностью анального жома составляет 25-30% [3,4].

По данным многих авторов среди больных с острыми парапроктитами 25-39% составляют больные с острыми рецидивирующими парапроктитами [5].

Данная работа основана на результатах комплексного обследования и традиционного лечения 210 больных с различными формами острого и хронического парапроктита, пролеченных в отделении гнойной хирургии и колопроктологии ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана с 2009 по 2010 годы. Возраст больных колебался от 15 до 83 лет.

Стационарное лечение проходило 112 больных, амбулаторное лечение 98 больных. Возраст больных колебался от 15 до 83 лет. Мужчин было 156, женщин – 54, соотношение 3:1, что соответствует литературным данным. Пребывание больных в стационаре составило от 7 до 34 дней, средний койко-день – 16,0±0,6, с дальнейшим амбулаторным долечиванием в условиях поликлиники от 5 до 21 дней, средняя длительность амбулаторного лечения – 13,1±0,5 дня. Общая длительность лечения составляла 29,1±0,4 дня. Общая длительность лечения при различных формах парапроктита приведена в таблице №1.

Таблица 1 - Длительность лечения больных в зависимости от формы парапроктита.

Формы парапроктита	Пребывание в стационаре (дни)	Амбулаторное долечивание (дни)	Всего
Подкожный	8,6±0,4*	10,9±0,4*	19,5±0,5*
Ишиоректальный	13,2±0,6*	17,1±0,7*	30,3±0,9*
Пельвиоректальный	25,0±1,9*	16,0±1,3*	41,0±2,2*
Хронический	21,0±0,8*	19,2±0,6*	40,2±1,3*

86% больных госпитализированы в экстренном порядке, 14% в плановом. В случае острого парапроктита, больные поступали на 3-8 сутки от начала заболевания.

Распределение больных по локализации гнойного процесса в параректальной клетчатке представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Формы парапроктита в группе ретроспективного анализа.

Формы парапроктита										
Группа	Подкожный		Ишиоректальный		Подслизистый		Пельвиоректальный		Хронический	
	число	%	число	%	число	%	число	%	число	%
Контрольная	134	63,8	48	22,8	2	0,95	5	2,4	21	9,8
Всего	210 больных									

В структуре заболеваемости парапроктитов 63,8% (134 больных) составляет подкожная форма, 22,8% (48 больных) составляет ишиоректальный парапроктит, 2,4% (5 больных) составляет пельвиоректальный парапроктит, 2,6% (7 больных) составляет подслизистый

парапроктит, 0,95% (2 больных) составляет ретро ректальный парапроктит и 13,6% (37 больных) составляет хронический парапроктит. При распределении больных по формам заболевания мы придерживались классификации НИИ проктологии Министерства здравоохранения

РСФСР. Для оценки эффективности традиционных методов лечения применяли в случае острого парапроктита следующие клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования:

- общеклинические;
- инструментальные - идентификация внутреннего отверстия острого гнойного парапроктита.
- изучение клинического процесса заживления раны;
- бактериологический посев из раны на микрофлору и на ее чувствительность к антибиотикам;
- цитологические исследования процесса заживления послеоперационной раны на 2,5,7,9 сутки;
- лабораторные – общий анализ крови, иммунологический анализ крови.

Для изучения эффективности лечения в случае хронического парапроктита использованы дополнительные инструментальные методы исследования: осмотр аноскопом с введением красителя через наружное свищевое отверстие с целью поиска внутреннего отверстия свища, зондирование пуговчатым зондом, ректороманоскопия с применением красителя, фистулография.

В схему предоперационной подготовки при хронических парапроктитах входили: щадящая диета, очищение кишечника перед операцией фортрансом фирмы «Бофур Ипсен», очистительные клизмы.

Лечение больных с острым парапроктитом заключалось во вскрытии парапроктита, санации и дренировании гнойной полости, с дальнейшими ежедневными перевязками с антисептиками. После очищения раны от гноя применялись повязки с мазью Вишневского или левомиколя. Антибактериальная терапия включала препараты группы цефалоспоринов и аминогликозидов в течение 7-10 дней. При бактериологическом исследова-

нии посева из раны чаще высевалась, в основном, *E. coli*, чувствительная к гентамицину, канамицину и цефазолину. При лечении хронического параректального свища, в основном, применялись операции иссечения свища и лигатурный метод. Послеоперационные раны заживали вторичным натяжением. После наступления окончательной эпителизации ран по поводу острого парапроктита больные были госпитализированы повторно для операции по поводу параректальных свищей. 72% операции выполнены в плановом порядке и заключались в применении лигатурного метода, который в литературе считается операцией «отчаяния».

Среди этих больных было выявлено 2 случая осложнений парапроктита сепсисом. Летальных исходов непосредственно от парапроктита не было. У 7 больных имелись тяжелые сопутствующие заболевания сердца, лёгких, крови.

Анализ результатов традиционного метода лечения больных с парапроктитами показал, что клиническое улучшение в виде снижения отека и уменьшения локальной болезненности в ране отмечалось только на 6-7 сутки, при этом гнойное отделяемое из раны продолжалось. Снижение температуры и содержания лейкоцитов в крови до нормальных цифр было зарегистрировано только на 7-9 сутки после операции, несмотря на длительный курс антибактериальной терапии и ежедневную санацию гнойного очага.

По результатам анализа лечения больных с парапроктитами отмечено, что частота послеоперационных рецидивов оставалась высокой, что соответствует литературным данным. В таблице 4 приведена частота рецидивов при различных формах парапроктита у больных, леченных традиционным методом в условиях стационара.

**Таблица 4 - Частота рецидивов при различных формах парапроктита, леченных в стационаре**

Показатель	Острый парапроктит				Параректальные свищи	Всего
	Подкожный	Ишиоректальный	Пельвиоректальный	Подслизистый		
Число больных	134	48	5	2	21	210
Число рецидивов (%)	14 (28,0%)	11 (39,3%)	1 (50,0%)	1 (20,0%)	3 (21,4%)	29 (26,6%)

Такой высокий процент рецидивов можно объяснить отсутствием целенаправленного поиска первичного отверстия во время операции по поводу острого парапроктита. Объем хирургических вмешательств исходил из общепринятых лечебных алгоритмов. Такая тактика в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или к хроническому свищу прямой кишки.

При традиционном лечении парапроктита послеоперационная рана заживает вторичным натяжением. При этом процесс заживления гнойных ран парапроктита остается длительным от 19 до 40 дней, образуются грубые рубцы, деформирующие смыкание заднего прохода, приводящие к постоянному чувству инородного тела в заднем проходе. Больные подвергаются ежедневным болезненным процедурам при санации гнойных ран, иногда требуется повторный наркоз с целью обезболивания.

Таким образом, проблема лечения парапроктитов до настоящего времени остается до конца не решенной и требует усовершенствования и дальнейшего улучшения методов лечения.

**Литература:**

1. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Ривкин В.Л. Клиническая оперативная колопроктология. / Руководство для врачей.- М: ГНЦ колопроктологии.-1994.-432 с.
2. Борсова Ф.З., Комплексное лечение острого парапроктита с применением озона и эритроцитарных фармакоцитов. Автореф. дис. канд. мед. наук. Астана. 2001год.
3. Акопян А.С., Эксюзян Г.Э., Манукян Э.В., Курбанян А.Л., Багдасарян Т.Т., Агамалян С.С., Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом. АООТ "НИИ проктологии" // Проблемы колопроктологии. - Выпуск 18, Москва 2002.- С.24-28.
4. Hardy J. Rectal abscess // Am.J.Surg. - 1991. - 152. - P.285-289.

УДК 616.351-071

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

К.Т. Адайбаев

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана

**Резюме**

Ректороманоскопия является информативным методом диагностики заболеваний прямой кишки. Подготовка больных к обследованию с использованием фортранса в клинической практике улучшает диагностические возможности ректороманоскопии, создает условие для детальной визуализации патологических изменений в прямой кишке.

**Тұжырым****ТІК ІШЕК АУРУЛАРЫ ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ ЖАҢА ШЕШІМДЕР**

Ректороманоскопия тік ішек ауруларының диагностикасындағы информативті тәсіл болып табылады. Науқастарды зерттеуде клиникалық тәжірибеде фортрансты қолдану ректороманоскопияның диагностикалық мүмкіндігін жоғарылатады, тік ішектегі патологиялық өзгерістерді жете тексеруге жағдай туғызады.

**Summary****NEW APPROACHES TO DIAGNOSTICS OF DISEASES OF A RECTUM**

Rectomanoscopy is an informative method of diagnostics of rectal diseases. Preparation of patients for the investigation by using of fortrans in clinical practice improves diagnostic possibilities of the rectomanoscopy, creates a condition for detailed visualisation of pathological changes in a rectum.

Современные подходы к диагностике заболеваний прямой кишки направлены на детальный осмотр слизистой оболочки прямой кишки и раннюю диагностику предраковых изменений и начальных форм рака. В этой связи проблемы очищения кишечника при подготовке больных к эндоскопическому исследованию прямой кишки остаются актуальными [1,2].

Применение современных диагностических оборудования и тщательная визуализация патологических изменений в прямой кишке возможны только при адекватной подготовке кишки к проведению диагностических методов исследования. Для диагностики заболеваний прямой кишки в клинической практике используют достаточное количество инструментальных методов исследования: осмотр аноскопом с введением красителя при параректальных свищах, зондирование пугочатым зондом свищевых ходов, ректороманоскопия с применением красителя, фистулография, при которых достоверность результатов зависит от степени подготовки прямой кишки.

Недостатками традиционной подготовки кишечника к исследованию являются технические трудности, связанные с проведением клизм, искажение эндоскопической картины при раздражении слизистой оболочки водой и наконечником клизмы, опасность повреждения прямой кишки. Основным недостатком является, прежде всего, недостаточное очищение поверхности слизистой оболочки от кишечного содержимого, что в ряде случаев затрудняет провести детальный осмотр и удлиняет время исследования. Подготовка кишки к ректороманоскопии с помощью слабительных препаратов и клизм выполняется, как правило, под контролем медицинского персонала. Несомненные преимущества этой методики заключаются в ее небольшой стоимости, что обуславливает ее широкое применение во многих лечебных учреждениях.

На базе отделения гнойной хирургии и колопроктологии ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астана накоплен достаточный положительный опыт применения фортранса для очистки кишечника при подготовке к эндоскопическим исследованиям. После апробации и внедрения в клиническую практику фортранс стал средством выбора при подготовке пациентов к исследова-

нию и используется в подавляющем большинстве случаев.

Мы провели сравнительный анализ результатов эффективности подготовки толстого кишечника к ректороманоскопии при применении препарата Фортранс и при традиционном способе у 86 стационарных больных в 2009-2010 годы.

При подготовке прямой кишки к ректороманоскопии при традиционном способе больным назначали очистительные клизмы дважды перед обследованием. При подготовке толстого кишечника к эндоскопическому исследованию фортрансом дозу препарата устанавливали из расчета один литр приготовленного раствора на 15-20 кг массы тела пациента.

Согласно инструкции, содержимое одного пакетика растворяется в одном литре воды. Необходимое для ректороманоскопии количество раствора принимают по 200 мл через каждые 20 минут вечером накануне исследования. Способ удобен для пациента, исключаются бесшлаковая диета и очистительные клизмы. Врач получает возможность осмотра не только прямой кишки, но и нижних отделов толстой кишки при эндоскопическом обследовании за короткий период времени с высокой достоверностью получаемых результатов.

Действие препарата, выражающееся в опорожнении кишечника (без предшествующих болевых ощущений и тенезмов) начиналось через 50-80 минут после начала приема и продолжалось 4-6 часов. Примерно у 14% больных отмечали также выделение светлой жидкости утром в день исследования.

При нашем исследовании для сравнительного анализа эффективности подготовки прямой кишки мы использовали следующие критерии:

- а) отсутствие в кишечнике остаточных фекальных масс;
- б) наибольшая возможность полноценного осмотра слизистой оболочки прямой кишки.

Применение фортранса было значительно эффективным, чем использование традиционного способа подготовки толстой кишки к исследованию. При использовании фортранса остаточные фекальные массы отсутствовали в прямой кишке. При этом гораздо лучше очищались нисходящий и ректосигмоидный отделы толстой кишки.

Среднее время обследования прямой кишки при обоих методах подготовки существенно не отличалось. При традиционной подготовке у 20 пациентов (23,2 %) обнаружены при ректороманоскопии фекальные массы в нисходящем и ректосигмоидном отделах толстой кишки. Возможно, каловые массы успели поступать из верхних отделов кишечника при увеличении времени ожидания больного перед ректороманоскопией.

Надо отметить, что не все пациенты хорошо переносят прием большого количества жидкости за короткий интервал времени. У пациентов с различными сопутствующими заболеваниями иногда наблюдаются тошнота, рвота, чувство тяжести и дискомфорта в животе.

Для подготовки больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями мочевыделительной системы, эрозивно-язвенными поражениями кишечника и сахарным диабетом мы используем фортранс дробно и только накануне колоноскопии. Проведенный анализ методов подготовки пациентов к ректороманоскопии доказывает преимущества применения фортранса по сравнению с традиционной подготовкой прямой кишки. В результате проведенного сравнительного анализа результатов разных методов подготовки прямой кишки, необходимо отметить, что дробный метод приема раствора фортранса внутрь легче переносится больными, при этом достигается полное очище-

ние толстой кишки, без применения очистительной клизмы.

Таким образом, широкое применение в клинической практике фортранса для диагностики заболеваний прямой кишки при ректороманоскопии, а также при других методах обследования прямой кишки дает возможность лучшей визуализации патологических изменений в прямой кишке и улучшает диагностические возможности исследования.

#### Литература:

1. Abcarion H, Alexander-Williams J, Christiansen J. Benign anorectal disease definition characterisation and analysis of treatment. *Amer J Gastroenterol* 1994; 89(8): 182-90.
2. 4 Coloscopia transtomole in operat. per carcinoma del retto odella guinzione rettosigmoide / Spinelli P., Dalfante M, Giacobbe G. et al// *Min Chir-1986 -Vol.7. -№4. -P.375-379.*
3. Wexner SD, Beck DE, Baron TH. A consensus document on bowel preparation before colonoscopy: prepared by a task force from American Society of Colon and Rectal Surgeons, American Society for Gastrointestinal Endoscopy, and Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons // *Gastrointest Endosc* 2006 Jun;63(7):894-909.
4. Thompson W. G., Dotevall G., Drossman D. A., Heaton K. W., Kruis W. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol int* 1989; 2: 92-5.

УДК 616.5-002.3+615.383

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ЦИТОКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Г.А. Азирбаева

АО «Республиканский диагностический центр» г. Астана

#### Резюме

Выявлена положительная корреляционная связь между содержанием интерлейкинов IL-4, IL-8 и TNF и клиническим течением раневого процесса.

Анализ данных свидетельствует о диагностическом значении цитокином и возможности использования IL-4, IL-8 и TNF для оценки динамики течения раневого процесса.

#### Тұжырым

### ЖҰМСАҚ ТІНДЕРДІҢ ІРІНДІ АУРУЛАРЫМЕН СЫРҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАН САРЫСУЫНДАҒЫ ЦИТОКИНДЕР МӨЛШЕРІНІҢ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ МАҢЫЗЫ

Интерлейкин IL-4, IL-8 және TNF мөлшері мен жара процессінің клиникалық ағымы арасында оң корреляциялық байланыс анықталды. Зерттеу нәтижесі цитокиндердің диагностикалық маңызын және IL-4, IL-8 және TNF цитокиндерін жара процессінің ағымын динамикалық бағалау үшін қолдану мүмкіндігін көрсетті.

#### Summary

### CLINICAL-DIAGNOSTIC VALUE OF THE LEVEL OF CYTOKINES IN SERUM OF BLOOD OF PATIENTS WITH PURULENT DISEASES OF SOFT TISSUES

Positive relation of correlation between the level of IL-4, IL-8 and TNF and a clinical feature of wound healing process is revealed.

The analysis of the data testifies to diagnostic value of cytokines and possibilities of use of IL-4, IL-8 and TNF for an estimation of dynamics of wound healing process.

Цитокины являются неспецифическими медиаторами иммунологических и неиммунных защитных реакций организма, а по величине увеличения его концентрации можно судить об активности патологического процесса. В последнее десятилетие открыто клиническое значение многих цитокинов [1,2,3,4].

Цель работы: определение степени взаимосвязи между содержанием интерлейкинов IL-4, IL-8 и фактора некроза опухоли (TNF) в сыворотке крови больных и течением раневого процесса при различных методах лечения гнойных заболеваний мягких тканей, а также установление диагностической значимости этих показателей.

Материалы и метод: оценена эффективность лечения больных с различными формами гнойно-некротических заболеваний мягких тканей, путем изучения клинических, лабораторных и цитологических особенностей заживления ран в послеоперационном периоде. Параллельно исследовали уровень цитокинов в крови больных в день операции, на 3-ие и 7-ые сутки после операции при различных методах лечения гнойных ран.

Для изучения эффективности лечения больных использовали следующие клинико-лабораторные и цитологические методы исследования:

- изучение клинического процесса заживления раны при данном способе лечения;
- бактериологический посев микрофлоры из раны и ее чувствительность к антибиотикам;
- цитологические исследования процесса заживления послеоперационной раны на 2,4,7,9 сутки;

- лабораторные - иммунологический анализ крови, УГПИ до и после проведенного лечения.

**Результаты:** данное исследование включает 118 больных с различными формами гнойно-некротических заболеваний мягких тканей.

Больные распределены на две группы: с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей без симптомов интоксикации (первая) и с симптомами интоксикации (вторая). Клинико-цитологические исследования установили, что при купировании гнойно-некротического процесса мягких тканей быстрее нормализуются лабораторные показатели, что свидетельствует о значительном сокращении сроков течения фаз раневого процесса.

Оценка динамики цитокинов в сыворотке крови больных показала, что в первой группе выявлена положительная динамика содержания интерлейкинов IL-4, IL-8 и TNF, что соответствует клиническому течению раневого процесса (Таблица 1).

**Таблица 1 – Содержание интерлейкинов IL-4, IL-8 и TNF в сыворотке крови ( $\bar{x} \pm S_x$ ).**

Интерлейкины	Группа больных	До операции	3-ие сутки	7-ые сутки
IL-4	Первая	17,9±1,27*	24,2±3,62**	16,9±1,65
	Вторая	11,53±2,02	12,7±1,43	15,1±2,26
IL-8	Первая	8,5±2,01	3,7±0,97*	3,2±0,73**
	Вторая	9,2±2,07	9,7±2,09	13,6±2,9
TNF	Первая	9,12±1,671	9,52±1,743	7,91±0,82
	Вторая	8,94±1,8937	9,038±1,34	10,02±2,4

*Примечание:* \* - различие между основной и контрольной группами статистически достоверно (\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ )

Повышение содержания IL-4, IL-8 и TNF в крови больных второй группы в процессе лечения, по сравнению с больными первой группы, свидетельствует о меньшей эффективности традиционного метода лечения при наличии общих симптомов интоксикации. Концентрация TNF до лечения у больных второй группы превышает нормальные показатели в 2-3 раза, оставаясь повышенной даже на седьмые сутки, без тенденции к снижению в динамике. В первой же группе пациентов содержание IL-4 резко повышается на 3-ие сутки, и в дальнейшем снижается до исходного уровня. Уровень IL-8 значительно снижается в динамике, что соответствует благоприятному клиническому течению раневого процесса у больных первой группы. TNF имеет тенденцию к снижению, что свидетельствует о эффективности лечения гнойных ран при отсутствии общих симптомов интоксикации.

Основная роль интерлейкина-8 - усиление хемотаксиса лейкоцитов и его концентрация значительно выше во второй группе больных, что свидетельствует о выраженности воспалительного процесса. Приводимые данные позволяют говорить о том, что содержание интерлейкина-8 в сыворотке крови отражает активность воспалительного процесса, так как является провоспалительным цитокином. Можно предположить о возможности использования его для оценки динамики течения раневого процесса. IL-4 – противовоспалительный цито-

кин, основная роль, которого заключается в активации В-клеток, усилении продукции IgG и IgE, усилении экспрессии молекул II класса MHC, стимуляция роста Т-клеток.

Выявлена положительная корреляционная связь между содержанием интерлейкинов IL-4, IL-8 и TNF и клиническим течением раневого процесса у больных первой группы. Во второй группе имела место отрицательная динамика содержания интерлейкинов IL-4, IL-8 и TNF.

Таким образом, анализ данных свидетельствует о возможности использования IL-4, IL-8 и TNF для оценки динамики течения раневого процесса.

#### **Литература:**

1. Thomson A.W. The Cytokine Handbook.-Academic Press: London, 1994. - 615 p.
2. Tonetti M., Astroff B., Satterfield W et al. New biotechnology in medicine.// Am.J.Clin.Nut. -1990. - Vol. 12. - N 6. - P.621-629.
3. Базарный В.А., Левчик Н.К., Кохан М.М. и др. Определение содержания интерлейкина-1 в биологических жидкостях // Клини. лаборат. диагностика.-1999.- № 11.- С.28.
4. Швыдченко И.Н., Нестерова И.В., Синельникова Е.Ю. Цитокинсекретирующая функция нейтрофильных гранулоцитов // Иммунология. – 2005. - т.26, №1. – С.31-34.

УДК 616-089-053.31

## ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.И. Заднепровская

КГКП «Детская областная клиническая больница», г. Павлодар

### Summary

#### OPTIMIZATION OF THE NEONATAL INTENSIVE CARE OF CHILDREN WITH SURGICAL PATHOLOGY

Thus, the factors that contributed to improve health outcomes for children with developmental disabilities were: optimization and a new approach to intensive care and neonatal intensive care unit with surgical pathology, adequate organization of neonatal surgical care, team cohesion, improving intensive care for newborns; the use of modern drugs (curosurf, tahocomb, refortan, immunomodulators (Roncoleukin) and the latest generation of antibiotics, improved logistics department and surgical services and the further upgrading of equipment (incubators, heated tables, ventilator, nebulizer, perfusion pumps, suture materials); skills development in the leading centers of surgery and neonatal resuscitation.

### Тұжырым

#### ХИРУРГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР ЖАҢА ТУҒАН НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ЖЕДЕЛ ТЕРАПИЯСЫН ЖЕТІЛДІРУ

Сонымен, тәу пайда болған ақаулары бар балаларды емдеу нәтижелерін жақсартуға көмектескен келесі факторлар: хирургиялық патологиясы бар нәрестелердің реанимациясы мен қарқынды терапиясын жақсарту және жетілдіру, неонатальды хирургиялық көмекті адекватты ұйымдастыру, ұжым жұмысындағы мұдарағаттылық, нәрестелерге реанимациялық көмекті жақсарту, қазіргі замандағы дәрі-дәрмектерді қолдану (күросурф, тахокомб, рефортан, иммуномодуляторлар (ронколейкин) және ақырғы қатардағы антибиотиктерді бөлімнің және хирургиялық көмекті материалды-техникалық базасын жетілдіру, құрал-жабдықтарды модернизациялау (инкубаторлар, жылумен үстел, ЖӨЖ аппаратары, небулайзерлер, перфузионды насостар, тігу материалдары); алдыңғы қатарлы хирургия және нәрестелер реанимациясы орталықтарында мамандардың санатын жоғарлату.

По литературным данным в структуре хирургической патологии новорожденных ведущее место (до 65%) занимают врожденные пороки развития (ВГР), причем среди детей с пороками развития, требующими неотложного хирургического лечения, около 30% имеют множественные аномалии. Несмотря на прогресс в хирургии и интенсивной терапии новорожденных, результаты лечения младенцев с врожденными пороками, такими как диафрагмальная грыжа, гастрошизис и атрезия пищевода, не всегда утешительны. Летальность в группе детей (по данным России) с атрезией пищевода составляет -15-20%, при диафрагмальной грыже -40-80%, а при гастрошизисе -21-80%. Новорожденные с хирургической патологией относятся к группе повышенного риска, так как часто имеет место сочетание различных пороков развития, поэтому для повышения выживаемости этой группы больных важную роль, помимо хирургической коррекции и уделяют грамотной интенсивной терапии.

В отделении реанимации и интенсивной терапии Областной детской больницы г. Павлодара проводится лечение новорожденных с различными хирургическими патологиями: атрезия пищевода с трахеопищеводным свищем, атрезия 12-перстной кишки, атрезии прямой кишки и ануса, высокая кишечная непроходимость, удвоение тонкого кишечника с заворотом и некрозом кишечника, мекониальный илеус, эмбриональная грыжа пупочного канатика, диафрагмальная грыжа; гастрошизис, перфорация желудка с разлитым перитонитом; язвенно-некротический энтероколит с перфорацией кишечника; подкапсульный разрыв печени с геморагическим шоком; крестцово-копчиковая тератоматомой больших размеров, эпифизарный остеомиелит новорожденного и др.

Результаты многолетней работы отделения реанимации позволили разработать алгоритмы обследования и лечения. Практически по основным нозологическим формам мы представляем общие тенденции в лечении новорожденных детей с хирургическими заболеваниями. Основными критериями предоперационной подго-

товки являются: стабилизация центральной и периферической гемодинамики и получения диуреза до 1мл/кг/час; обеспечения адекватной вентиляции и газообмена, нормализация уровня гемоглобина и гематокрита.

Для выявления сопутствующей патологии в предоперационном периоде проводилась: клиническая, лабораторная, инструментальные методы исследования; ЭКГ, ультразвуковые методы, рентген, эндоскопия.

Т.е. чем стабильнее показатели гемостаза, тем ниже степень риска, и меньше вероятность проявления нарушений и негативных изменений в после операционном периоде. При поступлении в ОРИТ общим для всех детей с пороками развития были изменения кислотно-основного состояния полицилемия и снижения диуреза.

Важным фактором в интенсивной терапии новорожденных с хирургической патологией является соблюдение адекватного температурного режима, как в палате интенсивной терапии, так и в операционной - температура в операционной была в пределах 28 – 30<sup>0</sup>С.

В связи с имеющимися выраженными изменениями гемостаза в период адаптации и с целью снижения операционно-анестезиологического риска, подготовка проводилась не менее 24 часа. Всем детям выполнялась стандартная премедикация за 20-30 минут до операции, которая выполнялась с использованием комбинированной анестезии с ингаляцией Севофлюрана и внутривенным введением наркотических анальгетиков- промедол, фентанил. ИВЛ осуществлялась с контролем по объему CMV (синхронизированная управляемая механическая вентиляция). Инфузионная терапия проводилась из расчета от 15 до 30 мл/кг/час. В качестве основных инфузионных сред использовались 7,5%-10% растворы глюкозы и рефортан.

В исключительных случаях использовались СЗП и эритроцитарной массой. Поддержание адекватного органного кровотока и сердечного выброса достигалось путем постоянной инфузии дофамина в дозе до 5 мкг/кг/мин. Инфузионная терапия проводилась с учетом

физиологических потребностей в жидкости и в зависимости от показателей гемодинамики (степени сердечно-сосудистой недостаточности), почечной дисфункции, степени метаболических нарушений, анемии. Основной инфузионной средой являлись растворы глюкозы с концентрацией 12,5%, препараты ГЭК - рефортан.

Антибактериальная терапия проводилась в предоперационном периоде, раннее назначение карбопенемов и цефалоспоринов IV поколения, существенно снизило частоту и тяжесть послеоперационных осложнений. Искусственная вентиляция легких занимает отдельное место в интенсивной терапии новорожденных, некоторые больные требовали применения ИВЛ с момента рождения, в предоперационном и в послеоперационном периоде. В отделении применялась продленная ИВЛ с увлажнением и подогревом дыхательной смеси, с постепенным переходом к экстубации через триггерный режим и СРАР, с жесткими параметрами ИВЛ у больных с высоким внутрибрюшным давлением до 30 см. вод. ст. В послеоперационном периоде интенсивная терапия включала в себя адекватное обезболивание (титрование фентанила от 5-10 мкг/кг/час от 2 до 5 суток в зависимости от патологии в сочетании с продленной ИВЛ), респираторную поддержку с акцентом на оптимизацию параметров вентиляции для раннего ухода от ИВЛ, коррекцию анемии, диспротеинемии, КЩС. Нутритивная поддержка Обеспечение питательными и энергетическими ингредиентами проводилось уже через сутки после операции с применением частичного парентерального питания с использованием аминокислот (аминоплазмаль), жировые эмульсии (липофундин). Энтеральное питание начинали после нормализации перистальтики кишечника, ликвидации застойных явлений в желудке, появлением отделяемого по стулу или стула. В нашей больнице для повышения эффективности лечения аспирационной пневмонии, в комплексную терапию было включено применение экзогенного сурфактанта. В качестве экзогенного сурфактанта использовали препарат свиного сурфактанта "КУРОСУРФ", который максимально содержит активное поверхностное вещество, стимулирует выработку эндогенного сурфактанта, обладает бактериостатическим эффектом, что делает возможным его использование при тяжелой пневмонии. С применением «Куросурфа» удавалось значительно уменьшить подаваемую концентрацию кислорода, снизить параметры ИВЛ (PIР, РЕЕР), быстро купировать симптомы дыхательной недостаточ-

ности, что облегчало ранний перевод больного на самостоятельное дыхание.

Применение экзогенного сурфактанта в комплексном лечении новорожденных с атрезией пищевода и аспирационной пневмонией является высокоэффективным способом лечения тяжелой дыхательной недостаточности, которая позволяет ускорить сроки разрешения воспалительного процесса, сократить время проведения ИВЛ и пребывания больного в отделении реанимации. В пери- и послеоперационном периоде как элемент контроля за эффективностью интенсивной терапии проводился мониторинг: гемодинамики; газов крови, КЩС; электролитов; глюкозы крови.

Послеоперационная летальность с 2001 года снизилась с 83,3 % до 18,2 %, коэффициент выживаемости снизился до 16,7 % в 2001 г. до 81,8 %.

#### **Вывод:**

Факторами, способствовавшими улучшению результатов лечения детей с пороками развития, явились: оптимизация и новый подход к интенсивной терапии, и реанимации новорожденных с хирургической патологией, адекватная организация неонатальной хирургической помощи; преемственность в работе коллектива; совершенствование реанимационной помощи новорожденным; применение современных препаратов (курсорф, тахокомб, рефортан, иммуно-модуляторов (ронколейкин) и антибиотиков последнего поколения; улучшение материально-технической базы отделения и хирургической службы и дальнейшая модернизация оборудования (инкубаторы, столы с подогревом, аппараты ИВЛ, небулайзеры, перфузионные насосы, шовный материал); повышение квалификации специалистов в ведущих центрах хирургии и реанимации новорожденных.

#### **Литература:**

1. Гомелла Т. Неонатология - 1998г.
2. Шабалов Н.П. Справочник терапии в неонатологии-2000г
3. Фомичев М. Респираторная поддержка в неонатологии - 2002г
4. Шабалов Н. Иванов С. Боль и обезболивание в неонатологии. Интенсивная терапия в неонатологии. - 2003г.
5. Белобородов В. Антимикробная терапия тяжелых инфекций в стационаре-2003г.
6. Горелик К.Д. Энтеральное и парантеральное питание в неонатологии. - 2005г.

УДК 616.728.2+615.477.22

## **ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**О.В. Дыриев**

**НИИ травматологии и ортопедии, г.Астана**

#### **Summary**

*Application of the technique of kinesitherapy with passive mechanic on the unit Artromot early after arthroplasty in 54 patients with fractures and pseudarthrosis of the femoral neck allowed us to obtain 36.3% of patients excellent, in 52.8% good and 7.5% - satisfactory functional results.*

Тазобедренный сустав – важнейший сустав для опоры и передвижения человека. Формирование деформирующего артроза тазобедренного сустава влечет за собой ухудшение функционирования опорно-

двигательного аппарата. В последние годы одним из наиболее эффективных и перспективных методов хирургического лечения данной патологии является эндопротезирование тазобедренного сустава. При нерацио-

нальной методике ведения больных после эндопротезирования возможно формирование контрактур и развитие стойкого ограничения движений, миграция большого вертела и вывих эндопротеза. На важное значение периода реабилитации при операции эндопротезирования указывают многие ведущие ортопеды (Загородний Н.В., 1998; Callaghan J. et al., 2007; Munin M., Majerske C., 2007).

#### Материал и методы исследования.

Обследовано 54 пациентов с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости, которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава. По полу и возрасту больные распределились следующим образом: мужчин – 25, женщин – 29, соотношение мужчин и женщин 1:1,1; до 50 лет - 8 пациентов, 51-60 лет – 19, 61 и старше – 27 пациентов.

У 34 больных (средний возраст 71,4 года) были использованы монополярные эндопротезы головки бедренной кости Мура-ЦИТО и Zimmer, из них с цементной фиксацией – 12. Как правило, однополюсные эндопротезы применялись у ослабленных больных пожилого и старческого возраста.

У 20 больных применены тотальные эндопротезы различных систем, причем у 7 – с цементной фиксацией. Возраст больных колебался от 34 до 65 лет.

С целью достижения оптимальных функциональных результатов лечения мы применяем методику послеоперационной реабилитации больных, основанную на принципах разработок ведущих организаций мира, адаптированную к нашим условиям.

Основным элементом технологии послеоперационной реабилитации данных больных является кинезитерапия. В день оперативного вмешательства после пробуждения больным предлагалось выполнять дыхательную гимнастику и активные движения в голеностопных суставах с целью предупреждения тромбообразования.

Первые сутки после операции применялись движения в голеностопных суставах, изометрическое напряжение четырехглавой мышцы бедра и ягодичной мышцы. Больным разрешали сидеть в постели. В комплекс кинезитерапии подключали пассивную механотерапию

на аппарате «Артромот» (Германия). Пассивные движения применяли в доболевого диапазоне. На третьи сутки после операции подключалась ходьба с помощью костылей.

Из физиотерапевтических процедур со второго дня оперативного вмешательства применяли магнитотерапию на область послеоперационной раны. После заживления послеоперационной раны применялась электростимуляция ягодичной и четырехглавой мышц на стороне поражения.

Для определения функционального состояния опорно-двигательного аппарата применялась гониометрия, определялась окружность бедра, мышечная сила по пятибалльной шкале, способность больного к самообслуживанию и передвижению.

#### Результаты и их обсуждение

Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет оценены у 32 больных. Боль отсутствовала у 27 больных (84,4%), у 5 сохранился незначительный переходящий болевой синдром (15,6%), который позволял больным передвигаться с помощью трости на значительные расстояния. У 9 больных (28,1%) отмечена хромота, которая в течение 1 года практически исчезла. Пользоваться общественным транспортом могли все больные. Умеренное ограничение движений в тазобедренном суставе отмечено у 3 больных (9,4%). Отличные функциональные результаты получены у 36,3% отличных, хорошие - 56,2%, - удовлетворительные - 7,5%.

#### Заключение

Таким образом, применение данной методики кинезитерапии в ранние сроки после эндопротезирования тазобедренного сустава позволило получить у 36,3% пациентов отличные, у 52,8% - хорошие и у 7,5% - удовлетворительные функциональные результаты. Рациональное применение системы восстановительного лечения у больных, перенесших операцию эндопротезирования тазобедренного сустава, является эффективным методом предупреждения развития послеоперационных осложнений и позволяет в сжатые сроки достичь максимально достижимого уровня функциональной и социальной реабилитации пациентов.

УДК 616.24-005.94+612.017.3

## СЛУЧАЙ АНАФИЛАКТОИДНОЙ РЕАКЦИИ В ВИДЕ ОТЕКА ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО НА ИЗОФЛУРАН

А.И. Заднепровская

КНГК «Детская областная клиническая больница», г. Павлодар

Тұжырым

### ИЗОФЛУРАН ҚОЛДАНҒАНДА ӨКПЕ ІСІНУІ БАЙҚАЛАДЫ АНАФИЛАКТИКАЛЫҚ РЕАКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕСІНДЕ

Бұл анестезиологиялық қолдаманың клиникалық анализінің нәтижесіне сүйеніп, наркоз кезінде жағдайдың жылдам нашарлауы, асқынудың дамуы – өкпенің ісінуімен анафилактикалық шок изофлюранмен ингаляциялық анестетик қосқанда пайда болғаның болжамдауға болады. Бұл өз кезегінде өкпенің ісінумен жүретін анафилактикалық реакцияны тудырды. Емдеу шаралары дер кезінде тағайындалып, жоғарыда айтылғандай, газды – наркотикалық араласпа өшірілді, оксигенация, десенсибилизация және диуретиктерді қолдану шаралары жасалды. Өткізілген терапия адекватты болғандықтан, реакция анафилактикалық деп бағаланды. Өкпе ісінуі изофлюранмен ингаляцияға жауап ретінде болуы мүмкін, себебі, анафилактикалық реакцияның пайда болу уақыты, изофлюранды беру уақытымен сәйкес келеді.

Summary

### THE CASE OF ANAPHYLACTOID REACTION IN THE FORM OF PULMONARY EDEMA IN A PATIENT ON ISOFLURANE

Clinical analysis on outcome of the anesthetic that rapid deterioration during anesthesia with terrible complications – anaphylaxis with otekom light began when hooked up inhalation anaesthetic izofluran that perhaps provoked anafilaktoidnuu reactions with further development of oteka light. Therapeutic activities were initiated in a timely manner and, as noted,

*included the disabling gas/substance mixtures, oxygenation, desensibilizaciû and diuretics. Because the therapy has proved to be adequate, the reaction was considered anafilaktoidnoj. It is possible that pulmonary oedema was a response to inhalation izoflurana, since the time of anafilaktoidnoj reactions coincides with the time of filling izoflurana.*

По данным литературы, шок на введение препаратов, используемых при общей анестезии, развивается у 1 из 5000 – 11000 пациентов и у 1 из 2700 – 3000 при проведении интенсивной терапии. Летальный исход встречается в 1% случаев (500 – 1000 смертей ежегодно).

Приводим наблюдения анафилактической реакции в виде альвеолярного отека легких к флорану у больного с искривлением перегородки носа

Больная Р., 14 лет поступила в плановом порядке на оперативное лечение в отоларингологическое отделение, с жалобами на затрудненное носовое дыхание. При риноскопии - перегородка искривлена выпуклостью с гребнем в левую сторону.

В плановом порядке хирургический этап лечения септопластика под эндотрахеальным наркозом. Накануне осмотрен плановым анестезиологом. Соматический статус, аллергический личный и семейный анамнез ребенка не отягощен. В осмотре узких специалистов (невропатолог, кардиолог, аллерголог, гастроэнтеролог и др.) показаний по анамнезу не было. Риск анестезии по ASA 1. Определён предполагаемый вид наркоза – эндотрахеальный с использованием изофлураном, фентанила. Назначена премедикация: с атропином 0,1% - 0,5мл, промедол 2% - 0,7 мл, димедрол 1% - 1,0мл – в/м за 30 минут до операции.

В день операции состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Премедикация сделана в палате. Через 30 минут взята в операционную. Из анамнеза ребенку никогда не вводили местные и общие анестетики, наркотические анальгетики, и другие препараты, применяемые при анестезиологическом пособии.

После премедикации больная поступила в операционную: частота дыхания 20 в 1 мин, АД-90/60мм.рт.ст., ЧСС- 125 в 1 мин. В легких аускультативно везикулярное дыхание, тоны сердца громкие, ритмичные. В операционной обеспечен надёжный венозный доступ периферической вены. Вводный наркоз тиопентал-натрия 2%-400мг, фентанил 100мкг. Проводилась преоксигенация через наркозную маску перед интубацией трахеи. После введения лисенсона 2%-100мг, проведена интубация трахеи трубкой типа Portex №6.5. ИВЛ проводилась с помощью наркозно-дыхательного аппарата Fabius GS – Драгер, Германия, в режиме нормовентиляции. После вводного наркоза и интубации трахеи гемодинамические показатели были в пределах нормы.

После перевода на ИВЛ начато подача изофлурана по нарастающей – 0,2 ; 0,5; 1,0; 1,5; 1,5 об./% и ориентировался по клинике - контроль ЧСС, АД, газоток 2 л/мин., концентрация O<sub>2</sub> 60%.

Затем болюсно вводился фентанил 100мкг, тиопентал натрия 2%-200мг. Гемодинамика была стабильной – ЧСС 125 – 125 в мин, АД - 90/60 – 120/70 Дыхание проводилось по всем полям одинаково, без хрипов. SpO<sub>2</sub> 99%. В середине операции отмечается снижение АД до 80/50 мм.рт.ст. ЧСС 125 в мин. Начинается коррекция введением натрия хлорид 0.9%- 400.0 мл., уменьшение дозы изофлурана до 0.6 об.%. Несмотря на проводимую терапию отмечается дальнейшее снижение АД до 70/50 мм.рт.ст. Подача газонаркозической смеси прекращена. Несмотря на проводимые меропри-

ятия - АД продолжает снижаться до 60/0 мм.рт.ст. Внутривенно введён адреналин 0,18% - 0,3 мл, преднизолон 120 мг. Поставлен второй венозный катетер и начато струйное введение физиологического раствора, начато титрование дофамина в дозе 15 мкг/кг/мин.

Через 5 мин АД повысилось до 70/40 мм.рт.ст. ЧСС 125 в мин, SpO<sub>2</sub> 99%. К концу операции - АД 80/40 мм.рт.ст. ЧСС 125 в мин. SpO<sub>2</sub> 92%, из интубационной трубки обильная пенная геморрагическая мокрота. Аускультативно в легких масса влажные крупнопузырчатые хрипы. Клиника отёка лёгких - начата противотечная терапия – фуросемид 20 мг в/в, преднизолон 120 мг, в интубационную трубку введён 33% спирт как пеногаситель. Пенное отделяемое из интубационной трубки прекратилось, но сохраняются масса влажных хрипов. Повторно введен фуросемид 20мг, продолжена ИВЛ с увеличением PEEP до 6 см.вд.ст. Взяты газы крови – pH 7,24, pO<sub>2</sub> 71,4, pCO<sub>2</sub> 40.1. Постепенно гемодинамика стабилизировалась АД 112/58 мм.рт.ст, ЧСС 120 в мин, SpO<sub>2</sub> 97%. Больная переведена в ОАРИТ. Консультирована аллергологом, кардиологом. Проведено ЭКГ, УЗИ сердца, рентгенография грудной клетки (в операционной) - значительное снижение прозрачности легочных полей за счет отека центральных и базальных отделов обоих легких. Аллерголог – Анафилактическая реакция по типу отёка лёгких. Кардиолог – Проллапс митрального клапана.

В отделении реанимации отёк лёгкого купирован, больная экстубирована через 2 часа. Сознание ясное, контактна. Дыхание ровное свободное. Аускультативно дыхание жесткое, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 128 в мин, АД- 90/45 мм.рт.ст., SpO<sub>2</sub> 99%. На 3 сутки девочка переведена в ЛОР отделение.

Вывод: По результату клинического анализа этого анестезиологического пособия, что стремительное ухудшение состояния во время наркоза с развитием грозного осложнения – анафилактический шок с отёком лёгкого началась, когда подключили ингаляционный анестетик изофлуран, что возможно вызвало анафилактическую реакцию с последующим развитием отёка лёгкого. Лечебные мероприятия были начаты своевременно и, как было отмечено, включали отключение газонаркозической смеси, оксигенацию, десенбилизацию и применение диуретиков. Поскольку терапия оказалась адекватной, реакция была расценена анафилактической. Не исключено, что отек легких явился ответом на ингаляцию изофлурана, так как по времени проявления анафилактической реакции совпадает со временем подачи изофлурана.

#### **Литература:**

1. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание.- М 1998г.
2. Яковлева Л.В., Шаповад О.Д., Зупуец И.А. Современные аспекты рационального обезболивания в медицинской практике.
3. Журнал Анестезиологии и реаниматологии 2009 №1. Случай из практики.
4. Лекманов А.У. вестник интенсивной терапии 1999г.

УДК 616.61-002.27-07-08

## СЛУЧАЙ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (Клиническое наблюдение)

Н.С. Зготова

Государственный медицинский университет города Семей

## Тұжырым

## ТЕРАПЕВТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ ПАРАНЕОПЛАСТИКАЛЫҚ СИНДРОМ ЖАҒДАЙЫ

Бұл жұмыста паранеопластикалық синдромның анықтамасы мен патогенетикалық аспектісіне мақала жазылған. Бұл жұмыста тәжірибеден алынған клиникалық жағдай келтірілген. Паранеопластикалық реакцияның «бүйректік бет пердiсі» қарастырылған. Соңғы анықталғаны тәжірибеде өте маңызды болып келеді, бұл диагноз қою мен адекватты ем жүргізуі үшін дәрігердің әрекетін анықтайды.

## Summary

## CASE OF THE PARANEOPLASTIC SYNDROME IN THERAPEUTIC PRACTICE

Present article is devoted to definition, pathogenetic aspects of the paraneoplastic syndrome. In the article the clinical case from practice is resulted. In particular, «the nephritic mask» of paraneoplastic reactions is considered. Revealing of last has practical value whereas defines further tactics of the doctor for statement of the diagnosis and carrying out of adequate treatment.

К паранеопластическим заболеваниям и синдромам относят неонкологические заболевания, возникающие под влиянием злокачественного процесса, но не вследствие прямого действия опухоли на ткани и органы (метастазирование, прорастание), а в результате ее возможного влияния на обменные или иные реакции, происходящие в организме. Суть синдрома довольно удачно определяется словами выдающегося французского онколога Denoix (1964): «Опухолевое заболевание является обязательным условием для возникновения паранеопластического синдрома, но непосредственное присутствие опухолевых клеток не обязательно».

Впервые этот термин был введен в середине 50-х годов. С этого времени был описан целый ряд подобных проявлений, маскирующихся иногда под хорошо известную нозологическую форму. Интерес к этой проблеме был вызван, прежде всего, работами Е.М. Тареева и его сотрудников [1].

Практически трудно найти какой либо орган или систему, не вовлекающуюся в паранеопластический процесс. В том числе чрезвычайно многообразно и паранеопластическое поражение почек (паранеопластическая нефропатия (ПН)). Патогенез ПН не совсем ясен: обсуждается возможность роли опухолевых клеток в образовании амилоида (через легкие цепи моноклональных Ig); иммунокомплексного механизма мембранозной нефропатии с обнаружением опухолевого антигена на базальной мембране клубочков (например при раке толстой кишки); метаболических нарушений, связанных с ростом опухоли (дефицит L-аспарагина) и т.д. Однако при всех гипотезах патогенеза прямая связь опухолевого процесса с ПН подтверждается наблюдениями обратного развития поражения почек (амилоидоза, мембранозной нефропатии) после радикального удаления опухоли и рецидивов нефропатии при метастазов опухоли. Встречаются такие клинические проявления ПН как изолированный мочевого синдром, нефротический синдром (НС), признаки канальцевой дисфункции с обменно-электролитными и гормональными расстройствами [1-3].

НС занимает особое место среди нефрологических паранеопластических реакций. Он может быть одним из первых почечных признаков опухолевого процесса, но, к сожалению, обычно долго не оценивается как проявление паранеопластического процесса, тогда как встречается в 10 раз чаще именно у больных с НС по сравнению со здоровыми людьми. Так, в большой серии наблюдений I.C. Dalakas и соавт. (1984) диагностика

паранеопластического НС основана на поиске опухолевого заболевания. Данный поиск должен организоваться в дебюте любого хронического гломерулонефрита, особенно если возраст больного старше 35-40 лет [4]. В связи с практической значимостью «почечных» масок паранеопластических реакций приводим наблюдение из клинической практики.

**Больная Ш., 70 лет**, доставлена машиной скорой помощи в нефрологическое отделение с жалобами на массивные отеки нижних конечностей, лихорадку, олигоурию, одышку, слабость, снижение аппетита. Больна в течение трех месяцев. Объективно: Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. По органам без особенностей. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Выраженные мягкие отеки нижних конечностей.

**По данным лабораторных и инструментальных методов обследования:** Нормохромная, нормоцитарная анемия, ускорение СОЭ до 70 мм/час. Протеинурия до 13,3 г/сут, гипопротейнемия до 30 г/л. Уровень мочевины, креатинина в пределах верхних границ нормальных показателей. Данные УЗИ органов брюшной полости, почек, гениталий, рентгенографии легких в пределах нормы.

Учитывая возраст, общий habitus больной, лихорадку в течение трех месяцев, бледность, сухость кожных покровов, массивные отеки, анемию, протеинурию, нормальные размеры почек на УЗИ, сохранную функциональную способность почек, диагностический поиск проводился в плане исключения ПН. При проведении компьютерной томографии органов брюшной полости в проекции поперечно-ободочной кишки выявлен участок неравномерного утолщения и уплотнения стенки до 20-27 мм с сужением ее просвета. Окончательный диагноз больной Ш.: Сапсерг поперечно-ободочной кишки. Паранеопластическая нефропатия без нарушений функции почек. Нефротический синдром. Анемия II степени. Больная переведена в онкодиспансер.

**Таким образом**, у семидесятилетней больной впервые появились признаки поражения почек с внезапным развитием НС, беспричинной лихорадки в течение трех месяцев, анемии, ускорения СОЭ, которые позволили заподозрить ПН. Выявление «почечных» масок паранеопластических реакций имеет большое практическое значение, так как способствует в более короткие сроки и более целенаправленно обследовать больного,

а, значит, своевременно поставить правильный диагноз и провести адекватную терапию.

#### Литература:

1. Тареева И.С. Руководство по нефрологии, М., 1998г.
2. Рябов В.Н. Болезни почек, М., 1984г.
3. Чиж С.А. Руководство по нефрологии, Минск, 2003г.
4. Шулушко Б.И. Болезни печени и почек, С-Пб., 2003г.

УДК 614.4-616-021.3

## ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ (Случай из практики)

М.В. Хен

КГП на ПХВ «Областная клиническая больница», г. Караганда

### Тұжырым

### ҚАЛҚАНСЕРІК БЕЗДІҢ ПАРАТГОРМОНДЫ КӨП ӨНДІРУІМЕН БАЙЛАНЫСТЫ АУРУДЫҢ БАСТАПҚЫСЫ. (Тәжірбиеде болған жағдай)

Қалқансерік бездің паратгормонды көп өндіруімен байланысты ауру – қандағы кальцийдің азайуынан және паратгормонда сәлдің аса көп өндірілуі ауруға себепші. Бір жылда 100000 тұрғынның ішінде 25 жаңа оқиғасы патологияда жиі кездеседі. Тиреотоксикоз, қан диабетінен кейін, үшінші болып осы аурудың көп таралуы эндокрин ауруына шалдыққандарда болады.

Осы ауру көбінесе әйелдерде екі есе көп байқалады және 40-50 жастағыларда ауру жиі кездеседі.

### Summary

### PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM

### (Case Study)

*Hyperparathyroidism - a disease caused by hypersecretion of parathyroid hormone, which is manifested, above all, a syndrome of hypercalcemia. This pathology occurs with a frequency of 25 new cases per 100,000 population per year. Among the most common endocrine diseases is the third after diabetes, dash-toxicosis. The peak incidence occurs at 40-50 years, with women found in 2 times more often.*

Гиперпаратиреоз (ГПТ) - заболевание обусловленное гиперсекрецией паратгормона, которое проявляется, прежде всего, синдромом гиперкальцемии. Данная патология встречается с частотой 25 новых случаев на 100000 населения в год. Среди эндокринных заболеваний по распространенности является третьим после сахарного диабета, тиреотоксикоза. Пик заболеваемости приходится на 40-50 лет, при этом у женщин встречается в 2 раза чаще.

С учетом патогенеза ГПТ подразделяется на первичный, вторичный, третичный. Лишь первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) является самостоятельным заболеванием. Причинами которого, чаще всего, являются солитарная аденома паращитовидных желез (73-89%), множественные аденомы (5%), рак паращитовидных желез (<5%), первичная гиперплазия всех паращитовидных желез у 15% больных, ПГПТ в рамках МЭН - синдромов.

Вторичный и третичный являются синдромами, осложняющие течение других заболеваний (почечная недостаточность, мальабсорбция и пр.).

В нашей статье описан случай ПГПТ.

Основу клиники ПГПТ составляют патологические проявления в разных органах и системах организма. Классические симптомы заболевания с поражением костей, почек выявляются в далеко зашедших случаях.

Пациентка Т., 36 лет поступила в эндокринологическое отделение с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, в ребрах, усиливающиеся при глубоком дыхании; боли в костях таза, затруднения при ходьбе.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение трех лет, когда впервые стала отмечать боли в поясничной отделе позвоночника, хромоту. Обратилась к врачу СВА, получала амбулаторное лечение (НПВП) с временным эффектом. В последующем отмечает возобновление болевого синдрома в поясничной области,

присоединение болей в грудном отделе позвоночника, тазобедренных суставах, изменилась походка (утиная).

В феврале обследовалась в ОМЦ у ревматолога, который диагностировал у пациентки: первичный остеопороз тазобедренных суставов, остеохондроз. Лечилась в неврологическом отделении с вышеуказанным диагнозом. В мае при резком движении случился патологический перелом средней трети правой плечевой кости. Лечилась в травматологическом отделении по месту жительства – проведен остеосинтез. В марте 10 года, госпитализирована в урологическое отделение с диагнозом почечная колика. В апреле того же года обратилась к ревматологу областной поликлиники, в ходе обследования у которой, была выявлена гиперкальцемия с подъемами общего кальция до 3,07 мм/л. В связи, с чем была направлена к эндокринологу, которая госпитализировала пациентку в профильное отделение.

В объективном статусе: состояние при поступлении средней тяжести, обусловленное болевым синдромом и затрудненным передвижением. Обращала внимание хромота (утиная походка), ограничения движения в плечевых, тазобедренных суставах, трудно подняться с постели. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и гидрофильности. Умеренного питания. ИМТ 25 см/кг. Внешне суставы не изменены. Л/у не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца достаточной звучности, ритм правильный. ЧСС – 76 в мин, АД – 120 и 80 мм рт.ст. Язык обложен у корня белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный, регулярный. С-м поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, б/б. дизурии нет. Глазные симптомы отрицательные. Щитовидная железа не увеличена.

Лабораторные данные 04.10 год: в общем анализе крови: СОЭ – 2 мм/час, Нв – 150 г/л, лейкоц – 4,3 x10<sup>9</sup>/л, эритроц – 5,77x10<sup>12</sup>, лимфоциты – 40%, моноциты – 8%, нейтрофилы – 52% .

ОАМ- 1010, глюкоза, белок, - отр, лейкоциты – 2-4 в п/з, ураты – 1, слизь – 1;

б/х анализ крови: глюкоза – 4,4 мм/л, креатинин- 50 мкмоль/л, мочевиная кислота – 294 мм/л, общий белок – 80 г/л, билирубин – 9,4 мм/л, натрий – 142 мм/л, калий- 4,7 мм/л, кальций – 3,07-6,05 мм/л (при выписке); ЩФ – 990 U/L (норма 38-126 U/L)

Инструментальные исследования:

1. Рентгенография грудной клетки: диффузный пневмосклероз.

2. Рентгенография правого плечевого сустава: состояние после металлоостеосинтеза.

В проекции верхней трети плечевой кости определяются кистовидные просветления.

3. Рентгенография костей таза с захватом обеих т/б суставов: выраженный остеопороз всех костей.

4. Экскреторная урография: признаки плотной тени в проекции верхней группы чашечек справа. Деформация ЧЛС обеих почек.

5. УЗИ почек: пиелозктазия обеих почек. Микролитиаз. Конкремент правой почки.

6. КТ мягких тканей шеи (04.10) (МЦ КСС): гиперплазия левой паращитовидной железы. Гиподенсное кистозное образование в нижнем сегменте левой паращитовидной железы - паратиреоидная аденома.

Консультации:

1. Уролог: двусторонний нефроптоз I-II ст. Микролитиаз. Хронический пиелонефрит, стадия ремиссии.

По совокупности клинических синдромов (почечного и костного) и проведенному обследованию: гиперкальциемия, повышение ЩФ, остеопороз, поражения почек по УЗИ, рентгенографии выставлен был диагноз:

Первичный гиперпаратиреоз, костная – висцеральная форма, тяжелой степени. Аденома левой нижней паращитовидной железы.

Осложнения: Паратиреоидная остеодистрофия. Патологический перелом правой плечевой кости. Остеосинтез (05.09 г). Мочекислый диатез (нефрокальциноз).

Лечение: миакальцик спрей 1(200 МЕ) спр x 1 раз интраназально, ксефокам 8 мг в/в кап, мильгамма 2 мл в/м x 1 раз.

Единственный метод лечения ГППТ - оперативное лечение паращитовидной железы, хотя на сегодняшний день при мягких и бессимптомных формах ГППТ часто применяют консервативную терапию: бисфосфонаты, препараты кальцитонина, кальцимитетики.

Согласно мировому консенсусу у пациентки были абсолютные показания для проведения данного вида лечения: возраст < 50 лет, повышение содержания общего кальция более чем на 0,25 мм/л от верхней границы нормы, наличие таких осложнений: остеопороз, нефрокальциноз.

Через 2 недели после выписки из отделения в условиях хирургического стационара проведено паратиреоидэктомия левой нижней паращитовидной железы.

Гистологический результат: верифицирована была солитарная аденома паращитовидной железы.

В ранний послеоперационный период наблюдались транзиторная рекальцификационная тетания, гипокальциемия, что проявлялась судорогами в конечностях, «ползанием мурашек»; двоением в глазах. Описанное состояние связано было быстрым поглощением кальция костями скелета – «синдром голодных костей». На фоне приема препаратов кальция, метаболитов витамина Д (дегидротахистерол) приступы регрессировали и не повторялись. В последующем в приеме данных препаратов не нуждалась.

В настоящее время в контрольных анализах крови уровень кальция в норме, регрессировали оссалгии, артралгии, астения, мышечная слабость. Пациентка трудоспособна.

#### Литература:

1. Ляшук П.Н. // Случай первичного гиперпаратиреоза, обусловленного аденокарциномой околощитовидной железы // Клиническая медицина. - 1995. № 5- с. 67

2. Национальное руководство. Эндокринология. (Мировой консенсус, 2002 г).

3. Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С. Хирургическая эндокринология.

УДК 616-053.2-007

## СИНДРОМ КАРПЕНТЕРА

(клинический случай)

М.В. Хен

КГП на ПХВ «Областная клиническая больница», г. Караганда

Тұжырым

### КАРПЕНТЕР БЕЛГІСІ (КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ)

Ішкі секреция безіне бірқатар кәндігу, алғашқы байланыстылық сипаттамасының жеткіліксіздігі-полигландулярлық белгісі. (АПБ) аутоиммундық полигландулярлық белгіге, полигландулярлықтың жетіспеушілік белгісі жиі болып табылады. Аутоиммунның алғашқы пайда болу процессінде ,эндокриндік без ауруларымен байланыстылығы жиі кездеспейді және оның жетіспеушілігі жиі байқалады да ,эндокриндік бездің көптігі екеуден кейін ақ, АПБ жоқ екендігін бастапқыларынан көруге болады.

Summary

### CARPENTER SYNDROME (clinical case)

Syndromes characterized by a combination multiglandulary failure of the primary lesion, several endocrine glands. The most common variant syndromes are autoimmune disease multiglandulary, multiglandulary syndromes. AMS - are the primary lesion of two or more peripheral endocrine glands, often leading to their failure and is often associated with other autoimmune diseases nonendokrin genesis.

Синдромы полигландулярной недостаточности характеризуются сочетанием первичного поражения сразу несколько желез внутренней секреции.

Наиболее частым вариантом синдромов полигландулярной недостаточности являются аутоиммунные полигландулярные синдромы (АПС).

АПС – представляют собой первичное поражение двух и более периферических эндокринных желез, часто приводящие к их недостаточности и нередко сочетающиеся с другими неэндокринными заболеваниями аутоиммунного генеза.

В настоящее время на основании клинических особенностей выделяют АПС 1 и 2 типов.

В нашем случае будет рассмотрен клинический случай, относящийся к АПС 2 типа. Данный синдром впервые описан в 1964 году К.Карпентером. Примерно в 8 раз чаще он встречается у женщин и манифестирует в среднем между 20- 50 годами. При этом интервал между клиническим дебютом его отдельных компонентов может составить от 7- 20 лет.

Пациентка К., 19 лет, поступила в эндокринологическое отделение с жалобами: на необъяснимую прибавку в весе, отечность лица, запоры.

Из анамнеза заболевания: в 12 лет после начала менструаций внезапно возникли полиурия, полидипсия, потеря в весе на 8 кг в течение месяца. Развились тошнота и рвота. Была госпитализирована в ОРИТ областной детской больницы. В ходе обследования выявлены гипергликемия – 18 мм/л, кетонурия резко положительная, выставлен диагноз сахарный диабет 1 типа. Проводилась интенсивная инсулинотерапия затем пациентка была переведена в профильное отделение, где была переведена на интенсифицированную схему инсулинотерапии, обучена была принципам питания, самоконтролю. Средняя суточная доза инсулинов была приблизительно - 38 ед. В дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно.

При анализе амбулаторной карты: в 16 лет у пациентки участились эпизоды гипогликемии. Наблюдались приступы сердцебиения, потливости, чувство голода, при самоконтроле уровень гликемии был низкий. Пациентка совместно с эндокринологом вносила соответствующие изменения в диету, меняла режим физической активности и корректировала дозу инсулина. Общая суточная доза инсулина снизилась с 38 до 20 ед.

В одну из таких приступов (данные из выписного эпикриза), когда был нарушен своевременный прием пищи у нее случился генерализованный судорожный припадок. Анализ крови, выполненный в машине скорой помощи, показал, что содержание глюкозы равнялось 1,7 мм/л. После оказания экстренной помощи – введение 40% глюкозы – 50 мл и восстановления сознания была вновь госпитализирована в эндокринное отделение.

При проведения дополнительных исследований, получены следующие данные:

АД – 90 и 60 мм рт.ст, лежа 60 и 20 мм рт.ст., ЧСС – 103 в мин. Обращала внимание гиперпигментация ладонных складок и околососковой зоны. По внутренним органам без особенностей. В анализах на тот период: глюкоза крови после введения 40% - 50 мл глюкозы- 8,5 мм/л; натрий – 123 ммоль/л, калий – 6,2 мм/л, креатинин – 80 мкмоль/л.

При сахарном диабете 1 типа некоторые состояния вызывает уменьшения потребности человека в инсулине - это ухудшения функции почек с развитием диабетической нефропатии и недостаточность контринсулярных гормонов.

Учитывая нормальный уровень креатинина, что свидетельствует о малой вероятности паренхиматозного поражения почек; снижения потребности в инсулине, что проявлялось риступами гипогликемии, гиперпигментация кожи, гипотензия и повышенное содержание калия в крови указывало на недостаточность коры надпочечников (недостаток контринсулярного гормона). Был исследован уровень АКТГ, кортизол. Выявлено увеличение первого, значительное снижение второго гормона.

Диагностирована болезнь Аддисона. К лечению добавлены: минералокортикоиды: кортинефф 0,1 мг/сутки и глюкокортикоиды - преднизолон 5 мг/сутки. Настоящее ухудшения состояния в течение года, когда стали наблюдаться и прогрессировать вышеописанные жалобы. Пациентка обратилась в областную поликлинику к эндокринологу, которая госпитализировала её в специализированное отделение.

В объективном осмотре при поступлении: рост – 165 см, вес – 71 кг. На коже тыльной поверхности кистей, предплечьях депигментированные зоны. Отечность век. Цитовидная железа увеличена до II степени: видна на глаз, пальпируются обе доли и перешеек.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС – 85 в мин. АД – 100 и 60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул склонен к запорам.

В лабораторных исследованиях: ОАК и ОАМ – без патологии; б/х: натрий – 135 мм/л, калий – 5 мм/л, креатинин - 90 мкм/л, глиНв – 7,5 %; кортизол 112 пмоль/л; ТТГ – 27 мЕд/л (норма, Т4 – 4 пмоль/л. Впервые выявлены изменения в тиреоидном статусе.

Таким образом, у данной больной возникли витилиго и гипотиреоз, добавив еще два аутоиммунных заболевания к уже имеющимся заболеваниям.

В итоге был выставлен диагноз: Сахарный диабет тип 1, средней тяжести, декомпенсация. Первичная надпочечниковая недостаточность средней тяжести. Первичный гипотиреоз на фоне гипертрофической формы аутоиммунного тиреоидита. Витилиго.

Лечение: пожизненная заместительная гормональная терапия. Инсулинотерапия претерпевает значительные колебания при декомпенсации гипокортицизма, гипотиреоза, которые вызывает склонность к гипогликемии. Тиреоидная терапия назначается только после компенсации болезни Аддисона, причем дозы не достигают таковых, как при обычной заместительной терапии.

#### **Литература:**

1. Вильям М. Кеттайл, Рональд А.Арки. Полигландулярные синдромы и эндокринные аспекты различных состояний.
2. Аметов А.С, Казей Н.С., Грановская А.М. Краткий справочник эндокринологических синдромов.

УДК 616.5-002.621

## СЛУЧАЙ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ТВЕРДОГО ШАНКРА

Т.П. Насонова

КГКП «Областной кожно-венерологический диспансер», г. Павлодар

## Тұжырым

## МЕРЕЗ ҚАТТЫ ШАНКРЫНЫҢ ЭКСТРАГЕНИТАЛДІ ОРНАЛАСУЫ

Қазіргі кезде экстра жыныс мүшелер жағдайлары көбейіп қатты шанкрдың орнығуына әкеп соқтырады. Ал ол дәрігерлердің диагностикалық қателіктеріне және мерездің кеш айқындалуына себеп болады.

## Summary

## THE CASE OF EXTRAGENITAL CHANCRE LOCALIZATION

In recent years, the literature reports an increasing number of patients with extra genital location of hard chancre. Insufficient knowledge of physicians in this respect frequently results in diagnostic errors. A hard chancre on a palm of a patient who had contracted syphilis by sexual way and in whom the infection was diagnosed only in the secondary period is described.

В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных с экстрагенитальной локализацией твердого шанкра. Чаще всего он располагается в полости рта, в анальной области и реже на других участках. Это обстоятельство заслуживает особого внимания ввиду трудности диагностики в подобных случаях и серьезных последствий, которые влечет за собой ошибочное и несвоевременное распознавание данной патологии.

Сколь разнообразны, могут быть, входные ворота для сифилитической инфекции, столь же разнообразной может быть и локализация первичной сифиломы. А. Фрунзе указывал, что ни одно место человеческого тела не застраховано от появления твердого шанкра. В литературе описаны первичные сифиломы сосков молочных желез, верхнего или нижнего века, соединительной или роговой оболочек глаза, слезного мясца, крыла носа, нижней носовой раковины, носовой перегородки, волосистой части головы, шеи, затылка, уха, пупка, спины, поясницы, ягодиц, промежности, колена, ладони, пятки и подошвы.

Мы наблюдали чрезвычайно редкую локализацию твердого шанкра – на ладони у больного вторичным свежим сифилисом. По данным А. Фрунзе, первичное поражение кистей бывает крайне редко. Чаще всего твердые шанкры располагаются на пальцах рук.

Больной Ш., 39 лет, служащий, обратился на прием к хирургу с жалобами на незаживающую язву на левой ладони. На месте возникшей после физической работы мозоли образовалась язва. По назначению хирурга в течение недели применял мазевые повязки, которые не дали положительного эффекта. От друзей узнал, что женщина, с которой он имел половую связь, больна сифилисом, и обратился в кожно-венерологический диспансер, где был в командировке. При осмотре клинических проявлений сифилиса не обнаружено, не возникло и подозрений о специфическом происхождении язвы на ладони. КСР отрицательные, РИФ отрицательные. От предложенного превентивного лечения отказался и по окончании командировки вернулся домой. В связи с тем, что язва на руке не заживала, снова обратился в кожно-венерологический диспансер, откуда с подозрением на вторичный свежий сифилис был сразу же госпитализирован в стационар.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологии. Курит, зло-

употребляет алкоголем. Половая жизнь с 20 лет, разведен, имел половую связь с женщиной без определенного места жительства и занятия, у которой диагностирован вторичный рецидивный сифилис.

Клиническая картина сифилиса была следующей: на коже боковых поверхностей туловища, груди, живота, предплечий и бедер имела обильная мелкая бледно-розовая розеолозная сыпь. На половых органах никаких высыпаний не обнаружено. На левой ладони, у основания II и III пальцев располагалась язва овальной формы, размером 2х1,5 см, с ровными краями и блестящим, гладким, дном. В основании язвы пальпировался хрящевой консистенции болезненный инфильтрат. Слева, в подмышечной впадине определялся плотный, величиной с куриное яйцо, безболезненный лимфатический узел. Кроме того, пальпировались шейные, локтевые и паховые лимфатические узлы размером с фасоль. В отделяемом язвы обнаружена бледная трепонема. КСР (++++), 1:80. Диагноз: сифилис вторичный, свежий.

Таким образом, твердый шанкр возник у больного в результате соприкосновения поврежденной кожи ладони с пораженными сифилисом гениталиями партнерши. Вследствие диагностической ошибки хирурга и дерматолога диагноз сифилиса был поставлен только во вторичном периоде инфекции, что привело к увеличению числа бытовых контактов.

Наблюдение еще раз подтверждает высказывание А.Фрунзе, который, указывая на трудности диагностики экстрагенитальных шанкров, писал, что хотя твердый шанкр распознать нетрудно, но трудно о нем вовремя вспомнить.

## Литература:

1. Васильев Т.В. В кн.: Венерические болезни. Под ред. О.К. Шапошникова. М., 1980, с. 52 – 68.
2. Васильев Т.В., Винокуров И.Н. Мед.реф. ж. XI, №12, с. 20-26.
3. Глухенький Т.Т. Вестн. Дерматол., 1948, №5, с. 38-39.
4. Гинчар Ф.Н., Архангельский С.П. В кн.: Многотомное руководство по дерматовенерологии М., 1959, т. I, кн. I, с. 111-129.
5. Скрипкин Ю.К., Борисенко К. К., Глозман В.Н. Вестн. Дерматол., 1975, №9, с. 40-45.
6. Фрунзе А. Лечение сифилиса. М. 1989.

УДК 616.5-004.1-616-006.311.03.69-009

## РЕДКОЕ СОЧЕТАНИЕ ЛИНЕЙНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМОЙ ГОЛОВКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

С.Б. Сарсенбаева

Медицинская служба Департамента внутренних дел Павлодарской области, г. Павлодар

### Тұжырым

#### АТАЛЫҚ ЖЫНЫС МҮШЕСІНІҢ СЫЗЫҚ СКЛЕРОДЕРМИЯ МЕН КАВЕРНОЗДЫ ГЕМАНГИОМАНЫҢ ҚОСАРЛАНУЫ

Сызық склеродермия ошақ склеродермияның ерекше нысаны болып табылады. Бұл дерт балалық шақта жиі дамиды. Бұл дерттің сақина тәріздес нысаны аталық жыныс мүшесінде сирек кездеседі. Гемангиома проблемалары - олардың таралуы кең болғандықтан, көкейтесті мәселе болып отыр. Автор жұмыс тәжірибесінен аталық жыныс мүшесінің сызық склеродермия мен кавернозды гемангиоманың бірге жүру ағымын көрсетеді.

### Summary

#### A RARE COMBINATION OF LINEAR SCLERODERMA WITH CAVERNOUS HEMANGIOMA OF THE PENIS HEAD

An 18-year old patient is described, who has developed a sagittal fissure 7 mm wide on the glans penis; there were two tumor-like tense pasty formations, 1.2x0.8 cm each, on the proximal end of this fissure. Histologically localized scleroderma and cavernous hemangioma have diagnosed.

Линейная (полосовидная) склеродермия является своеобразной формой очаговой склеродермии и нередко развивается в детском возрасте. Наиболее часто заболевание локализуется на коже волосистой части головы, лба, спинки носа, верхних или (чаще) нижних конечностей. При последней локализации могут наблюдаться изъязвления, плохо поддающиеся лечению. Линейная склеродермия нередко располагается по ходу магистральных сосудов и нервов, может переходить с кожи на слизистую оболочку. Своеобразная клиническая картина, напоминающая рубцы после удара острым предметом, обусловила ее название «Сабельная склеродермия». Крайне редко заболевание в кольцевидной форме встречается на половом члене.

Проблемы гемангиом в связи с их большой распространенностью является весьма актуальной.

Ряд авторов считают кавернозные гемангиомы аневризмами, другие из группы доброкачественных сосудистых образований исключают пятнистые гемангиомы, третьи полагают, что они могут быть кавернозными только у детей раннего возраста. Особый интерес представляет наблюдение сочетания линейной склеродермии и кавернозной гемангиомы головки полового члена у взрослого больного.

Больной П., 18 лет, наблюдался с диагнозом: баланит, линейная склеродермия и кавернозная гемангиома головки полового члена.

Обследован на наличие ИППП. 5 лет назад появились высыпания на головке полового члена, западение центра головки и 2 постепенно увеличивающихся в размерах безболезненных образования на ее гребне, высыпания не причиняли неудобств, ранее за помощью больной не обращался, лечение не проводилось.

Общее состояние больного удовлетворительное. При физикальном обследовании патологических изменений не выявлено. По сагиттальной поверхности головки полового члена располагается линейная борозда шириной 7 мм. с уплотнением в основании на всем ее протяжении, застойно – синюшного цвета по периферии, с перламутровым оттенком в центре. В проксимальном отделе западения по его краям вплоть до ве-

нечной борозды полового члена симметрично располагаются возвышающиеся напряженные, безболезненные тестоватой консистенции опухолевидные образования размером 1,2x0,8 см.каждое, с четкими границами, гладкой блестящей поверхностью, пурпурно-цианотичной окраски.

Общие анализы крови и мочи без патологических изменений. При биохимическом исследовании крови выявлены умеренная гипергамма – глобулинемия, гипериммуноглобулинемия G.

В клинике урологических заболеваний произведено иссечение опухолевидных образований и прилежащего к нему участка линейного западения головки полового члена. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Швы сняты на 7 день. При гистологическом исследовании биопсированных опухолевидных образований определяется крупные неправильной формы полости, весь просвет которых заполнен кровью. Стенки их выстелены одним слоем уплотненных, слегка вытянутых в поперечнике эндотелиальных клеток и разделены между собой толстыми фиброзными тяжами. Отмечается пролиферация адвентициальных клеток.

Гистологическое исследование биоптата кожи из очага линейного склероза: эпидермис местами атрофичен, межэпидермальные сосочковые тяжи сглажены. В дерме гомогенизация коллагеновых волокон, склероз; в верхней части собственно кожи инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, гистиоцитов; стенки сосудов утолщены, склерозированы. Придатки кожи отсутствуют.

Диагноз: ограниченная склеродермия, кавернозная гемангиома.

### Литература:

1. Ганчев Б. Дермато-венерологическая терминология: Пер. с болг. – София. 1968 г.
2. Довжанский С.И. Склеродермия. – Саратов, 1979г.
3. Довжанский С.И., Ивановская К.Н. Кожные болезни. – Саратов. - 1982 г.
4. Краковский Н.И., Таранович В.А. Гемангиомы. – М., 1974 г.

УДК 616.516

**КОЛЬЦЕВИДНЫЙ КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ**

С.Б. Сарсенбаева

**Медицинская служба Департамента внутренних дел Павлодарской области, г. Павлодар****Тұжырым****ҚЫЗЫЛ ЖАЛПАҚ ТЕМІРЕТКІНІҢ СИРЕК ТҮРІ**

Сақина тәріздес қызыл жалпақ теміреткі қызыл жалпақ теміреткінің сирек түрі болып табылады. Кейбір жағдайларды қызыл жалпақ теміреткінің орналасуы мен ағымы қызыл жалпақ теміреткінің диагностикалық қателіктеріне әкелуі мүмкін. Автор бұл нысанмен ауырған 3 науқасты бақылайды.

**Summary****ANNULAR LICHEN PLANUS**

Three patients with lichen ruber planus annularis owing to grouping of the papules into rings are described. In two cases this picture of the disease was accompanied by centrifugal growths of papules on the skin of the scrotum and back of the hands followed by the infiltrate retraction in the centre of the plaque.

К одной из разновидностей красного плоского лишая относится его кольцевидная, или цирцинарная, форма. Такая клиническая картина болезни обычно наблюдается при локализации сыпи в области половых органов и относится к более редким ее вариантам. В ряде случаев необычное расположение и своеобразное течение красного плоского лишая могут явиться причиной диагностических ошибок. Мы наблюдали 3-х больных с этой формой заболевания, присланных на консультацию с диагнозом эритематоза, вторичного рецидивного сифилиса и кольцевидной гранулемы.

Больной А., поступил в отделение с диагнозом эритематоза. Болен с августа 2010 г., когда появились узелковые высыпания на коже лица, а затем шеи и груди, временами сопровождающиеся небольшим зудом. До поступления в стационар проводилось лечение различными наружными средствами безрезультатно. Со стороны внутренних органов и ЦНС патологических отклонений не выявлено, видимые слизистые чистые. На лице, шее и груди узелковые высыпания от просяного зерна до спичечной головки, плотноватой консистенции, с уплощенной поверхностью, сливающиеся в кольца красновато-бурого цвета диаметром от 10 до 20 мм с восковидным блеском. На отдельных папулах определяются пупковидное вдавление, шелушение, гиперкератоз без признаков атрофии. Субъективно ощущается незначительный зуд.

Исследование на грибы пушковых волос и соскоба эпидермиса, взятых из очага поражения дало отрицательный результат. Сетка Уйкхема не выявляется, симптом Поспелова и реакция Кебнера отрицательные.

При флюорографии грудной клетки - легочные поля прозрачные. Клинический диагноз: кольцевая форма красного плоского лишая.

Произведена биопсия кожи из очага поражения. Гистологическое исследование: неравномерный акантоз и гранулез, гиперкератоз, эпидермальные отростки неравномерно удлинены и заострены. В верхней части дермы проникающий в эпидермис массивный лимфоидно-гистиоцитарный инфильтрат с меланофорами. Нейрофибриллы не обнаруживаются, дерма коллагенизирована. Патогистологически подтвержден диагноз красного плоского лишая.

Больной Г., при прохождении очередного медосмотра был направлен на консультацию с диагнозом: вторичный рецидивный сифилис.

Болен с ноября 2009 г. к врачу не обращался, самолечением не занимался. Последний медосмотр прошел 2008 г., наружных проявлений ИППП не обнаружено. КСР отрицательные. Женат. Жена и 5 детей обсле-

дованы, здоровы, КСР у них отрицательные. Посторонние половые связи отрицает.

Больной правильного телосложения, повышенного питания, со стороны внутренних органов и ЦНС патологических изменений нет. На коже мошонки и внутренней поверхности бедер бляшки размером 0,5 см., округлые, бледно-розовые. В центре кожа слегка запавшая, гиперпигментирована. Вследствие этого элементы имеют кольцевидную форму. Сетка Уйкхема не выявляется, симптом Поспелова и реакция Кебнера отрицательные. Остальные участки кожного покрова и видимые слизистые обычной окраски, без высыпаний. Лимфатические узлы не увеличены.

Общий анализ мочи, крови – без патологии. В кале яйца глистов не обнаружены. Реакция Вассермана, РИТ, РИФ – отрицательные. Бледные трепонемы в сыворотке, полученной при скарификации поверхности папул, при многократном исследовании не обнаружены. Диагноз: кольцевидная форма красного плоского лишая.

Произведена биопсия кожи из очага поражения. Патогистологически выявлены гиперкератоз, акантоз и неравномерный гранулез. Эпидермальные отростки без четких контуров, границы их как бы разъедены, массивными клеточными инфильтратами. Лимфогистиоцитарного характера, сдавливающими эпидермис, вызывая его атрофию. Подтвержден диагноз красного плоского лишая.

Данные клинического и патогистологического исследования позволяют предположить что подобная картина красного плоского лишая в первом случае развивалась вследствие группировки папул в кольцо в области лица, груди и шеи, во втором – при центробежном росте отдельных бляшек на коже мошонки и внутренней поверхности бедер с последующим западанием инфильтрата бляшки в центре с образованием кольцевидных фигур.

У третьего больного, направленного на консультацию с диагнозом кольцевидный гранулемы аналогичная группировка папул на тыльной поверхности кистей сочеталось с классическими высыпаниями папул красного плоского лишая на других участках кожи, красной каймы губ и слизистой. Диагноз был подтвержден гистологическим исследованием.

**Литература:**

1. Машкиллейсон Л.Н. Частная дерматология. М., 1965 г.
2. Каркаев R.A., Lyuban B.L. Lichen ruber planus annularis



УДК 616.1271.36-005.8-097

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЦИТОКИНОВОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

А.О. Аймагамбетова

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

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, цитокины, воспаление, прогноз.

На протяжении последних десятилетий в структуре общей заболеваемости и смертности инфаркт миокарда (ИМ) занимает первое место. Известно, что летальный исход развивается у 39-50% этих больных на протяжении первого месяца заболевания, а смертность составляет 45 на 100 тыс. населения (Скворцова В.И., 2007; Perers E., 2007). Те же временные особенности характерны и для жизнеопасных осложнений ИМ (кардиогенный шок, рецидив ИМ, острая левожелудочковая недостаточность, фибрилляция желудочков). Характер течения болезни в первые часы и дни во многом определяет и отдаленный прогноз у больных ИМ (Раббани Ле Рой Е. 2002, Чернецов В.А 2000, McGovern P.G., Rankow J.S., Shahar E., 1996). Как известно, прогноз пациентов, переносящих ИМ, неодинаков и зависит от множества факторов. Выявление важнейших из них, достоверно влияющих на развитие в дальнейшем и прогрессирование хронической сердечной недостаточности и летальных исходов, а также разработка методов их оценки на протяжении последних десятилетий остаются в ряду наиболее существенных задач кардиологии (Карпов Ю.А., 2006). При этом не вызывает сомнений, что особенно значимой является возможность оценить последующий риск развития летальных исходов у больных инфарктом миокарда на начальном этапе болезни, поскольку это способствует дифференцированному подходу к терапии, повышению эффективности лечения и качества жизни пациентов, что в целом имеет немаловажное социально-экономическое значение (Карпов Ю.А., 2006; Болдуева С.А., 2008). Есть мнение основано на четкой связи исхода инфаркта миокарда в постинфарктном периоде с тяжестью, особенностями и осложнениями острого периода ИМ (Булычев А.Б., 2000; Spertus J.A., 2006). В связи с этим актуальной проблемой современной медицинской науки является исследование механизмов развития и возможного фармакологического воздействия на патогенетические составляющие ИМ. В последнее время интерес исследователей привлекает роль иммунных факторов в развитии — ИМ (Ren G., 2003; Ito T., 2003). Цитокиновой активации в патогенезе ИМ придается все большее значение. Известно, что цитокиновая система принимает активное участие в реализации иммунного ответа при тромботических коронарных событиях (Chin B.S., 2003). Исследования последних лет показали, что тяжесть клинического течения и исход ОИМ во многом определяется не только размерами зоны некроза, но и особенностями течения репаративных процессов непосредственно в области инфаркта (Рябов В.В., Марков В.А., Попонина Ю.С. 2007). Одним из ведущих направлений поиска новых факторов, способствующих возникновению ИМ вследствие активации разрыва атеросклеротической бляшки и тромбообразования (Spooner P.M., Albert C.M. 2001). В связи с установленными в последнее время данными о значительной роли воспаления в механизмах атеротромбоза, возрастает роль провоспали-

тельных цитокинов, как маркеров дестабилизации атеросклеротической бляшки. Одним из представителей провоспалительных цитокинов является интерлейкин ИЛ-6, обладающий широким диапазоном гуморальных и клеточных иммунных эффектов, связанных с воспалением и повреждением ткани. На его синтез влияют такие факторы как интерлейкин-1, ФНО (Von der Thusen H., Kuiper J., Van Berkel T.J.C. 2003). Баланс цитокинов в очаге воспаления определяется количеством цитокинов воспаления и синтезируемых противовоспалительных цитокинов, а также иммуносупрессорных цитокинов. Нарушение регуляции синтеза и соотношения реактантов воспаления может обуславливать течение и прогноз заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение динамики цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6; 1L-10, ФНО -  $\alpha$ ) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

**Материал и методы.** Нами были обследованы 30 пациентов ОИМ с подъемом сегмента ST. Обследованные пациенты находились на лечении в отделении кардиореанимации и кардиологическом отделении БСМП г. Семей. В исследование включены 24 мужчин и 6 женщин, средний возраст пациентов составил 53,7 $\pm$ 8,3. Средний срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца.

Диагноз ОИМ устанавливали на основании критериев, рекомендованных ВОЗ, включающих клинические данные, повышение кардиоспецифических ферментов, изменения ЭКГ с соответствующей динамикой и данных Эхо КГ. В исследование не включались пациенты с острыми воспалительными, онкологическими и аутоиммунными заболеваниями. Все больные получали стандартную терапию, включающую ацетилсалициловую кислоту (100 мг/сут), статины (20 мг/сут), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и  $\beta$ -адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты в подобранных дозах, при необходимости – диуретики и сердечные гликозиды. У больных ОИМ имели место следующие осложнения: отек легких, аневризма сердца, коллапс, ранняя постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости (наблюдались частая желудочковая экстрасистолия, частая предсердная экстрасистолия, пароксизм мерцательной аритмии, полная блокада правой ножки пучка Гиса).

Определение цитокинов (IL-1 $\beta$ , IL-6; 1L-10, ФНО -  $\alpha$ ) проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Использовались наборы реактивов для иммуноферментного анализа цитокинов человека фирмы "Вектор - Бест" (Новосибирск). Принцип работы набора: в наборах использовались "сендвич-варианты" твердофазного иммуно-ферментного анализа. Для реализации этого варианта использованы два моноклональных антитела с различной эпитопной специфичностью к исследуемому интерлейкину. Одно из них иммобилизовано на твердой фазе (внутренняя поверхность лунок), второе конъюгировано с биотипом. На первой



стадии анализа интерлейкин, содержащийся в калибровочных и исследуемых пробах, связывался с антителами, иммобилизованными на внутренней поверхности лунок. На второй стадии анализа, иммобилизованный интерлейкин взаимодействовал с конъюгатом вторых антител - биотином. Количество связавшегося конъюгата считается прямо пропорциональным количеству интерлейкина в исследуемом образце. На последней стадии анализа в лунки вносили пероксидазу хрена – перекиси водорода и хромогена-тетраметилбензидина. Во время инкубации с субстратной смесью происходило окрашивание раствора в лунках. Степень окраски счи-

тается прямо пропорциональной количеству связавшихся меченых антител. После измерения оптической плотности раствора в лунках на основании калибровочной кривой рассчитывалась концентрация ИЛ в определяемых образцах. Полученные данные обработаны на персональном компьютере, в программной среде Microsoft Excel с использованием встроенного "Пакета анализа", который специально предназначен для решения статистических задач.

**Результаты:** У больных ОИМ с первых суток заболевания наблюдался максимальный уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ФНО.

**Таблица. - Динамика провоспалительных и противовоспалительных цитокинов у больных инфарктом миокарда с неосложненным и осложненным течением заболевания в зависимости от 3 месячного прогноза.**

Цитокин Течение ОИМ сутки	ФНО-α пг/мл		ИЛ - 1β		ИЛ - 6		ИЛ - 10	
	неосл. (n-18)	осл. (n-12)	неосл. (n-18)	осл. (n-12)	неосл. (n-18)	осл. (n-12)	неосл. (n-18)	осл. (n-12)
1 сутки	9,14±2,2	16,09±1,59	2,06±0,85	2,29±1,22	13,89±3,46	52,13±15,07	63,67±15,48	60,44±16,58
7 сутки	8,57±3,06	8,47±2,26	0,37±0,13	1,09±0,38	10,0±2,13	16,37±4,32	37,2±17,67	45,29±12,05
14 сутки	8,64±5,03	3,3±1,11	0,66±0,2	0,55±0,3	15,85±13,5	6,93±2,04	23,86±13,88	70,74±27,57

Динамика провоспалительных цитокинов соответствует данным развития воспалительного ответа при других иницирующих факторах и подтверждает тесную взаимосвязь компонентов воспалительной реакции. Определена статистическая значимая связь между повышением титров ИЛ-6, ФНО и течением инфаркта миокарда. Нами не обнаружено достоверной прогностической значимости уровней ИЛ - 1β. Обсуждая отсутствие в настоящем исследовании маркеров воспаления прогностической ценности, необходимо помнить, что ИЛ-6, ИЛ-1, ФНО, являются пусковыми факторами разрыва покрышки атеросклеротической бляшки посредством синтеза гидролитических ферментов, формирования протромботического статуса, т.е. выступают в качестве

маркеров дестабилизации атеросклеротической бляшки. Подтверждением этому служат результаты целой серии исследований, свидетельствующие о важной роли представленных выше острофазовых показателей в процессе течения острого инфаркта миокарда.

**Заключение**

Повышение ИЛ-6, ФНОα у больных перенесших ИМ свидетельствует о высокой вероятности развития следующих осложнений: отек легких, аневризма сердца, коллапс, ранняя постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости (частая желудочковая экстрасистолия, частая предсердная экстрасистолия, пароксизм мерцательной аритмии, полная блокада правой ножки пучка Гиса).

УДК 616.831-053.2

**КТ СТРУКТУРА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ МЦ ГМУ Г. СЕМЕЙ**

**А.Б. Ахметбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.Н. Саркенова**

**Государственный медицинский университет города Семей  
 Курс визуальной диагностики**

**Актуальность:** Все грубые пороки развития головного мозга сопровождаются тяжелой умственной отсталостью, врожденными пороками других органов. Рождение детей с грубыми пороками развития головного мозга – это тяжелый социальный и психологический аспект для родителей ребенка, так и для всего общества.

**Цель исследования:** изучение частоты врожденных пороков развития головного мозга и их структуры методом компьютерной томографии по данным МЦ ГМУ г. Семей.

**Материалы и методы исследования:**

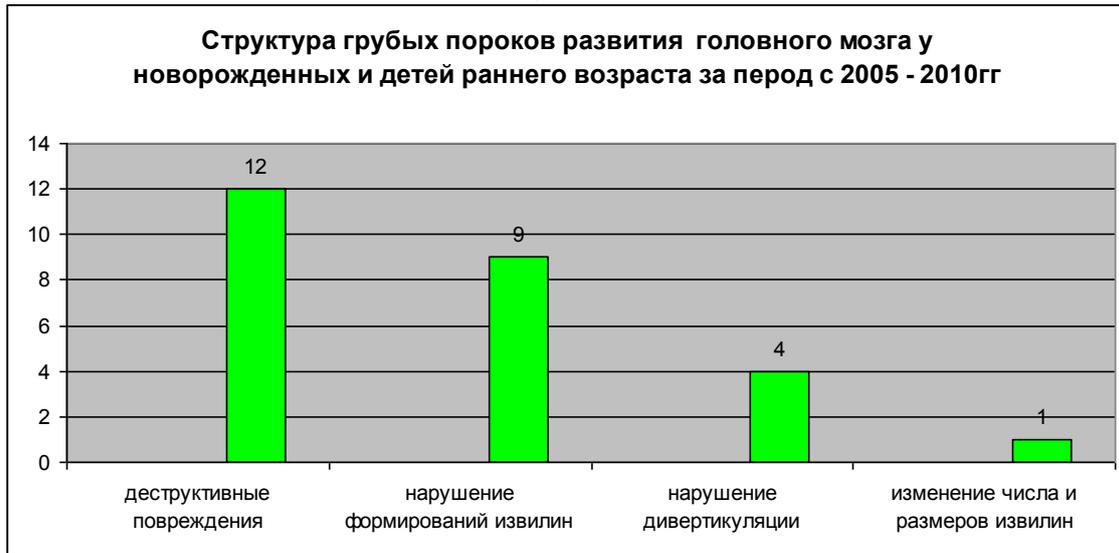
В основу работы положен анализ КТ исследований головного мозга 229 новорожденных и детей раннего возраста, находившихся на стационарном лечении в МЦ СГМА с 2005 по 2010 гг.

С целью изучения анатомо-структурных изменений головного мозга компьютерная томография проводилась на компьютерном томографе фирмы GE, с шагом томографирования 5 мм с углом наклона Гентри параллельно основанию головного мозга.

**Результаты исследования.** В проведенных нами компьютерно томографических исследованиях головного мозга у 229 детей было выявлено 26 случаев грубых пороков развития головного мозга, что составило 11% от общего числа исследований.

В структуре грубых пороков развития головного мозга наиболее частыми изменениями явились деструктивные повреждения мозга, это гидроанэнцефалия – 6 случаев, что составило 23% от общего числа выявленных пороков и порэнцефалия – 6 случаев (23%).

Диаграмма №1.



**Рис.1 Гидроанэнцефалия (а, б, в).**

Ребенок Б. 7дн. (рис.1). на томограммах четко видно, что полушария мозга визуализируются как пузыри, заполненные ликвором. Участки паренхимы головного мозга определяются в конвексимальном отделе лобно-теменной области справа. Базальные ганглии и зрительные бугры гипопластичные. Структуры задней черепной ямки сформированы. Полушария мозжечка уменьшены в объеме.

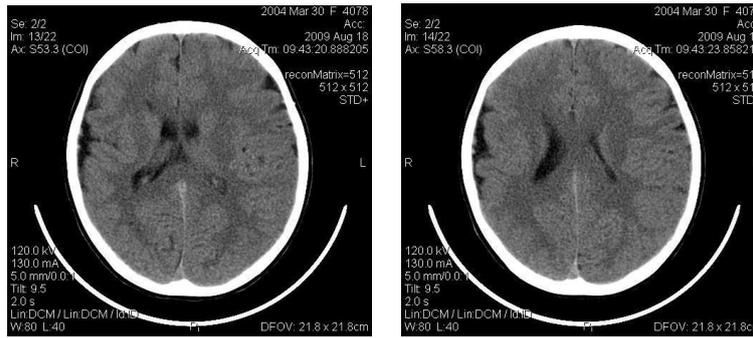


**Рис.2 Порэнцефалия (а,б,в).**

Ребенок И. 2 года (рис.2). на томограммах в левой лобно-височно-теменной области определяется гиподенсный участок с денситометрической плотностью 3-4 ед. Н. (что соответствует плотности ликвора) неправильно-округлой формы, сообщающийся с субарахноидальным пространством и с базальными цистернами. Боковые желудочки головного мозга справа расширены в центральных отделах, слева центральный отдел компремирован.

Далее по частоте следуют пороки развития головного мозга, связанные с нарушением формирования извилин – 9 случаев, что составило 35% от общего числа выявленных пороков развития. Из этой группы пороков были выявлены агирия (отсутствие извилин и

борозд) и пахигирия (широкие плоские извилины). В одном случае лиссэнцефалия сочеталась с синдромом двойной коры (в утолщенной коре головного мозга определяется тонкий слой белого вещества).



**Рис.3 Пахигирия (а, б).**

Ребенок Н. Згода (рис.3). Определяются признаки церебральной эмбриопатии. Правосторонняя лобно-теменно-височная пахигирия. КТ признаки энцефалопатии. В правой гемисфере в лобно-височно-теменной области визуализируются аномальные широкие плоские извилины с утолщенной корой. Прилежащее субарахноидальное пространство расширено.

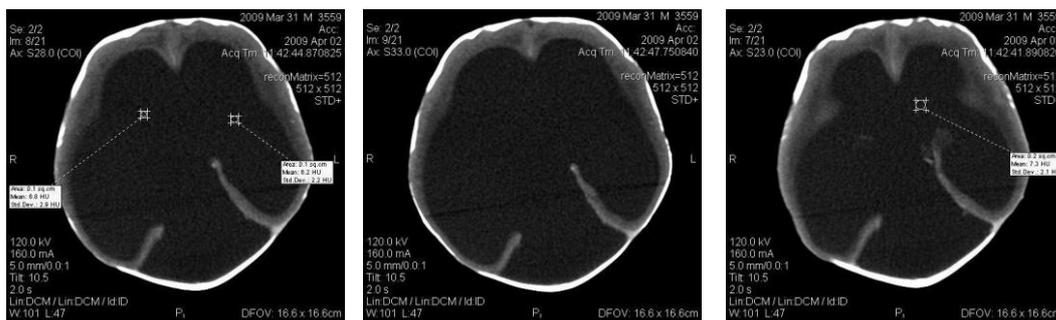


**Рис. 4 Агирия, синдром двойной коры.**

Ребенок Т. 8 дн. (рис.4) на томограммах видно, что полушария головного мозга уменьшены в объеме, кора головного мозга утолщена, в ней определяется тонкий слой белого вещества, отсутствует нормальная дифференцировка белого и серого вещества головного мозга. Субарахноидальное пространство больших полушарий головного мозга расширено. Конвексительные борозды отсутствуют на всем протяжении.

Третью группу грубых пороков головного мозга – составили нарушения дивертикуляции головного мозга (голопрозэнцефалия), которые были выявлены у 4-х больных, что составило 15% от общего числа выявлен-

ных пороков развития. В одном случае голопрозэнцефалия сочеталась с мальформацией лица (расщелина твердого неба).



**Рис.5 (а, б, в). Голопрозэнцефалия.**

Ребенок Т., 4дн. (рис.5) на серии КТ паренхима больших полушарий головного мозга представлена узкими полосками за счет выраженного расширения боковых желудочков головного мозга. Боковые желудочки представлены единой, резко расширенной полостью, прозрачная перегородка отсутствует, межполушарная щель не дифференцируется. Субарахноидальное пространство больших полушарий не прослеживается из-за выраженного сужения.

Четвертую группу грубых пороков головного мозга составили аномалии развития связанные с изменением числа и размеров извилин, которые были выявлен-

ны у 1-го больного, что составило 4% от общего числа выявленных пороков развития.



**Рис.6. Полимикрогирия(а, б, в).**

Ребенок Б., 5мес. (рис.6) на томограммах головного мозга объем паренхимы в лобном, теменном и височном отделах полушарий головного мозга резко уменьшен, большие слева. В кору с двух сторон определяются мелкие кальцинаты, в конвексимальном отделе теменных долей с двух сторон определяются множественные извитые линейные участки кальцификации. Субарахноидальное пространство больших полушарий головного мозга расширено. Конвексимальные борозды выражены, определяется уменьшение размеров и увеличение числа извилин в теменных отделах

Таким образом, выявление грубых пороков развития головного мозга у новорожденных и детей по данным рентгенологического отделения МЦ ГМУ г. Семей выявляются не редко. Выявление большого числа случаев грубых пороков развития головного мозга за 5 лет исследования методом КТ, является проблемой поздней диагностики грубых пороков развития головного мозга, которая должна осуществляться во внутриутробном периоде развития методом ультразвуковой диагностики.

Так же необходимо отметить социальные факторы: в настоящее время ультразвуковое исследование доступно большинству населения, но в виду отдаленных мест проживания людей (районные, сельские жители), несвоевременное взятие на учет беременных женщин, отсутствия соответствующего медицинского оборудова-

ния в районных больницах является причиной несвоевременной диагностики внутриутробных пороков развития, в том числе грубых пороков развития головного мозга. Грубые пороки головного мозга в неонатальном, постнатальных периодах являются проблемой поздней диагностики, которая должна осуществляться ещё во внутриутробном периоде родов ультразвуковым методом.

**Литература:**

1. Трофимова Т.Н., Ананьева Н.И., Карпенко А.К. Нейрорадиология. Санкт-Петербург, - 2005г.
2. Вольдин Н.Н., Медведев М.И., Горбунов А.В. Компьютерная томография головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста. Москва, 2005г.

УДК 616.711

**ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА**

**А.Б. Ахметбаева, А.В. Рахимбеков, Н.М. Едильканова, А.Н. Саркенова**  
 Государственный медицинский университет города Семей  
 Курс визуальной диагностики

Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника – самая частая причина болей в спине. Проанализированы данные рентгенологического исследования по поводу болевого синдрома вертебрального происхождения 2612 человек, из них дегенеративные изменения выявлены в 2165 случаях, что составляет 82,8%.

Задачей настоящего исследования было изучение и сравнительная оценка дегенеративных изменений различных сегментов позвоночника.

Проанализировано 300 клиничко-рентгенологических случаев дегенеративно-дистрофических поражений шейного (100 случаев), грудного и поясничного отделов позвоночника по 100 случаев. Возраст обследованных был ограничен с 20 до 45 лет для исключения возрастных дегенераций выраженного характера и дисгормональных спондилопатий.

Рентгенологическое исследование больных включало обзорную рентгенографию позвоночника в двух проекциях и при необходимости рентгенографию позвоночника в боковой проекции с проведением функциональных проб. Рентгенологические данные оценивались

наряду с клиничко-неврологическими показателями. Результаты сравнительной оценки начальных проявлений дегенеративных заболеваний позвоночника представлены в таблице №1.

Как видно из представленной таблицы, общим признаком (однако не специфичным) для дегенеративных процессов было нарушение статики, то есть изменение физиологических изгибов и сколиотическое искривление позвоночника как проявление анталгической позы.

В шейном отделе позвоночника уменьшение высоты межпозвонковых дисков не является одним из ранних признаков остеохондроза, так как нагрузка на шейный отдел позвоночника невелика по сравнению с грудным и поясничным отделом. Это обстоятельство очень важно в связи с тем, что при наличии болевого синдрома в шейном отделе позвоночника рентгенологические изменения нетипичны и чаще всего представлены лишь косвенными признаками остеохондроза в виде нарушения статики и нестабильности в двигательных сегментах. Наибольшую нагрузку в этом отделе позвоночника принимают ун-



ковертебральные сочленения, в результате чего появляется склероз, заострение, отклонение полулунных отростков. Необходимо отметить, что унковертебральные сочленения определяются только в прямой проекции. Однако диагностика артроза унковертебральных сочленений очень важна, так как он является основной причиной вертебральных нарушений мозгового кровообращения за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

ния за счет патологического воздействия на позвоночную артерию. Артроз унковертебральных сочленений у всех больных локализовался в нижне-шейном отделе позвоночника (С5-С6, С6-С7). Только лишь после этих изменений компенсаторно происходит дегенерация межпозвоночных дисков со снижением их высоты, субхондральным склерозом замыкательных пластинок тел позвонков.

**Таблица №1 - Частота различных рентгенологических признаков дегенеративных изменений позвоночника по отделам**

Рентгенологический признак	Шейный отдел позвоночника	Грудной отдел позвоночника	Поясничный отдел позвоночника
Нарушение статики позвоночника	69	73	83
Снижение высоты межпозвоночных дисков	25	59	81
Субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков	29	48	74
Краевые костные разрастания	16	29	65
Псевдоспондилолистезы	52	-	6
Артроз унковертебральных сочленений	28	-	-
Спондилоартроз	15	23	29
Грыжи Шморля	-	16	9
Косвенные признаки грыжи диска	-	-	3
Спондилолиз	-	-	4
Истинный спондилолистез	-	-	4

Поражение грудного отдела позвоночника, прежде всего, выразилось в снижении высоты межпозвоночных дисков (59 случаев). Изменение дисков приводит к нарастанию кифоза, что, в свою очередь, ведет к деформации тел позвонков со снижением высоты в переднем отделе тел. Следующим механизмом в патогенезе дегенеративно-дистрофических изменений следует считать деформирующий спондилоартроз, который обусловлен перерастяжением связочного аппарата задних отделов позвоночника и, соответственно, суставных отростков (23 случая). Типичным проявлением дегенеративно-дистрофических поражений грудного отдела позвоночника являются грыжи Шморля – хрящевые грыжи, внедряющиеся в замыкательные пластинки тел позвонков – 16 случаев. Локализация грыж Шморля в 6 случаях была в среднегрудном отделе, в 10 случаях – в нижнегрудном отделе. Единичные грыжи Шморля выявлены у 11 больных и множественные – у 5.

Поясничный отдел позвоночника несет на себе самую большую нагрузку, в связи с этим первыми признаками поясничного остеохондроза является снижение высоты межпозвоночных дисков – 81 случай, реактивный субхондральный склероз замыкательных пластинок тел позвонков - 74 случая, краевые костные разрастания - 65 случаев. Преимущественно поражаются диски L4-L5 и L5-

S1. Грыжи Шморля были выявлены в 9 случаях в верхнепоясничном отделе позвоночника. Обызвествление связочного аппарата позвоночника начинается чаще всего после 30 лет. Косвенные признаки грыжи межпозвоночных дисков выявлены в 3 случаях, 2 случая симптома «распорки» и 1 случай обызвествления заднего отдела грыжи. Диагноз грыжи межпозвоночных дисков подтвержден данными КТ или МРТ. Одним из проявлений дегенеративных изменений считаем возможным рассматривать спондилолиз, который был выявлен у 4 больных – зона патологической перестройки в межсуставном участке дужки, вероятно, обусловленная нагрузочным механизмом на поясничный отдел позвоночника. Выявлено 4 случая истинного спондилолистеза и 6 случаев псевдоспондилолистеза.

Анализ полученных материалов позволяет заключить, что дегенеративные изменения в различных отделах позвоночника различны, и связаны, прежде всего, с влиянием хронического перенапряжения на определенные элементы двигательного сегмента: в шейном отделе первично на унковертебральные сочленения, в грудном и поясничном отделе – на тела и межпозвоночные диски, что проявляется определенными рентгенологическими признаками.

УДК 618.4-089-08-616-036.8

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЗОПРОСТОЛА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Г.Н. Баймусанова, Б.Ж. Сатубалдинова, Г.М. Мысаева, А. Талгаткызы

Государственный медицинский университет города Семей  
 Кафедра акушерства и гинекологии №2

**Тұжырым**

**ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ПЕРЗЕНТХАНА МӘЛІМЕТІ БОЙЫНША БОСАНУ  
 ИНДУКЦИЯСЫ РЕТІНДЕ МИЗОПРОСТОЛДЫ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛІГІ**

Мерзіміне жеткен жүктілік кезінде босану жолдарын дайындау үшін мизопроустолды қынап арқылы енгізудің, нәтижесі мен қауіпсіздігі жүргізілді және ана мен балаға байланысты қауіпсіздігі. 94% жағдайында бұл препарат босану жолдарын дайындауда нәтижелі болып келді, бірақ ары қарай зерттеуді қажет етеді.



**Summary**

**THE EFFECTIVENESS OF MISOPROSTOL FOR LABOR INDUCTION  
 IN THESE CLINICAL MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL**

*This manuscript is about evaluation of the effectiveness and safety of intravaginal misoprostol for cervical preparation in full-term pregnancy when it is an indication for early delivery, also about efficacy and safety for both mother and fetus. In 94% of cases the misoprostol was effective for the preparation of the birth canal, but further research is needed to determine its optimal use in obstetric practice.*

В современном акушерстве ведение беременности при осложненном ее течении требует решения многочисленных задач, среди которых основной является своевременное и бережное родоразрешение.

Досрочное прерывание беременности предполагает наше вмешательство при разном сроке беременности, в том числе и на последней ее неделе до возникновения спонтанной родовой деятельности, с расчетом получения жизнеспособного ребенка. Особого внимания заслуживает выбор метода родоразрешения, а также тщательный контроль состояния матери и плода. Индукция родов целесообразна, когда риск от пролонгирования беременности превышает риск самой индукции.

При наличии показаний для досрочного родоразрешения путем индукции необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для проведения родов через естественные родовые пути, необходимо тщательно оценить состояние плода накануне индукции, получить согласие пациентки на проведение вмешательства и оценить состояние шейки матки. В настоящее время мы используем оценку состояния шейки матки по шкале Бишопа, в которой учитывается пять различных факторов: раскрытие, консистенция шейки матки, ее длина, расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза, расположение подлежащей части относительно седалищных остей.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке эффективности и безопасности интравагинального введения мизопростола для подготовки шейки матки в доношенном сроке при осложненном течении беременности, изучение его безопасности для матери и плода.

В 2010 году подготовка шейки матки проведена у 114 беременных в возрасте от 19 до 40 лет, не имеющих противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути и применению простагландинов. Первородных было 56 и повторнородящих - 58. Все беременные прошли полное клиническое обследование, степень зрелости шейки матки определяли по шкале Бишопа, которая колебалась от 1 до 6 баллов. Показаниями к родоразрешению служили акушерские осложнения, включающие перенашивание беременности – 67 случаев, преэклампсия – 36 случаев, задержку внутриутробного развития плода – 2 случая.

Мизопроустол вводили в задний свод влагалища по 25 мкг (1/8 таблетки) через каждые 4 часа 3 раза в день зависимости от скорости созревания шейки матки и особенностей появляющейся сократительной деятельности матки. Контрольная оценка зрелости шейки матки производилась в динамике при последующем введении препарата. Во время подготовки к родам проводили динамическое наблюдение за состоянием беременных, оценивали состояние плода и сократительную активность матки с помощью кардиотокографии.

Доза мизопростола колебалась от 25 до 200 мкг в зависимости от степени зрелости шейки матки. Замет-

ные структурные изменения шейки матки в среднем происходили в первые 6-12 часов от начала введения препарата, родовая деятельность развилась в среднем через 15 часов от начала введения мизопростола. Общая продолжительность родов у первородящих составила  $6,72 \pm 0,3$  часа, у повторнородящих –  $4,2 \pm 0,3$  часа. Роды через естественные родовые пути произошли у 97 беременных. Операция кесарева сечения была у 17 рожениц. Показаниями явились отсутствие эффекта от подготовки родовых путей у 7 женщин, угрожающее состояние плода – в 4 случаях, клинически узкий таз у 2 женщин, слабость родовой деятельности в сочетании с гипоксией плода у 2 женщин и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 1 женщины.

Самым частым осложнением явилось несвоевременное излитие околоплодных вод (46 случаев), послеродовое кровотечение в 6 случаях, быстрые роды в 3 случаях. Послеродовый период в 1 случае осложнился гематометрой. Оценка новорожденного по шкале Апгар колебалась от 6 до 10 баллов, но зависела от исходного состояния плода в связи с осложненным течением беременности.

Таким образом, несмотря на то, что мизопроустол представляется весьма эффективным, недорогим и удобным в использовании препаратом для родовозбуждения, еще не до конца определена оптимальная и безопасная дозировка данного препарата. В связи с экономическими и, возможно, клиническими преимуществами применения мизопростола, возникает насущная потребность в проведении дальнейших исследований для определения его оптимального применения в акушерской практике.

**Литература:**

1. Кэмпбелл С. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. /Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. - 17-е изд. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 464 с.
2. Нисвандер К. Акушерство. Справочник Калифорнского университета. Под ред. К. Нисвандера и А. Эванса. Пер. с англ. - М., Практика, 1999. - 704 с.
3. Айламязян Э.К. Акушерство: национальное руководство /под ред. Э.К. Айламязяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с.
4. Савельева Г.М. Акушерство: учебник Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Б. Панина, М.А. Курцер– М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008 - 656 с.
5. Энкин Мэррей. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. / Мэррей Энкин, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон, Каролайн Краутер и др. / Пер с англ. под ред. А.В. Михайлова, Санкт-Петербург: Издательство «Петрополис», 2003. - 480 с.



УДК 616.12-009.7-07:616-005

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ КАРДИАЛГИИ ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Г.Г. Галламов, Д.О. Карибаева, Г.Б. Умутбаева, Д.И. Купеншеева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы  
Кафедра постдипломной подготовки по терапии

### РЕЗЮМЕ

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) преимущественно проявляется жалобами со стороны сердечно-сосудистой системы в результате нарушения нервной регуляции, ведущей из жалоб является кардиалгия. Провели исследование пациентов с подозрением на НЦД и точно установленным диагнозом НЦД, предъявляющих кардиальные жалобы и без органической патологии сердца. Рассматривались оттенки, интенсивность, продолжительность, локализация, характер и условия возникновения болевых ощущений, нарушения ритма сердечной деятельности, лабораторные и различные инструментальные данные, заключения узких специалистов. В ходе исследования были выделены заболевания, которые протекают под маской НЦД, особенности кардиалгии и признаки, абсолютно исключающие диагноз НЦД.

**Ключевые слова:** нейроциркуляторная дистония, кардиалгия, нарушения ритма

### Тұжырым

#### ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕДЕ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРЛЫҚ ДИСТОНИЯ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРЕК АЙМАҒЫ АУРУЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Нейроциркуляторлы дистония көбінесе жүрек – қантамыр жүйесі жағынан шағымдармен кездеседі, себебі, жүйке реттелуінің бұзылысынан, негізгі шағымы кардиалгия болады. Зерттеу НЦД диагнозы расталған және болжамдалған, кардиалдық ауыру сезімге шағымданған, жүректің органикалық бұзылуы жоқ науқастар арасында жүргізілді. Ауыру сезімнің белгілері, интенсивтілігі, ұзақтығы, орны және пайда болу жағдайы, жүректің ырғағының бұзылысы, лабораторлы және әртүрлі инструментальды мәліметтерді, қосымша мамандар қорытындылары қарастырылды. Зерттеу барысында НЦД белгілерімен өтетін аурулар, НЦД диагнозын толығымен жоққа шығаратын кардиалгия ерекшеліктері анықталды.

**Түйінді сөздер:** нейроциркуляторлы дистония, кардиалгия, ырғақ бұзылысы.

### Summary

#### OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS OF CARDIALGIA AT NEUROCIRCULATORY DYSTONY IN PRACTICE OF THE FAMILY DOCTOR

Neurocirculatory dystony (NCD) is manifested primarily by complaints of the cardiovascular system as a result of disorders of the nervous regulation of the leading complaint is cardialgia. We examined patients with suspected NCD and accurately diagnosed NCD, presenting cardiac complaints without organic heart disease. Considered shades, intensity, duration, location, nature and conditions of pain, disturbances of cardiac rhythm, laboratory, and various instrumental data, the conclusions of specialists. The research identified the diseases that occur under the guise of NCD, especially cardialgia and features absolutely exclude the diagnosis of NCD.

**Key words:** neurocirculatory dystony, cardialgia, disturbances of cardiac rhythm

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) – это состояние, которое в настоящее время часть авторов воспринимает как заболевание с конкретным диагнозом [1], а часть авторов как синдром, имеющий различные проявления со стороны многих систем (сердечно-сосудистая (ССС), дыхательная, желудочно-кишечная, опорно-двигательная системы) [3]. При этом преимущественно проявления со стороны сердечно-сосудистой системы в результате нарушения нервной регуляции [1].

НЦД имеет высокий удельный вес среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц молодого и среднего возраста. Этим заболеванием страдает от 32 до 50% населения трудоспособного возраста, в основном женщины молодого возраста [1].

Это заболевание, в основе которого лежит низкая адаптация к стрессовым ситуациям, генетически детерминированная, с множественными расстройствами гомеостаза и нарушениями деятельности многих органов и систем [2][4].

80% больных обращаются за помощью к врачам общей практики [4].

При НЦД наблюдаются разнообразные жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы, ведущей из которых является кардиалгия. В общей врачебной практике довольно часто возникает вопрос дифференцировки кардиалгии при НЦД и при других патологиях СССР.

**Цель исследования:** выделение особенностей кардиалгии при НЦД и признаков исключающих органическую патологию сердца, а также определение нозологий, которые протекают под маской НЦД.

**Материал и методы исследования:** Нами было обследовано в течение 12 месяцев в динамике 50 пациентов в возрасте от 22 до 40 лет, из которых 30 женщин и 20 мужчин, с подозрением на НЦД и точно установленным диагнозом НЦД, предъявляющих кардиальные жалобы и без органической патологии сердца.

В план обследования каждого пациента входило: объективное исследование пациентов, ЭКГ и дифференциально-диагностические ЭКГ-пробы (проба с гипервентиляцией, ортостатическая проба, проба с β-адреноблокаторами), эхокардиография, консультации



оториноларинголога, психотерапевта, невропатолога, терапевта, гинеколога, эндокринолога.

**Результаты:** Помимо кардиальных жалоб пациенты предъявляли также в 96% – жалобы на слабость и быструю утомляемость, в 92% – невротические расстройства, в 84% - головную боль, в 75% – похолодание рук и ног, в 54 % - тремор и дрожь.

У пациентов оттенки болевых ощущений при кардиальных жалобах имели различную характеристику: ноющая, режущая, щемящая, сжимающая, жгучая, стесняющая, колющая, ломящая, грызущая, давящая, саднящая, горячая, чувство присутствия инородного тела.

Различная интенсивность боли в области сердца: от несильных, но «назойливых», до «мучительных», невыносимых, лишаящих сна и отдыха (по мнению больных, сон нарушен из-за ощущения постоянной интенсивной боли). Причем, чем сильнее характер боли, тем боль менее продолжительна.

Очень важным признаком боли является локализация болей. В 2/3 случаях преобладала прекардиальная или верхушечная локализация болей, чуть ниже левой подключичной области или парастернально, или даже за грудиной. 1/3 больных ощущали боли преимущественно в задней проекции сердца - под левой лопаткой или в межлопаточной области. Часто сопровождается мигрирующей болью.

Продолжительность болей также была разнообразна. У 20 (40%) пациентов, боль продолжалась до нескольких часов. У 16 (32%) пациентов боль характеризовалась как постоянная, не прекращающаяся ни днем, ни ночью, до нескольких дней. У 12 (24%) пациентов боль была до нескольких секунд. И у 2 (4%) пациентов боль существовала постоянно.

Характер появления болей у 36 (72%) пациентов имел внезапный, пароксизмальный характер, у 14 (28%) пациентов постепенно-нарастающую боль.

У пациентов наблюдался своеобразный ритмический рисунок боли: исчезновение или значительное уменьшение кардиалгии при отвлечении внимания больного и возобновление боли в области сердца при возвращении больного в обычную, привычную повседневность или когда больной остается наедине с самим собой и начинает вновь детально анализировать свои ощущения в области сердца.

Условия возникновения кардиалгий: у 20 (40%) пациентов боль появлялась после физического переутомления от привычной работы, у 14 (28%) пациентов – при умственном переутомлении, у 10 (20%) пациентов – при форсированном дыхании и волнении и у 6 (12%) пациентов боль возникала при изменении метеоусловий. Очень важно, что боль возникает не во время, а после физического напряжения или длительной ходьбы, и усиливаются после прекращения физической нагрузки.

Также наблюдались нарушения ритма у 24 (48%) пациентов в виде лабильности пульса, у 18 (36%) пациентов – тахикардия 81-90 уд/мин., у 6 (12%) – тахикардия более 90 уд/мин., и у 2 (4%) пациентов наблюдалась брадикардия.

При лабораторном исследовании в общем анализе крови и мочи существенных изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови значительно повышает-

ся уровень молочной кислоты в периферической крови.

На ЭКГ у 24 (48%) пациентов выявлялась синусовая тахикардия, у 14 (28%) пациентов – отрицательный зубец Т в двух и более отведениях, у 8 (16%) пациентов – функциональная экстрасистолия.

При ЭКГ-пробе с гипервентиляцией положительная проба при НЦД встречается в 75% случаях, тогда как при ИБС лишь в 6% случаев. Положительная ортостатическая ЭКГ-проба отмечается при НЦД в 52% случаев, при ИБС – лишь у 11% пациентов. Положительная ЭКГ-проба с β-адреноблокаторами отмечается у 48,5% пациентов с НЦД и лишь в 11,6 случаев при ИБС [2].

На ЭхоКГ изменений не выявлено.

При консультации оториноларинголог отметил, что 20 (40%) больных имеют хронические тонзиллиты и/или синуситы. Психотерапевт обнаружил у 12 (24%) пациентов ипохондрическую настроенность и стремление к причудливости в описании болезни. Невропатолог отметил, что 24 (48%) пациентов жалуются на различные невралгии и миалгии. Гинеколог отметил, что 9 женщин (30% от общего количества женщин) страдают дисменореей, предменструальным синдромом, альгодисменореей, у 2 женщин (6,7% от общего количества женщин) частое и болезненное мочеиспускание после острой пищи.

#### **Выводы:**

1. НЦД является достаточно частой причиной обращения к врачу общей практики лиц трудоспособного возраста.

2. При этом данное состояние в преобладающем большинстве является маской различных заболеваний, преимущественно в сочетанном виде, с обилием разноплановых жалоб, что затрудняет рациональное обследование.

3. Особенности кардиалгии при нейроциркуляторной дистонии являются: различная интенсивность и характер боли

4. Признаками, абсолютно исключаящими диагноз НЦД, являются:

- увеличение размеров сердца при ЭхоКГ;
- признаки недостаточности кровообращения;
- появление органического систолического, диастолического шумов;
- появление постоянной формы мерцательной аритмии, а также ЭКГ-признаков выраженных органических изменений в миокарде или несомненных признаков ишемии миокарда

#### **Литература:**

1. Маколкин В.И., С.А. Аббакумов, А.А. Сапожникова Нейроциркуляторная дистония. (Клиника, диагностика, лечение) Москва, «Медицина», 1995г.;
2. Окорочков А.Н. «Диагностика болезней внутренних органов» Том 6. Диагностика болезней сердца и сосудов», Москва, «Медицинская литература», 2003г.;
3. Ионеску В. Сердечно-сосудистые расстройства на грани между нормой и патологией / В. Ионеску. Бухарест. 1973г.;
4. Окорочков А.Н., Базеко Н.П. «Нейроциркуляторная дистония» Москва, Медицинская литература, 2004г.



УДК:614.2+31+374.33.001.8

## НАЦИОНАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МОЛОДЕЖИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА И ОПЫТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

<sup>1</sup>Н.Е. Глушкова, <sup>2</sup>Е.Т. Масалимов

Государственный Медицинский Университет города Семей<sup>1</sup>,  
Докторант Ph.D.

Областное управление здравоохранения ВКО<sup>2</sup>

### Тұжырым

#### ЖАСТАРДЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ТҮРДЕ ҚОЛДАУДЫҢ ҰЛТТЫҚ ҮЛГІЛЕРІ: ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРІБЕ МЕН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ТӘЖІРІБЕСІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

Қазақстан Республикасы, Австралия және АҚШ мысалында жастарды медициналық-әлеуметтік түрде қолдаудың ұлттық үлгілерінің салыстырмалы талдауы жасалған. Ол талдауға қолданыстағы заң бойынша жастарға медициналық-әлеуметтік қызмет көрсететін ұйымдардың қызметтерінің бағасы да кірген.

### Summary

#### NATIONAL MODELS MEDICAL-SOCIAL SUPPORT OF YOUNG ADULTS: COMPARATIVE ANALYSIS OF INTERNATIONAL EXPERIENCE AND EXPERIENCE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The comparative analysis of national patterns of medical and social support for young people by the example of the Republic of Kazakhstan, Australia and the United States, with an estimate of the organizations-service providers, allow medical-social services for young people under the law was conducted.

**Введение.** В 2010 году, провозглашенном Международным годом молодежи, число молодых людей (10-24 лет) в мире достигло 1 миллиарда 822 миллионов человек, что составляет четверть населения всего мира, представляя, таким образом, колоссальный общественный ресурс определяющий будущее социальной сферы, экономики и здравоохранения [9,18]. Ежегодные отчёты ВОЗ по уровням заболеваемости, смертности, и в особенности распространения поведенческого риска и ВИЧ-инфекции среди молодых людей, свидетельствуют о наличии тенденций к ухудшению медико-социального положения данной когорты населения [6,18].

В настоящее время молодежь в Казахстане составляет 29% населения, доля сельской молодежи составляет 44% от общей численности молодежи [2,7]. В условиях трансформации казахстанского общества, а также дальнейшего стратегического развития страны государственная молодежная политика приобретает большое значение, в контексте формирования конкурентоспособного и следовательно, здорового молодого человека [5,7].

Анализ рассматриваемых моделей, сквозь призму республиканской практики формирования и реализации последней, поможет уточнить и конкретизировать необходимые моменты собственно казахстанской модели медико-социальной поддержки молодежи.

**Цель исследования:** Провести сравнительный анализ национальных моделей медико-социальной поддержки молодых людей на примере Республики Казахстан, Австралии и США, с оценкой деятельности организаций-провайдеров, предоставляющих медико-социальные услуги для молодежи, согласно действующего законодательства.

**Материал и методы:** Для достижения поставленных целей, проведен анализ нормативно-правовой базы, регламентирующей медико-социальную поддержку молодых людей Республики Казахстан, Австралии и США по данным на 2010-2011 годы и системный поиск организаций, участвующих в медико-социальной поддержке лиц молодого возраста, с оценкой их деятельности. Критериями включения в

системный поиск были – директория деятельности «Молодежь», характер деятельности – медицинская, социальная, психологическая помощь.

Поиск осуществлялся в базе данных PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)), при помощи научной поисковой системы Google Scholar, глубина поиска 5 лет и по данным электронных правительств изучаемых стран.

Тенденции эффективности, действующих систем (нормативно-правовая регуляция и молодежные организации) были проанализированы по трем индикаторам, указанным в Мировой Статистике Здравоохранения 2010 года: коэффициент подростковой фертильности; доля мужчин в возрасте от 15-24 лет, имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе %; доля женщин в возрасте от 15-24 лет, имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе % [6]. Данные индикаторы были выбраны с одной стороны из-за универсальности применения ко всем изучаемым странам, учитывая наличие в независимых отчетах (ВОЗ) [6,18] и с другой как наиболее информативные, характеризующие репродуктивность и поведения риска, как наиболее актуальные здоровьеопределяющие характеристики здоровья молодого человека.

**Результаты и обсуждение:** На сегодняшний день в исследуемых странах действуют нормативно-правовые акты, согласованные с рекомендациями ВОЗ, Всеобщей декларацией по правам человека, Конвенцией о правах ребенка, Международном пакте об экономических, социальных, культурных правах и адаптированные под национальные модели здравоохранения [9].

Основным нормативным правовым документом, регулирующим сферу отношений государства и молодежи в РК, является Закон «О государственной молодежной политике» №581 от 7 июля 2004 года, в котором определены его цели, задачи, направления, а также механизмы государственной поддержки молодежи, ее социальные и политические права. Сферу государственной молодежной политики в той или иной степени регулируют различные государственные и отраслевые программы. В целом ряд нормативно-



правовых документов Министерства Здравоохранения регулирует охрану здоровья молодежи [2,7,1,8.]. Ряд тенденций улучшения качества жизни и здоровья молодежи затрагиваются в Государственной Программе развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы: одним из основных индикаторов эффективности Программы, обозначено удержание распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15-49 лет в пределах 0,2-0,6%; в ряде основных задач заложенных в реализацию обозначено развитие и совершенствование системы психосоциальной поддержки в преодолении личностных и социальных проблем молодежи[1].

Среди медицинских провайдеров в РК основную работу выполняют студенческие поликлиники [4], медицинские пункты ВУЗов. Также в последнее время стали создаваться инновационные по своей структуре клиники в ассоциации с международной организацией ЮНИСЕФ - «Клиники дружественные к молодежи». На сегодняшний день инициатива создания таких учреждений активно поддерживается правительством и местными исполнительными органами. Деятельность в них основана на принципе трех "Д": Доступность, Добровольность, Доброжелательность.

Среди организаций, в которых молодые люди могут рассчитывать на правовые и психологические консультации, анонимное консультирование по вопросам употребления наркотиков, сексуального здоровья, отмечены Союз сельской молодежи, Общественный фонд «Адал-Көмек», Альянс студентов Казахстана, корпоративный фонд «Будущее без наркотиков», Государственный Фонд развития молодежной политики и др.. Участие в пропаганде Здорового Образа Жизни и поддержке прав молодежи принимает государственная молодежная организация Жас Отан. Помощь такого рода организаций во всех направлениях является бесплатной и широко поддерживаемой как правительством, так и различными общественными объединениями. В целом по республике можно отметить преимущественно государственное регулирование молодежной политики в области здравоохранения с достаточно низкой долей неправительственных организаций.

В Австралии и Соединенных Штатах система нормативно-правового регулирования, регламентирующая охрану здоровья и социального благополучия молодежи имеет свою специфику в отличие от Казахстанской системы. Так как обеспечение непосредственно медицинской помощью в этих странах происходит на базе программ государственного и частного медицинского страхования. Вследствие чего, многие медико-социальные риски для молодежи все еще остаются вне программ правительства и остаются на попечение только международных конвенций по защите человеческих прав.

На 2010 год в Австралии действуют «Закон о правовой помощи», основанный на Законе о Правах Человека и базирующаяся на Законе о Системе Здравоохранения Национальная Система медицинского страхования MediCare. Программу частного страхования обеспечивает фонд Medibank Private[10]. Нормативно-правовое регулирование вопросов здоровья молодежи и социальной поддержки обеспечивается косвенно через общие акты. Среди государственных организа-

ций обеспечивающих бесплатную медицинскую, социальную и психологическую помощь для молодежи (без участия системы MediCare) Союз Молодежного Здравоохранения, Организация планирования семьи и Сексуального Здоровья, Центр Сексуального Здоровья Канберра, Первое Здоровье, Австралийская Общественная Медицинская Помощь, Консульство Гепатита С [17]. Внедряется к реализации Государственная программа Закон о Молодежи: Планы на 2009-2014 годы в рамках Национальной Политики, ставящая перед собой, задачи формирования здорового поколения молодежи и в здоровой нации в будущем [11].

В США в 2010 году проведена реформа Системы здравоохранения [12,15]. На сегодняшний день, благодаря изменениям в системе, регламентирующие действия обеспечиваются двумя основными нормативно-правовыми актами: специальный раздел Public Health Service Act 2714 посвященный молодежи и в дополнение к нему раздел 1001 Act The Affordable Care Act [14,16]. Основные инновации в том, что с 26 сентября 2010 года лица до 26 лет могут оставаться в плане страхования родителей (Medicare/Medicaid) или добавляться к нему [14,16]. Это ориентировано на охват выпускников ВУЗов и колледжей, так как многие из студентов остаются вне частных программ студенческого страхования. Непосредственно студенческое медицинское страхование регламентирует одноименный Закон, действующий с 11 февраля 2011 года 9981P [13]. Под его действие попадают около 3 миллионов студентов по всей стране. Среди молодежных организаций широкое распространение получили спортивные организации, организации Молодежной политики и различные проектные Учреждения [3], поддерживаемые Департаментом Здравоохранения и Социальных служб США (HHS). Так в штате Нью-Йорк действует, поддерживаемая местным правительством программа медицинского страхования для лиц до 19 лет. Работают Общинные Центры Здравоохранения: американских индейцев, коренных жителей Аляски. Функционируют общественные клиники, обеспечивающие медицинской и психологической поддержкой молодых людей и их родителей. В городе Сизл штат Вашингтон действует крупная некоммерческая организация Seattle Children's Hospital Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology оказывающая медицинскую помощь молодым людям со всеми формами рака.

Несмотря на широко развитые коммерческие и бесплатные сервисы в США и Австралии, развитую молодежную политику в РК и систему оказания бесплатной медицинской помощи, индикаторы Мировой статистики здравоохранения 2010 года, опубликованные ВОЗ, касающиеся непосредственно молодежи остаются на неудовлетворительном уровне. Так, например, официальный показатель "коэффициент фертильности среди подростков" (количество детей, рожденных на 1000 женщин в возрасте от 15 до 19 лет) самый высокий среди исследуемых стран и, кстати, самый высокий среди всех развитых стран в США - 41. В Казахстане дело обстоит несколько лучше, хотя коэффициент - 27 считается высоким по сравнению с благополучными по данному показателю странами (Германия 7.7, Франция 7, Италия 5). Австралия показывает результат по данным 2010 года в 2,5 раза меньший, чем США, но все еще неблагоприятный по



интерпретации – 15 [18]. Этот показатель зависит от уровня развития медицины, экономики, от возраста вступления в брак, от традиций и культурных особенностей данного региона и от специфических особенностей законодательства страны.

Во всех изучаемых государствах активно реализуются программы по противодействию распространению

ВИЧ. Сравнительный анализ показывает (таб.1), что, не смотря на значительное финансирование и участие международных организаций в данных программах, индикаторы по странам все еще остаются на недопустимо низком уровне.

**Таблица 1. - Сравнительный анализ индикаторов по противодействию распространению ВИЧ-инфекции 2010 год (ВОЗ)**

№	Индикатор	Республика Казахстан	Австралия	США
1.	Доля мужчин в возрасте от 15 до 24 лет имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе (%)	0	0	0
2.	Доля женщин в возрасте от 15 до 24 лет имеющих полное и правильное представление о ВИЧ/СПИДе (%)	22	0	0

В целом данные индикаторы говорят не просто о несовершенстве действующих моделей охраны здоровья молодых людей, а о наличии глобальной проблемы – отсутствии подтвержденной эффективности и скоординированности работы правительств и организаций-провайдеров.

**Вывод:** Резюмируя все вышеизложенное, можно заключить, что в США реализуется неконсервативная модель молодежной политики [3], предоставляющая государственную помощь наименее защищенным категориям молодежи при жесткой регламентации порядка расходования средств и категорий получаемой помощи. Этим американская модель в сходна с австралийской, которая, однако, четко дифференцирует государственное и частное страхование молодежи (MediCare и Medibank Private) в рамках общего страхования.

В целом обе модели принципиально отличаются от казахстанской долей неправительственного участия, что с одной стороны характеризует казахстанскую, как модель с более выраженным авторитарным контролем за состоянием здоровья молодежи, а с другой признанная нерентабельность исключительно государственного обеспечения и отсутствующие механизмы саморегуляции профилактической помощи, требуют коррекции, что сейчас реализуется в активно организуемых клиниках дружественных к молодежи.

Независимо от модели общественного здравоохранения, широкой распространенности медицинских организаций и социальных служб, участия общественных объединений, здоровье, социальная и психологическая поддержка молодежи все еще остро нуждается в глобальном изучении.

**Литература:**

1. Государственная Программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы;
2. Закон Республики Казахстан от 7 июля 2004 года N 581 «О государственной молодежной политике в Республике Казахстан»;
3. Зеленин А.А. / Национальная модель реализации молодежной политики в Соединенных Штатах Америки //«Вестник Кемеровского государственного университета», 4(40), Кемерово 2009 - С. 67-71;

4. Кошкимбаева Г.Д., Зимица Е.А., Сырцова Е.Н., Бакашева М.К. /Опыт работы молодежного центра в информировании молодежи по вопросам репродуктивного здоровья/Ежеквартальный научно-практический журнал «Репродуктивная медицина» / 3-4(8-9) 2011;
5. Мамираимов Т.К., Байдаров Е.У. / Государственная молодежная политика Республики Казахстан в условиях трансформации общества // URL: <http://www.sarap.kz/rus/view.php?id=416>;
6. Мировая статистика здравоохранения ВОЗ 2010, с.29, 33, 34;
7. Программа Правительства РК от 17.02.2001 N 249 "Молодежь Казахстана";
8. Постановление Правительства от 21.11.2001 N 1500 "О концепции по нравственно-половому воспитанию в Республике Казахстан";
9. Шестидесят четвертая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения WHA64.28/ Пункт 13.16 повестки дня 24 мая 2011 г. Молодежь и риски для здоровья;
10. Australian Government, Office for Youth, State of Australia's Young People: A Report on the social, economic, health and family lives of young people, Report for Office for Youth, DEEWR, Social Policy Research Centre, University of New South Wales, 2009;
11. ACT Young People's Plan 2009–2014, p.31;
12. Filson C.P. Health care reform in 2010: transforming the delivery system to improve quality of care, World J Urol. 2011 Feb; 29(1): p. 85-90;
13. Federal Register / Vol. 76, No. 29 / Friday, February 11, 2011 / Proposed Rules;
14. Guidance: October 13, 2010 Q&A: Enrollment of Children Under the New Policy That Prohibits Pre-Existing Condition Exclusions;
15. Jarvis, Jan. "Under Fire. Blue Cross Blue Shield of Texas Offers to Cover Medical Expenses for Crowley Baby," March 31, 2010 Houston Star-Telegram;
16. Regulations: May 13, 2010 OЦИО-4150-IFC: Group Health Plans and Health Insurance Issuers Relating to Dependent Coverage of Children;
17. Scope a YWCA Youth Service. A free confidential youth service for young people aged 12-25, Australia, Canberra 2010, p.2;
18. World population prospects, rev. 2008. United Nations Statistics Division, 2009.



УДК616.12-008.331.1-08

## ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

С. Губашева

ГККП «Актауская городская поликлиника №2, г. Актау  
Врач-терапевт

### Резюме

В статье приведены немедикаментозные методы и принципы лекарственной терапии больных с артериальной гипертонией в условиях поликлиники

### Тұжырым

#### ЕМХАНА ЖАҒДАЙЫНДА АРТЕРИАЛДІ ГИПЕРТОНИЯМЕН НАУҚАСТЫ ЕМДЕУ ПРИНЦИПТЕРІ

Мақалада емхана жағдайында артериальді гипертониямен науқасты дәрісіз әдістермен және дәрілік терапия принциптерімен емдеу келтірілген.

### Summary

#### PRINCIPLES OF TREATING PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN POLYCLINIC ENVIRONMENT

The article outlines drug-free modalities as well as principles of drug therapy of patients with arterial hypertension in polyclinic environment.

Артериальная гипертония (АГ) является одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний, служит основным фактором риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. АГ страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность увеличивается и достигает 50-65% у лиц старше 65 лет [1,2]. К факторам риска развития АГ относятся наследственность, сахарный диабет у больного или его родителей, заболевание почек, ожирение, стресс, курение, гиподинамия и др.

Целью лечения больных с АГ является: максимальное снижение общего риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности путем нормализации АД (артериального давления), защиты органов мишеней и устранение факторов риска. При этом желательно поддерживать АД на уровне 130/85 мм.рт.ст. у лиц молодого и среднего возраста, а также у больных сахарным диабетом, и 140/90 мм.рт.ст. – у лиц пожилого возраста.

Лечение больных с АГ в амбулаторных условиях должно проводиться с учетом возраста больного, сопутствующих заболеваний, наличия метаболических нарушений. При этом следует придерживаться общепринятых принципов лекарственной терапии АГ: назначение минимальных дозировок препаратов в начале терапии (с целью уменьшения побочных эффектов), использование предпочтительных сочетаний препаратов для усиления гипотензивного эффекта с минимумом побочного действия, смена одного гипотензивного средства на препарат другого класса в случаях низкого эффекта, использование препаратов длительного действия, обеспечивающих суточный контроль при однократном приеме, осуществление постоянного и регулярного лечения.

Все терапевтические методы лечения АГ делятся на немедикаментозные и медикаментозные.

На начальных стадиях развития АГ рекомендуем больным немедикаментозные методы, которые включают: лечебное питание, а именно ограничение поваренной соли до 5-6 г/сутки, уменьшение в диете жиров и углеводов, отказ от переизбытка, сохранение идеальной массы тела; прекращение употребления алкоголя и отказ от курения и систематические физические тренировки (ходьба пешком, плавание в течении 30-40 минут 3-4 раза в неделю).

Основным показанием для медикаментозной терапии является принадлежность больного к определенной группе риска. При этом в группах низкого и среднего риска

началу лекарственной терапии предшествует оценка эффективности немедикаментозного лечения АГ. Продолжительность немедикаментозной терапии в группе среднего риска составляет 6 месяцев, в группе низкого риска – 12 месяцев. Если в течение этого срока АД остается ниже 140/90 мм.рт.ст., то наблюдение за больным продолжается. В случае отсутствия снижения АД ниже этих величин назначаем медикаментозную терапию. В группах высокого и очень высокого риска лекарственную терапию начинаем немедленно.

При неосложненной АГ начинать лечение надо с бета-адреноблокаторов и диуретиков, для которых доказана способность снижать частоту сердечно-сосудистых заболеваний и летальность [2]. У части больных назначение одного препарата является неэффективным, поэтому возникает необходимость в комбинированной терапии.

Для более эффективной профилактики осложнений, особенно у лиц при осложненной форме АГ и у пожилых пациентов, рекомендуется к антигипертензивной терапии доавлять малые дозы ацетилсалициловой кислоты 75-125 мг ежедневно, при непереносимости – проводить альтернативную антиагрегантную терапию дипиридамолом, тиклопидином или клопидогрелем.

Рекомендации по здоровому образу жизни (прекращение курения, снижение веса, комплексная модификация диеты, ограничение потребления соли) необходимо соблюдать независимо от назначения того или иного препарата. Кроме того, очень важно достичь полного взаимопонимания врача с пациентом в вопросах лечения.

Таким образом, своевременное и адекватное лечение больных с АГ может осуществляться различными группами препаратов, оно позволяет улучшить качество жизни пациентов и снизить риск не только мозговых, но и сердечных осложнений, а также смертность и инвалидизацию у этой категории больных.

### Литература:

1. Карпов Ю.А. Лечение артериальной гипертонии: выбор первого препарата // Рус.Мед. журнал.- 2001.-№9 (10). – С. 396-401.
2. Кушаковский М.С. гипертензивная болезнь. -4-е изд.- Санкт-Петербург: «Сотис». -1995.-311с.
3. Терещенко С.Н. Бета-адреноблокаторы: возможности расширения показаний к применению //Consilium medicum.-2005.- №7 (5). –С. 392-399.



УДК616-036.86-053.2

## КРАТКИЙ ОБЗОР ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ЗА 2009 ГОД ПО ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Елисинова

Государственный медицинский университет города Семей  
 Докторант PhD

### Тұжырым

#### ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША 2009 ЖЫЛҒЫ БАЛАЛЫҚ МҮГЕДЕКТІЛІККЕ ҚЫСҚАША ШОЛУ

Шығыс-Қазақстан облысында 2009 жылы мүмкіншіліктері шектеулі балалардың саны 11 489 бала (2008 ж. – 11128 бала), олардың ішінде мектеп жасына дейінгі балалар – 2341 (2008 ж. – 1557), оқушылар – 9148 (2008 ж. – 8921), барлық категориядағы мүгедек-балалардың саны 4490 (2008 ж. – 4393) құрады.

### Summary

#### THE SHORT REVIEW OF CHILDREN'S PHYSICAL INABILITY FOR 2009 ON THE EAST KAZAKHSTAN AREA

In the East Kazakhstan area level of number of children with the limited possibilities in 2009 year makes 11 489 children (2008 year – 11128 children), from them preschool children – 2341 (2008 year – 1557), schoolboys – 9148 (2008 year – 8921), children-invalids of all categories is 4490 (2008 year – 4393).

Актуальность: В Казахстане на 1 мая текущего года численность детей-инвалидов составляет 56 839 человек, в том числе в возрасте до 16 лет – 48 049 человек (или 1,1% от общей численности детей указанного возраста).

Социальная защита и медико-педагогическая коррекционная поддержка детей-инвалидов осуществляются в соответствии с законами РК «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», «О специальных социальных услугах» и Законом РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан».

В соответствии с законами РК «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан»,

«О специальном государственном пособии в Республике Казахстан», детям-инвалидам ежемесячно выплачивается государственное социальное пособие по инвалидности и специальное государственное пособие взамен льгот, размер которых составляет: детям-инвалидам до 16 лет – 17 684 тенге; детям-инвалидам первой группы – 24 321 тенге; детям-инвалидам второй группы – 20 247 тенге; детям-инвалидам третьей группы – 15 103 тенге.

Одной из важных мер стало введение с 2010 года ежемесячного пособия лицу, воспитывающему ребенка-инвалида, в размере минимальной заработной платы. Особенно актуальным получение этих выплат стало для родителей, вынужденных оставить работу и заниматься уходом за ребенком-инвалидом. [1]

Таблица №1 - Численность проживающих в домах-интернатах для инвалидов-детей [2].

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Республика Казахстан	5950	2988	5379	3357	3506	2862	2747
Восточно-Казахстанская	220	109	209	107	324	292	282

Таблица №2 - Число домов-интернатов для инвалидов-детей [2].

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Республика Казахстан	36	18	28	20	22	22	22
Восточно-Казахстанская	2	1	2	1	2	2	2

**Цель исследования:** Дать краткий обзор детской инвалидности за 2009 год по ВКО.

**Результаты исследования и обсуждение:** В Восточно-Казахстанской области уровень численности детей с ограниченными возможностями в 2009 году составляет 11 489 детей (2008г. – 11128 детей), из них дошкольников – 2341 (2008г. – 1557), школьников – 9148 (2008г. – 8921), детей-инвалидов всех категорий насчитывается 4490 (2008г. – 4393). В области выявляемость детей данной категории составляет 3,1% (по республике – 3,2%).

В структуре инвалидности преобладают болезни нервной системы, на втором месте – врожденные пороки развития, на третьем – психические расстройства. Кроме того, инвалидизации более подвержены дети, страдающие заболеваниями глаз, уха, органов дыхания, а также заболеваниями эндокринной, мочеполовой и кровяной системы.

С детьми данной категории работают как государственные учреждения здравоохранения (реабилитационные центры, семейно-врачебные амбулатории, больницы), организации образования (кабинеты коррекции, специальные коррекционные школы, интернаты, детские сады), так и неправительственные организации.

Всего по области функционируют 7 психолого-медико-педагогических консультаций (далее – ПМПК) в том числе 1 областная консультация. Работают 11 кабинетов психолого-педагогической коррекции при потребности в 19 кабинетах, действует сеть коррекционных организаций 14 школ, 2 школы-интерната для детей с вариантным поведением. Также помощь дошкольникам с ограниченными возможностями оказывается в 18 отделениях социальной помощи. Эти отделения, не занимаясь образовательной деятельностью, оказывают социально-бытовые, социально-медицинские, психолого-педагогические, социально-правовые услуги детям с



ограниченными возможностями, нуждающимися в постоянной помощи.

В течение года учреждениями первично-медико-санитарной помощи в ПМПК направлено 746 детей раннего возраста, из них обследовано 639 детей, в том числе с нарушением слуха - 11, нарушениями зрения - 45, с дефектами речи - 142, с нарушением осанки - 109, с нервно-психическими отклонениями - 245, с неврологическими и другими нарушениями - 87 детей.

В 2009 году психолого-медико-педагогическими консультациями для социальной поддержки и оформления инвалидности направлены - 2485 детей, для оформления пособия по воспитанию и обучению на дому - 934, для социального обслуживания инвалидов на дому - 1024, для социального обслуживания в доме-инвалидов -19, для обеспечения вспомогательными

средствами (слух. аппараты, ортезы, протезы, коляски и т.д.) - 1682. На основании заключения ПМПК ребенок может обратиться за средствами социальной защиты.

Социальными территориальными центрами охвачено 1751 ребенок-инвалид, из них обслуживаются на дому - 1219, группы дневного пребывания посещают - 111 детей. [3]

#### Литература:

1. Ахметов С.А. Равные возможности во всем. Государство проводит целенаправленную политику по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. «Казахстанская правда», 01.06.2011 г.

2. Сайт Агентства РК по статистике [www.stat.kz](http://www.stat.kz).

3. Положение детей в Восточно-Казахстанской области в 2009 году.

УДК612.63.028:316

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ РОДИЛЬНИЦ ГОРОДА СЕМЕЙ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К ФАКТУ ОТКАЗА ОТ РЕБЕНКА

Н.М. Елисинова

Государственный медицинский университет города Семей  
Докторант PhD

### Тұжырым

### СЕМЕЙ Қ. БОСАҒАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК ПОРТРЕТІ МЕН БАЛАДАН БАС ТАРТУ ФАКТІНЕ КӨЗ-ҚАРАСЫ

Мақалада Семей қ. босаған әйелдердің әлеуметтік сипаты мен олардың баладан бас тарту фактіне көз-қарасы жайлы мағлұмат берілген.

### Summary

### THE SOCIAL PORTRAIT OF SEMEY PARTURIENTS AND THEIR OPINIONS TO THE FACTS OF CHILD ABANDONMENT

This paper describes the social portrait of Semei parturients and their opinions to the facts of child abandonment.

По данным ЮНИСЕФ, во всем мире примерно 143 - 210 млн. сирот, это около 48-70% населения Соединенных Штатов Америки [1]. Проблематика отказа от детей является чрезвычайно актуальной для учреждений здравоохранения, поскольку матери чаще всего отказываются от своих родительских прав прямо в родильном доме или в больнице. Матери, не желающие проходить через процедуру юридического отказа, предпочитают бесследно исчезать из родильного дома, и ребенок в этом случае оформляется органами опеки как подкинутый новорожденный неизвестным лицом [2].

**Цель исследования:** изучить социальный портрет родильниц г. Семей и их отношение к факту отказа от ребенка.

**Материалы и методы исследования:** проведено единовременное анонимное анкетирование 56 родильниц в условиях ГКРД №2 г. Семей. В исследовании использована анкета, состоящая из 57 вопросов, анкетирование проводилось с информированного согласия женщин.

**Результаты и их обсуждение:** В анкетировании приняли участие родильницы в возрасте от 22 до 41 лет, средний возраст женщин составил 28,39. Все женщины были казахской национальности. По вероисповеданию 92,86% (52) родильниц считают себя сторонни-

цами ислама, 3,57% (2) не верит в бога, 3,57% (2) выбрали другое, не указав, что именно. Среди опрошенных 78,57% (44) - городские жители, 21,43% (12) - живут в селе. Большинство женщин имеют среднеспециальное (35,71% - 20) и высшее (32,14% - 18) образование, незаконченное высшее имеют 14,29% (8), среднее общее образование (10-11кл.) у 17,86% (10). В зарегистрированном браке состоят 78,57% (44) женщин, в незарегистрированном браке - 14,29% (8), находятся в разводе 7,14% (4) женщин. Имели повторные неофициальные браки - 7,14% (4) женщин, официальные повторные браки - 7,14% (4) женщин, остальные женщины ранее в браке не состояли. Социальное положение женщин распределено следующим образом: служащие - 35,71% (20), работающие по найму у частного лица - 17,86% (10), студентки - 7,14% (4), безработные - 39,29% (22). Из 30 работающих женщин 18 работают в гос. учреждениях, 4 занимаются педагогической деятельностью, 2 в торговле, 2 в сельском хозяйстве, 2 в легкой промышленности, 2 трудится на почте. Безработные женщины в причинах своей незанятости указали на невозможность найти работу по специальности - 63,64% (14), обучение в колледже, вузе - 18,18% (4), занятие домашним хозяйством - 18,18% (4). Так же был затронут вопрос о жилье, в собственном доме живут -



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

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

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

#### **Литература:**

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

УДК 616.12 – 005.6+616.8

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

**Э.И. Есимбекова, К.С. Зуриканов**

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

УДК 615.451.234:616.24:546.76-057.5

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

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

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

### Тұжырым

#### ХРОМ ӨНДІРІСІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ӨКПЕСІНДЕГІ АЛМАСЫМ ҮДЕРІСТЕРІНЕ МИЯ МАЙЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ

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

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



конъюгаты мен малон диальдегиді деңгейлерінің өсіп, беттік белсенділіктің төмендегендегі) анықталды. Бұл тыныстық жүйеде «жағымсыз» зат алмасу фонын тудырады.

Хром өндірісі жұмысшылары бір ай бойы мия майын қабылдағанда липопероксидация тежеліп, антирадикалды белсенділік тұрақталып, ферментемия төмендеді. Сонымен, бронх-өкпе патологиясының даму қауіпі азаяды. Яғни, мия майын бронх-өкпе жүйесінің бұзылыстарының алдын алуға қолдануға болады.

### Summary

#### **INFLUENCE «OIL of LICORICE» ON METABOLIC PROCESSES IN LUNGS AT WORKERS OF CHROMIC MANUFACTURE**

At 153 working producing departments of the Aktyubinsk factory of chromic bonds investigated a condition surfactant systems of lungs and an oxidizing homeostasis from a condensate of exhaled air before reception of oil of Licorice.

Have established that workers of chromic manufacture have metabolism disturbances in bronchi-pulmonary system that frames adverse «a metabolic background» in respiratory system.

Monthly reception of oil of Licorice at workers of chromic manufacture brakes lipoperoxidation, stabilizes antiradical activity of a condensate, reduces fermentemia, and thereby reduces risk of development bronchi-pulmonary pathologies.

Oil of Licorice can be recommended for use in pathology preventive maintenance the bronchi-pulmonary systems.

**Актуальность.** По данным отечественных и зарубежных исследователей от 17 до 63% всех заболеваний органов дыхания вызваны профессиональными и экологическими факторами. На долю профессиональных болезней сопровождающихся обструкцией дыхательных путей, в структуре всех легочных заболеваний приходится до 75%, причем раннее развитие обструктивного синдрома встречается у 90% больных [1,2].

Ведущее место среди причин заболеваемости рабочих хромового производства (ХП) принадлежит заболеваниям органов дыхания, системы, наиболее подверженной действию поллютанта. При этом обструктивный и гнойно-обструктивный хронические бронхиты в 2,6 раза чаще встречается по сравнению с теми, чья трудовая деятельность не связана с хромом [3].

Результаты проведенного анализа воздуха рабочей зоны АО «Актюбинский завод хромовых соединений» за 2005-2009г показывает, что содержание шестивалентного хрома превышает ПДК в 4-11,2 раза [4].

В силу экологического прессинга за последние годы (2009-2011г) отмечается рост у детей г. Актобе (хромовая биогеохимическая провинция) в 2,5 раза заболеваний органов дыхания с синдромом бронхолегочной обструкции [5].

Международная программа по хроническим обструктивным болезням легких, поддерживая приоритет борьбы с курением и промышленной запыленностью в профилактике развития бронхообструкции, признает перспективным направлением научных исследований поиск новых путей профилактики развития болезни [6].

Вышеизложенное порождает интерес к использованию в первичной профилактике поражений бронхолегочной системы (БЛС) препаратов растительного происхождения обладающих противовоспалительными, антиоксидантными свойствами, и наряду с этим имеющими низкую токсичность, мягкий «естественный» эффект.

Таким требованиям, на наш взгляд, отвечают масляный экстракт из корней солодки (МЭКС), в котором благодаря оригинальной технологии получения сохранены водная и масляная фракции [7]. МЭКС разрешен к применению на территории Республики Казахстан как лекарственный препарат (перерегистрация РК-ЛС-5-0111042 от 06.03 2008 года как «Солодки масло»).

В доступной нам литературе отсутствуют сведения о возможности использования «Солодки масло» в

профилактике бронхолегочной патологии у рабочих ХП, что послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель нашей работы** - изучение влияния масляного экстракта из корней солодки на состояние метаболических процессов в легких у рабочих Актюбинского завода хромовых соединений (АЗХС).

**Материалы и методы.** Клинический материал собран во время профосмотров. Нами проведено исследование состояния сурфактантной системы легких (ССЛ) и окислительного гомеостаза в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ). При этом обследуемые практически здоровые рабочие (153 человека) основных цехов АЗХС. Контрольную группу составили доноры г.Актобе.

В течение 4-х недель обследуемые лица группы риска патологии БЛС (54 человека) получали перорально «Солодки масло» по 5 мл 3 раза в день согласно инструкции к их применению

Для определения нереспираторной функции легких (НФЛ) и оценки влияния МЭКС до и после приема фитопрепарата в КВВ изучали показатели окислительного метаболизма: содержание диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА), антирадикальную активность (АРА), количественное содержание ферментов – аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), гамма – глутаматамино-транспептидазы (ГГТП), лактатдегидрогеназы (ЛДГ), количество общего липида с использованием общеизвестных методов. Сурфактантная активность легких (САЛ) оценивалась по показателю поверхностной активности конденсата (ПАК). Цифровой материал подвергнут статистической обработке [8].

**Результаты исследования и обсуждение.** Анализ полученных данных показывает, что у рабочих ХП концентрация ДК в КВВ составляет 206%, МДА – 423%, АРА – 163% на фоне уменьшения уровня ПАК на 32% по сравнению с показателями контрольной группы. Возрастание АРА, по-видимому, отражает резервные возможности антиоксидантной защиты (АОЗ) организма в условиях резкой активации свободнорадикального окисления липидов. Снижение ПАК характеризует падение САЛ вследствие уменьшения содержания легочного сурфактанта под воздействием избыточно накопленных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Сравнительный анализ содержания ферментов в КВВ у рабочих показал, что активность АсАТ увеличи-



лась в 3,4 раза, АлАТ - в 4,8 раза, ГГТП - в 2,9 раза, ЛДГ – в 6,6 раза в сравнение с данными контрольной.

Все установленное в определенной степени отражает изменения метаболических процессов в легочной системе.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что у рабочих ХП наблюдается нарушения метаболизма бронхолегочной системы, что формирует неблагоприятный «метаболический фон» в респираторной системе, снижает ее резистентность и является основанием для проведения первичной профилактики бронхолегочной патологии у рабочих АЗХС.

При изучении влияния МЭКС на показатели НФЛ было установлено, что у рабочих ХП количество ДК в КВВ уменьшается в 2,1 раза, МДА – в 3,0 раза на фоне повышения АРА на 20% по сравнению с исходными данными до коррекции, т.е. наблюдается снижение липопероксидации на фоне возрастания мощности системы АОЗ, что отражается на САЛ. ПАК регистрируется в пределах физиологических колебаний данных контрольной группы.

В сравнении с данными до начала коррекции активность исследуемых ферментов в КВВ достоверно снижалась: АсАТ в 2,85 раза, АлАТ в 4,1 раза, ГГТП в 2,2 раза, ЛДГ в 5,0 раз.

Сравнительный анализ полученных данных до и после коррекции показывает, что ферментемия сохраняется и после коррекции, оставаясь выше контрольных на 20-43%, что свидетельствует об адаптивном характере этого процесса.

Таким образом, сопоставление и анализ полученных данных показывает, что «Солодки масло» уменьшает ПОЛ, ферментемии, активизирует АОЗ легких, нормализует САЛ, тем самым нивелирует нарушения метаболизма в легочной ткани у рабочих ХП.

Установленные эффекты, по-видимому, связаны как с прямым антиоксидантными свойствами солодки, в состав которой входят флавоноиды, так и кортикоидным действием глицирретиновой кислоты, которая освобождается при гидролизе глицирризиновой кислоты, проявляя эффект действия кортизола [9], под влиянием которого нормализуется метаболическая активность сурфактантной системы легких. Санирующий эффект на систему органов дыхания подкрепляется сапонидами, влияющих на поверхностно-активные свойства легочного сурфактанта и обладающими противовирусными и противопаразитарными свойствами, а также иммуномодулирующим влиянием полисахаридов солодкового корня (в частности, глицирризин) [10], спазмолитическим – ликвиритозида, ликуразида.

Таким образом, использование «Солодки масло» в течение 4 недель у рабочих ХП активизирует компенсаторные реакции организма, направленные на торможение липопероксидации, стабилизирует АРА,

уменьшает ферментемии и обеспечивает сохранение гомеостаза. Следовательно, применение масляного экстракта из корней солодки, обладающий противовоспалительной, антиоксидантной, иммуномодулирующей, мембранотропной, муколитической, противомикробной активностью может снизить риск развития неспецифических заболеваний легких у рабочих хромового производства. Перечисленные выше показатели КВВ могут использоваться в качестве маркеров нарушений НФЛ и степени реабилитации бронхолегочной системы.

#### Литература:

1. Орлова Г.П., Яковлева Н.Г. Бронхообструктивный синдром при пылевых заболеваниях легких // Пульмонология. – 2003. - №1. – с. 25-28.
2. Абзалиева Д.С. Механизмы формирования и прогноз развития бронхиальной обструкции у больных хронически пылевых бронхитом: автореф... д.м.н. Караганда, 2005. – с. 45.
3. Назарбаева Р.К., Жаманкулов К.А., Дербисалин А.С. Клинические особенности хронического бронхита у рабочих хромового производства // Здравоохранение Казахстана. – 1998. - №9-10. – с. 53-55.
4. Каримов Т.К., Калбагаева Г.Х. Сариева А.Б., Доскабулова Д.Т. Гигиеническая оценка состояния атмосферного воздуха в рабочей зоне АО «Актюбинский завод хромовых соединений» // Журнал Валеология. – 2011. - №1. – с. 224-226.
5. Ибрагимова Н.З. Анализ структуры заболеваний органов дыхания, осложненных бронхообструктивным синдромом у детей г.Актобе // Материалы Российской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы диагностики и лечения болезней органов дыхания». – Оренбург, 2011. – с. 46-47.
6. Standards for the diagnosis and of patients with chronic obstructive pulmonary disease. COPD: a summary of the ATS/EUR position paper // Eur. Resp. J. – 2004. – V.23. – P. 932-946.
7. Кузденбаева Р.С. Перспектива применения фитопрепаратов на основе местного растительного сырья // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2004. - №1. – с. 22-24.
8. Шевченко И.Т., Богатов О.П., Хрипта Ф.П. Элементы вариационной статистики для медиков. – Киев: «Здоровье». – 1970. – 108 с.
9. Резенькова О.В. Изучение влияния экстракта Солодки голой на процессы адаптации организма: автореф.. канд.биол.наук:03.00.13. – Ставрополь, 2003. – 22 с.
10. Темиргалиев Э.М. Механизмы фармакологического действия компонентов корня солодки // Фармацевтический бюллетень. – 2008. - №5-6. – с. 33-34.



УДК 615.451.234:616.24:546.76

## ВЛИЯНИЕ «СОЛОДКИ МАСЛО» НА РЕПАРАЦИЮ СУРФАКТАНТНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕГКИХ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ДЕЙСТВИЯ СОЕДИНЕНИЙ ХРОМА

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

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

### Тұжырым

### **ХРОМ ҚОСЫЛЫСТАРЫНЫҢ ӘСЕР ЕТУ КЕЗЕҢІНЕН KEЙІНГІ МЕЗГІЛДЕ «МИЯ МАЙЫНЫҢ» ӨКПЕ СУРФАКТАНТ ЖҮЙЕСІ РЕПАРАЦИЯСЫНА ЫҚПАЛЫ**

Хром қоспаларымен әсер еткеннен кейінгі кезеңде егеуқұйрықтардың өкпе сурфактант жүйесі (ӨСЖ) репарациясына және интактылы жануарлар ӨСЖ жағдайына мия майының ықпалы зерттелді.

«Мия майы» фитопрепаратын 14 күн бойы зонд арқылы асқазан ішіне тәулігіне 2,5 мл/кг салмағына енгізгенде, ай бойы калий бихроматымен (0,1LD<sub>50</sub> – 2,8 мг/кг іш қуысына) ықпал жасалған жануарларда да, интактылы егеуқұйрықтарда да зерттелген нысаналарда (өкпе экстрактысы мен бронхо-альвеолярлық шайындысында - БАШ) бақылау топтарымен салыстырғанда беттік керілістері төмендеп, тұрақтылық индексі жоғарылады. Яғни, жасушалық және жасушадан тыс сурфактанттар мөлшері көбейді. Сонымен қатар, SH-топтарының деңгейі өсіп, сутегі асқын тотығу гомеостазының тепе-теңдігінің көрсеткіші (SH/МДА) мен иммуноқабілетті жасушалар саны БАШ жоғарылады. Олай болса, мия майы ӨСЖ табиғи репарациясын ынталандыру арқылы саногендік (сауықтырушы) қасиет көрсетті.

### Summary

### **INFLUENCE «OIL of LICORICE» ON REPARATION SURFACTANT OF SYSTEM OF LUNGS DURING THE PERIOD AFTER ACTION OF BONDS OF CHROME**

Investigated influence Oil of Licorice on a condition surfactant systems of easy intact rats and on a natural repairation surfactant during the period after action by chrome bonds.

Intragastric introduction of oil of Licorice in a dose of mass of a body of 2,5 ml/kg in a current of 14 days leads to augmentation of quantity extracellular and intracellular surfactant, concentration SH - groups in lungs and to rising of indicators of equation peroxidly a homeostasis and the maintenance of immunocompetent cells in bronchoalveolar washout both at intact, and at rats after monthly influence by potassium Sodium bichromatum (0,1LD<sub>50</sub> intraperitoneum).

That is at the last it is shown sanogen effect – preventing development chrome-induced surfactantopathia and possesses ability to stimulate a natural repairation.

**Актуальность.** Одной из приоритетных проблем современной пульмонологии является изучение роли сурфактантной системы легких (ССЛ) в физиологии и патологии органов дыхания. Повышенный интерес к ССЛ объясняется многогранностью ее функциональной роли и возможностью лечения дыхательной недостаточности, возникающей при различных заболеваниях, путем стимуляции ССЛ или введением экзогенного сурфактанта [1]. Ведущее место среди причин заболеваемости у рабочих хромового производства, занимают заболевания дыхательных путей: бронхиты, обструктивные болезни легких, бронхиальная астма. Поэтому, наряду с проблемой первичной профилактики обструктивных болезней легких, вопросы активизации процессов репарации в период после действия (ППД) соединений хрома является весьма актуальной.

В этом плане интерес вызывают фитопрепараты, особенно, липофильные, содержащие биологически активные соединения. Способность последних оказывать одновременно многофакторные воздействия - уникальна. На кафедре фармакологии ЗКГМУ им. Марата Оспанова разработан комплекс фитопрепаратов из отечественного местного сырья: «Солодки масло», «Крапивное масло», «Лопуха корня масло», исследование которых, с целью расширения их фармакологического спектра, продолжают.

**Цель исследования** - изучение влияния «Солодки масла» на состояние ССЛ интактных крыс и на естественную репарацию ССЛ животных в ППД соединениями хрома.

**Материалы и методы.** Опыты проведены в 2 серии: в 1-ой серии изучали влияние масла солодки (МС) на ССЛ интактных крыс, во 2-ой серии – на естественную репарацию ССЛ в ППД бихроматом калия. В 1-ой серии – исследования проводили на 21-й крысах-самцах с исходным весом 180-220 г., разделенных на 2 группы: 1-ая - интактная, 2-ая группа – животные, получавшие внутрижелудочно через зонд в течении 14 дней ежедневно МС в дозе 2,5 мл/кг массы тела. Во 2-ой серии животные (33 крысы массой 180-220 г.) были разделены на 3 группы: контрольную (интактные) и две опытные (1 и 2). Животные опытных групп подвергались воздействию шестивалентного хрома (Cr<sup>+6</sup>) в течение 30 дней (модель) – ежедневно внутрибрюшинно вводили раствор бихромата калия в дозе 0,1LD<sub>50</sub> – 2,8 мг/кг массы тела. Крысы первой опытной группы после окончания воздействия Cr<sup>+6</sup> оставлены в естественных условиях разрешения, второй – в течение 14 дней ежедневно через зонд внутрижелудочно вводили МС в дозе 2,5 мл/кг.

После обездвиживания животных, взятые легкие промывали физиологическим раствором из расчета 100 мл на 1,0г ткани для приготовления бронхоальвеолярного смыва (БАС). Промытые легкие гомогенизировали, центрифугировали и готовили 1% экстракт легких после смыва (ЭПС). Поверхностную активность (ПА) клеточно-го и внеклеточного сурфактанта определяли раздельно в ЭПС и БАС на автоматических весах типа Wilgelmі в модификации Бюль Э.В. [2]: измеряли поверхностное натяжение статическое (ПНстат), минимальное (ПНмин)



и максимальное (ПНмакс), на основе показаний последних рассчитывали индекс стабильности (ИС) по Clements. Для выяснения механизма нарушения ССЛ изучали состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) и эндотелиальную цитограмму (ЭПЦ). Последнюю производили цитологическим путем, состояние ПОЛ-АОЗ в ЭПС и БАС оценивали по содержанию малонового диальдегида (МДА), общего липида, белка и SH-групп с использованием общепринятых методов. Вычисляли интегральный показатель сбалансированности перекисного гомеостаза:  $\Sigma = \text{SH}/\text{МДА}$  [3].

Состояние ССЛ, ПОЛ-АОЗ и ЭПЦ определяли на 15 день, 28 и 35-й дни ППД Cr<sup>6</sup>. Оценку достоверности результатов после статистической обработки проводили с использованием критерия Стьюдента.

**Результаты исследования и обсуждение.** Курсовое введение МС интактным крысам вызывает в ЭПС и БАС снижение ПНмин на 21 и 8% на фоне достоверного повышения ИС на 16 и 12%, что свидетельствует об активизации процессов внутриклеточного синтеза сурфактанта в альвеолоцитах 2-го типа, с одновременным усилением секреции на поверхности альвеол.

Концентрация SH-групп в ЭПС увеличивается на 26%, а в БАС – на 22% по сравнению с данными контроля. В субстратах достоверно возрастает показатель сбалансированности перекисного гомеостаза (SH/МДА), что характеризует укрепление неспецифической резистентности легочной системы [3].

В эндотелиальной цитограмме интактных животных происходит уменьшение нейтрофилов (НФ), эпителиоцитов (ЭЦ) и мукоцилиарного клиренса (МЦК=НЛ/АМФ) соответственно на 45%, 23 и 46%. Увеличивается содержание иммунокомпетентных клеток – лимфоцитов (ЛЦ) на 41%. Это позволяет заключить, что под влиянием «Солодки масло» повышается неспецифический механизм защиты системы дыхания.

У крыс, подвергнувшихся воздействию хрома на 15-ый день ППД наблюдается повышение ПНмин в ЭПС и БАС соответственно на 56 и 59% на фоне снижения ИС – на 36 и 40%, что при увеличении всех величин ПН отражает процесс торможения синтеза и секреции сурфактанта альвеолоцитами. Анализ динамики репаративных изменений ССЛ в естественном режиме показывает, что постепенно происходило восстановление ПА и ИС. Сопоставление результатов 15-го и 35-го дней последнего действия Cr<sup>6</sup> в естественных условиях разрешения свидетельствует, что прошло достоверное уменьшение ПНмин ( $p \leq 0,001$ ) на фоне значительного возрастания ИС в обоих субстратах ( $p \leq 0,001$ ), характеризующие высокую адаптационную возможность ССЛ. Однако, данные 35-го дня ППД достоверно отличаются от показателей контрольной группы, что отражает необходимость коррекции.

При использовании МС в ППД Cr<sup>6</sup> репарация ССЛ происходила намного активнее. Так, на 15-ый день - ПНмин в ЭПС и БАС снижалось на 18 и 14%, ИС – соответственно возрос на 28 и 20%; на 28-й день – ПНмин уменьшалось соответственно на 23 и 22%, ИС, наоборот, увеличился на 37 и 32%. На 35-ый день наблюдалось восстановление всех изучаемых показателей ССЛ. Сравнительный анализ полученных данных показывает, что состояние ССЛ на 15-й день ППД хрома у животных, получавших МС сопоставимы с активностью ССЛ на 35-й день после действия хрома в условиях естественной репарации. Следовательно, можно заключить, что фи-

топрепарат «Солодки масло» оказывает корригирующее, саногенное действие, а также на 2 недели ускоряет репарацию ССЛ.

Анализ данных ЭПЦ показывает, что на 15-й день ППД наблюдается снижение содержания АМФ на 44% на фоне повышения количества ЛЦ в 3 раза, НЛ в 10,5 раза, ЭЦ в 4,2 раза, МЦК в 19,1 раза по сравнению с показателями интактных. На 35-й день, в сравнение с данными на 15-й, уровень АМФ увеличивается в 1,4 раза, ЛЦ снижается на 21%, НФ – на 52%, ЭЦ – на 45%, МЦК – на 67%. Однако, по сравнению с интактными содержание АМФ остается сниженным на 21,5%, ЛЦ увеличенным на 136%, НЛ – на 400%, ЭЦ – на 133%, МЦК – на 525%.

Применение МС в ППД хрома, значительно ускоряет процесс репарации. На 15-й день наблюдается повышение количества АМФ на 47% на фоне снижения содержания ЛЦ на 48%, НЛ на 50%, ЭЦ на 47%, МЦК на 67%, что отражает уменьшение деструктивных процессов в легочной ткани. На 35-й день продолжают дальнейшие сдвиги в сторону нормализации. Однако, полной нормализации не происходит: количество ЛЦ остается высоким в 1,8 раза, НЛ в 1,76 раза, ЭЦ в 1,2 раза, МЦК в 1,9 раза в сравнении с показателями интактных. Содержание АМФ в пределах физиологических колебаний.

Исследование состояния окислительного метаболизма в легких в естественных условиях разрешения показало, что уровень индикатора ПОЛ – МДА на 15-й день ППД в ЭПС и БАС возрастает соответственно на 209 и 204%, на 28-й день - на 146 и 155%, на 35-й – на 117 и 123% по сравнению с показателями интактных животных. Концентрация SH-групп в ЭПС и БАС через 2 недели ППД Cr<sup>6</sup> уменьшается на 38 и 34%, на 28-й день – 26 и 28% соответственно, на 35-й – на 16 и 17%. Следовательно, в период восстановления длительностью 35 дней дисрегуляция в системе ПОЛ-АОЗ сохраняется, о чем свидетельствует преобладание продуктов ПОЛ над содержанием антиоксидантов – SH-групп, общих липидов и белков, и изменение коэффициента SH/МДА - на 15-й день в ЭПС и БАС снижается соответственно в 4,9 и 4,6 раза, на 28-й – в 3,3 и 3,5 раза, на 35-й - на 62 и 68%.

Использование МС в ППД в течение 2-х недель приводит к позитивному изменению ПОЛ-АОЗ, и на 35-й день ликвидируются негативные последствия Cr<sup>6</sup> на перекисный гомеостаз, что отражается и на состоянии ССЛ. Так, на 15-й день в ЭПС и в БАС уровень МДА уменьшается соответственно на 31 и 25%, на 28-й – на 47 и 45%, на 35-й – на 56 и 55%. Соотношение SH/МДА в ЭПС и БАС на 15-й день повышено на 82 и 59%, на 28-й день – на 140 и 138% и на 35-й – на 185 и 177% по сравнению с показателями животных групп «модель».

Необходимо отметить, что восстановление состояния АОЗ в ЭПС и БАС в условиях воздействия МС предшествует нивелированию нарушений в ССЛ и ПОЛ, о чем свидетельствуют нормализация уровня SH-групп и общего белка на 28-й день репаративного периода. Тогда как, полное восстановление ПА как клеточного, так и внеклеточного сурфактанта и содержание ДК, МДА наблюдается на 35-й день.

Таким образом, полученные результаты исследования свидетельствуют, что МС при использовании в течение 2-х недель после месячного воздействия Cr<sup>6</sup> проявляет саногенный эффект в отношении ССЛ и является эффективным средством не только неспецифи-



ческой защиты, но и обладает способностью стимулировать естественную репарацию.

**Литература:**

1. Азимова М.Б., Белов Г.В. Действие ультразвуковых ингаляций гумата меди на состояние сурфактантной системы легких крыс с легочной моделью бронхолегочного воспаления // Медицина. – 2004. - №4. – с. 41-43.

2. Бюль Э.В. Установка для изучения поверхностных свойств легочных экстрактов // Бюлл.эксперимент.биол. и мед. – 1975. - №6. – с. 118-120.

3. Шлейкин А.Г. Биохимические маркеры дыхательного дистресса // Экологическая безопасность городов / Материалы научной конференции Санкт-Петербурга, 5-6 окт. 1993. Под общей ред. член-корр. РАМН, проф. Э.Н.Нечаева. – СПб, 1993. – С. 232-233.

ӘОЖ: 616-097+612.014.482.4+613.98

## ТӘЖІРІБЕ ЖҮЗІНДЕ ШАҒЫН МӨЛШЕРДЕГІ РАДИАЦИЯНЫҢ ИММУНДЫҚ ЖҮЙЕГЕ ӘСЕРІ

Г.О. Ілдербаева, А.А. Рымбаева

*Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті*

**Summary**

### **CHANGES OF IMMUNE REACTIVITY OF AN ORGANISM UNDER THE INFLUENCE OF GAMMA-RADIATION WITH DOSE 0,2 Gr IN EXPERIMENT**

*In the experiment we investigated the basic immune dates at gamma-radiation. Proved, increase of nonspecific resistance of organism, stimulation of compensatory-adaptive mechanisms under action of gamma-radiation.*

**Өзектілігі.** Иммуитет - генетикалық бөгде ақпараттың белгілері бар тірі денелер мен заттардан организмнің қорғану әдісі. Ағза үшін генетикалық бөгде тірі денелер мен заттар «антиген» деген терминіне топтасқан. Иммундық жүйенің (ИЖ) қызметі антигендерді, сонымен қатар жаңа антигендік қасиетке ие болған организм жасушаларын жоюға бағытталған. Иммундық жүйе ішкі ортаның генетикалық тұрақтылығына иммундық бақылауды қамтамасыз етеді. Құрылымдық тұрғыдан иммундық жүйеде органдық, жасушалық, молекулалық негіздерді ажыратады. Иммуитет жүйесінің жасушалық негізін Т - (Т-хелперлер, Т-әлтірушілер, Т-супрессорлар) және В-лимфоциттер, плазмалық жасушалар, макрофагтар, нульдік жасушалар (не Т- не В-лимфоциттік маркері жоқ лимфоциттер) құрайды. Иммундық жүйенің молекулалық негізін иммуноглобулиндер, иммунокомпетентті жасушалар - лимфокиндер және монокиндер, сонымен қатар тимус гормондары мен сүйек миы құрайды.

Имуноглобулиндер - синтезі антигендермен жоғарылайтын, сондықтан да, «антиденелер» деген атау берілген гамма-глобулиндік фракцияның белоктары [1]. Сонымен иммундық жүйенің адам организмінде ерекше орын алатыны анық.

Қарт жасқа келген адамның негізгі бір ұрымтал тұсы – иммундық жүйенің әлсіреуінен келетін аурулар. Қазіргі медицинада қауқары кеткен кәрі ағзаның күші келмейтін кейбір ауруларға қатысты «кәрі адамдарға тән ауру» деген түсінік те бар. Иммундық жүйенің организмнің биологиялық жасына қарай өзгере түсетіні белгілі. Осыған орай жас ерекшелігіне байланысты қоршаған орта зиянды факторларына иммундық жауаптарын бағалау үшін бастапқы да біздің зерттеу жұмысымыздың мақсаттарына иондаушы радиацияның ықпалын зерттеу болды.

Қазіргі уақытта адам организміне зиянды әсер ету факторлардың ішінде иондаушы радиация ерекше

орынды алады. Электр энергиясы көзіне зәрудің әсерінен мемлекеттердің атом электростансаларды көптеп сала бастауы, космосты игеру осылардың барлығы иондаушы сәулелердің биологиялық әсерлерін тереңдей зерттей түсуге себептері бірі болып отыр [2, 3].

Осыған орай, 12 айлық жастағы егеуқұйрықтардың шағын дозалы гамма-сәуле әсерінен иммундық жүйедегі өзгерістерді зерттеп, организм жауабының иммунологиялық аспектілерін бағалау жүргізіледі.

**Зерттеу материалдары және әдістері.** Қойылған мақсатты шешу үшін 2 сериядан тұратын, салмағы 200±20гр., саны – 25 дана болатын 12 айлы жастағы егеуқұйрықтарға жүргізілді. Егеуқұйрықтар екі топқа бөлінген: I топ - бақылау тобы (n=10), II топ – 0,2 Гр дозалы иондағыш сәуле алған топ (n=15). II топтағы тәжірибелік егеуқұйрықтарды «Терагам» атты радиотерапевтикалық қондырғыда (Чехия) гамма-сәулесімен 0,2 Гр дозада бір ретте сәулелендірді. Сәуле көзі ретінде Co<sup>60</sup> радий белсенді элементі қолданылды. Сәулелендіру кезінде жануарларды сәулелендіру үшін арнайы жасалынған бөлектенген ұяшықтары бар шынылы камерада ұсталды.

CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ лимфоциттері моноклоналды антиденелер арқылы анықталды. Антидене түзуші жасушаларды анықтау үшін локальді гемоллиз N.K.Jerne, A.A.Nordian (1963) [4] тәсілі қолданылды. Лейкоциттердің миграциясы тәжелу реакциясын (ЛМТР) А.Г.Артемова (1973) [5], айналыстағы иммундық кешендер (АИК) М. Digeon (1977) тәсілімен [6] А.Ю.Гриневич, А.Н.Алферов (1981) модификациясында [7], фагоцитоз белсенділігін және фагоцитарлық санын А.Е.Кост, М.И.Стенко (1968) [8], НКТ тестісі Б.С. Нагоев, М.Г.Шубич (1981) [9], иммуноглобулиндерді G. Mancini et al. (1964) [10] әдістері бойынша анықталды.

Жануарларды жартылай декапитация арқылы жансыздандырып, зерттеуге қаны алынды.



Тәжірибелер «Жануарларды биомедициналық зерттеулерде қолдану туралы нұсқамаға» сай жүргізілді [11].

Зерттеудің нәтижелері Е.В.Монцевичюте-Эрингене [12] әдісі бойынша жүргізіліп, салыстыру t-Стюдент критерийі ретінде саналды.

**Зерттеу мәліметтері және оны талқылау:**

Шағын мөлшердегі радиацияның әсеріне шалдыққан жануарлардың қанында лейкоциттердің мөлшері нақты болмаса да төмендеген. Лейкоциттер санының шамалы өзгерісі фонында лимфоциттердің де жалпы шамасы (1 кесте) және салыстырмалы мөлшері нақты өзгеріске түспей, төмендегені анықталды (p>0,05).

0,2 Гр ү-сәулелудің әсері кезінде лимфоциттер жалпы санының артуы көрінісінде CD3+ фенотипті лимфоциттерінің және оның субпопуляциялары

төмендегені анықталды. Атап айтқанда, CD3+ жасушасының абсолюттік саны 23,28% төмендесе (p<0,05), салыстырмалы мөлшері 17,25 % азайғандығы мәлім болды (p<0,05). Сонымен қатар, CD3+ фенотипті жасушаларының субпопуляциялары да мөлшерлерін өзгерткен, мысалы, шағын гамма-сәулесі әсерінде CD4+ фенотипті жасушаларының абсолютті саны 15,71%, салыстырмалы мөлшері 21,97% төмендеген (p<0,05).

CD8+ фенотипті жасушаларында да осындай көрініс байқалды, атап айтқанда, абсолютті саны 16,32% (p<0,05), ал салыстырмалы мөлшері 14,13% нақты төмендегені мәлім болды (p<0,05). Бұл кезде иммунорегуляторлық индексі (ИРИ) қалыпты тобындағы шамадан нақты өзгеріске түсе қоймаған (p>0,05).

**1 кесте – 0,2 Гр ү-сәуленің иммундық жүйенің Т - буынына әсері, М±т.**

Көрсеткіштер		Қалыпты топ	0,2 Гр гамма-сәуле алған топ
Лейкоциттер, × 10 <sup>9</sup> /л		6,48±0,18	5,77±0,43
Лимфоциттер, × 10 <sup>9</sup> /л		2,76±0,12	2,44 ±0,23
Лимфоциттер, %		39,02± 3,23	36,34 ± 2,75
CD3+	абс.°	1,46±0,10	1,12±0,07 *
	%	31,82±2,41	26,33±1,03 *
CD4+	абс.	0,70±0,04	0,59±0,03 *
	%	20,93±1,41	16,33±1,21 *
CD8+	абс.	0,49±0,02	0,41±0,03 *
	%	11,25±0,43	9,66±0,66 *
CD4+/CD8+ қатынасы		1,44±0,11	1,41±0,09
ЛМТР (индекс)		0,79±0,04	0,89±0,06
Ескерту: 1 ° - жасушаның абсолюттік саны × 10 <sup>9</sup> /л; 2 Қалыпты тобына сәйкес айырмашылық нақтылығы * - p<0,05.			

Т-лимфоциттердің лимфокинтүзу белсенділіктері иммунитеттің Т-жүйесінің функционалдық белсенділігінің айнасы ретінде функционалдық белсенділігін ФГА әсеріне ЛМТР реакциясы арқылы анықталды, ондағы ФГА әсеріне байланысты лейкоциттердің миграциясының индексі анықталды. Эксперименттік топтағы жануарларда бұл көрсеткіштің 12,65%-ға артуы лейкоциттердің МИФ түзу қабілеттілігінің төмендегенін көрсетеді, яғни иммунитеттің Т-жүйесінің функциялық қызметі төмендегені анықталды (p>0,05).

Сонымен, анықталған нәтижелерге баға беретін болсақ, 0,2 Гр ү-сәулесіне ұшыраған жануарлардың шеткі қанында иммунды қабілетті жасушалардың субпопуляциясының өзгерістері анықталды: CD3+, CD4+ және CD8+ фенотипті жасушаларының абсолютті және салыстырмалы мөлшерлері төмендеген.

Радиациялық фактордың әсерін гуморалды иммунитетке ықпалын зерттеу үшін перифериялы қандағы CD19+ мөлшері, айналыстағы иммундық кешендер, антиденетүзуші жасушалар саны және супрессия индекстері анықталды және гуморалды иммунитеттің қызметтік күйін көрсететін CD19+ фенотипті лимфоциттерінің иммуноглобулиндер түзу шамасы зерттелді: қан сарысуындағы IgA, IgM, IgG деңгейі (2 кесте).

Нәтижелер қорытындысына сүйенсек, тәжірибелік жануарларда радиациялық фактордың әсерінен CD19+ фенотипті лимфоциттерінің абсолюттік мөлшері 23,0%

нақты (p<0,05) артса, ал салыстырмалы мөлшері 67,63% жоғарылаған (p<0,05).

Антиденегенез үрдісіне шағын дозалы гамма-сәуленің әсері төмендету ықпалы аса жоғары болмады. Атап айтқанда, көкбауырдағы антиденетүзуші жасуша (АТЖ) мөлшері 44,11±3,20%-ға дейін ғана төмендеген (p>0,05), супрессия индексі де аздығын дәлелдейді – 10,03±0,68% болды. АИК мөлшерінің шамасы да қалыпты топтағы жануарлардың шамасынан нақты өзгеріске түсіп, төмендеуі 22,22 % құрады (p<0,05). Иммунитеттің фагоцитарлық буынындағы өзгерістер 2 кестеде көрсетілген. 0,2 Гр ү-сәуле әсерінен фагоцитоз белсенділігі өзгеріссіз қалып отыр, тек жоғарылау үрдісі байқалса, фагоцитарлық саны 1,59±0,24-тен 2,56±0,24-ке нақты жоғарлаған (p<0,05).

НКТ тотықсыздану тесті бойынша оттекке тәуелді фагоцитарлық киллингті есептеу - нейтрофилді гранулоциттердің фагоцитарлық және зат алмасулық белсенділігінің көрсеткіші. НКТ-тесті фагоциттердің эффекторлық қабілетіне жауапты маңызды ферменттер жүйесінің соңғы реакциясын көрсетеді. НКТ тест мәліметіне келсек, қалыпты тобымен салыстырғанда 71,45% артқаны анықталды (p<0,01). Бұл құбылыстың гамма-сәуле әсеріне жасушалық иммунитеттің тежелу реакцияларына компенсаторлы ықпалы жағынан нейтрофилдердің функциялық белсенділігінің артқанын көруге болады.



**2 кесте – 0,2 Гр γ-сәуленің иммунитеттегі гуморалды және бейспецификалық фагоцитарлық буынына әсері, М±т.**

Көрсеткіштер	Қалыпты топ	0,2 Гр γ-сәуле алған топ
CD19+	абс. °	0,34±0,02
	%	7,23±0,68
АТЖ, %	49,03±3,52	44,11±3,20
СИ (супрессия индексі) %	-	9,13±0,67 *
АИК, ш.б.	1,26±0,11	0,98±0,07 *
Фагоцитоз, %	36,17±2,52	38,12±2,95
Фагоцитарлық сан	1,59±0,24	2,56±0,24 *
НКТ-тест, %	4,87±0,41	8,35±0,61 **
Ig A, г/л	3,10 ± 0,27	4,02 ± 0,24 *
Ig M, г/л	4,06 ± 0,30	6,20 ± 0,44 **
Ig G, г/л	5,07 ± 0,68	3,69 ± 0,23 *

Ескерту:  
1 ° - жасушаның абсолюттік саны × 10<sup>9</sup> /л;  
2 Қалыпты тобына сәйкес айырмашылық нақтылығы \* - p<0,05, \*\* - p<0,01.

0,2 Гр γ-сәуленің әсері кезіндегі иммуноглобулиндер мөлшері 2 кестеде берілген сандық мәліметтерге қарасақ, IgA және IgM концентрациялары нақты түрде жоғарылауымен жауап берді. Атап айтқанда, IgA концентрациясы 29,67%-ға (p<0,05), IgM – 52,70%-ға (p<0,01) жоғарылаған. Ал, IgG концентрациясы шағын дозалы гамма-сәуленің әсеріне нақты түрде 27,21%-ға (p<0,05) төмендеуі жүрген.

Сонымен, шағын дозалы (0,2 Гр) γ-сәуле әсерінен туындаған патологиялық үрдіске иммунитеттің гуморалды қорғаныс жағынан алып қарағанда - CD19+, IgA, IgM концентрациясы, НКТ көрсеткіштерінің және фагоцитарлық жүйенің компенсаторлы артуы тіркелсе, АТЖ, IgM концентрациясы және АИК көрсеткіштерінің тежелгені анықталды.

**Қорытынды:** Зерттеу мәліметтері 0,2 Гр гамма-сәуленің әсерінен Т-лимфоциттерінің және субпопуляцияларында шамаларының төмендеуі радиациялық факторға бұл буынның өте сезімталдығын анықтап отыр. Осыған орай Т-лимфоциттердің қызметі төмендеуіне байланысты, ағзаның бейарнамалы қорғаныштық белсенділіктерінің артып, иммунитеттің В-буынында кейбір белсену жүрген.

**Әдебиеттер:**

1. Ракишева Т.Т., Амреева Л.М. Салауатты өмір салтының негіздері: Оқу құралы / Т.Т. Ракишева, Л.М. Амреева; ШҚМУ. - Өскемен, 2006. – 80 б.
2. Аклеев А.В., Овчарова Е.А. Состояние системного иммунитета у лиц, подвергшихся хроническому радиационному воздействию, в отдаленные сроки // Бюллетень Сибирской медицины. – 2005. - № 2. – С. 13.
3. Галстян И.А., Гуськова А.К., Надежина Н.М. Последствия облучения при аварии на ЧАЭС: анализ клинических данных // Медицинская радиология и

радиационная безопасность. – 2007. – Том 52, № 4. – С. 5-13.

4. Jerne N.K., Nordian A.A. Plaque formation in agar by single antibody - production cells // Science. – 1963. – Vol. 140, № 2. – P. 405-408.

5. Артемова А.Г. Феномен торможения миграции лейкоцитов крови у морских свинок с гиперчувствительностью замедленного типа к чужеродному тканевому агенту // Бюл. эксперим. биол. и мед. – 1973. – Т. 76, № 10. – С. 67-71.

6. Digeon M., Laver M., Riza J., Bach J.F. Detection of circulation immune complexese in human sera by simplified assays with polyethulen glycol // J. Immunol. Methods. – 1977. – Vol. 16. – P. 165-183.

7. Гринкевич Ю.Я., Алферов А.Н. Определение иммунных комплексов в крови онкологических больных // Лабораторное дело. – 1981. – № 8. – С. 493-495.

8. Кост Е.А., Стенко И.В. Исследование фагоцитоза по клиническим и лабораторным методам исследования. – М., 1968. – С. 78-80.

9. Наргов Б.С., Шубич М.Г. Значение теста восстановления нитросинего тетразолия для изучения функциональной активности лейкоцитов // Лабораторное дело. – 1981. – № 4. – С. 195-198.

10. Mancini G., Vaerman J P., Carbonara A O., Heremans J F. A single radial diffusion method for the immunological quantitation of proteins. (Peeters H, ed) Protides of biological fluids. – Amsterdam. The Netherlands: Elsevier, 1964. – P. 370-373.

11. Хелсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА), - 2000, - «Положения об использовании животных в биомедицинских исследованиях».

12. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 1961. - №1. – С. 71-76.



УДК 616.127-005-831-005

## МИОКАРД ИНФАРКТИНІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТТИҢ ҮЙЛЕСУІ КЕЗІНДЕГІ АСПИРИНГЕ ТӨЗІМДІЛІК

М.А. Қапақова, Б.К. Кабиева, А. Оралхан

Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті  
Ішкі аурулар және интернатура кафедрасы, Жедел медициналық жәрдем ауруханасы

### Резюме

#### АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИМ В СОЧЕТАНИИ С ЦВН

Частота аспиринорезистентности, по данным клинических исследований системы гемостаза среди больных перенесших острые нарушения коронарного и церебрального кровообращения, достигает 45%. Применение клопидогреля у больных данной категории позволяет добиться улучшения показателей сосудисто-тромбоцитарных и плазменно-коагуляционных звеньев системы гемостаза.

### Summary

#### ASPIRIN RESISTANCE AT PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION AND CEREBRAL CIRCULATION FAILURE

Frequency of aspirin resistance, according to clinical researches of a hemostasis among patients with acute disorders of coronary and cerebral circulation, gets 45%. Using of clopidogrel at patients of this category allows to achieve improvement of indicators of vascular-trombocytic and plasma-coagulation links of system of a hemostasis.

Қазіргі кезеңде зерттеушілердің назарын аударған маңызды мәселе аспиринің тромботикалық асқинулардың дамуына әсер ете алмауы және тромбоксан А2 өнімін баса алмауын аспирирге төзімділік деп аталды. Осы жағдайда ІІb-ІІІa рецепторларының ингибиторларының жаңа кезеңдегі дәрі дәрмегі клопидогрель немесе плавиксті қолданғанда 2-3 күннен кейін оның әсері көріне бастайды [1]. Аспиринің АДФ индуцирленген агрегациясына (P.A. Gum, 2003) әсерін in vivo антиагрегациялық нәтижелілігін бағалайтын бірнеше сынақтар ұсынылды, немесе олардың әсерін «PFA-100» тромбоциттер қызметі анализаторы көмегімен зерттеу ұсынылды [2].

**Жұмыс мақсаты:** миокард инфарктінің ишемиялық инсультпен (ИИ) үйлесімі бар науқастарда аспирирге төзімділік жиілігін анықтау арқылы емдеу жолдарын жетілдіру.

Аспиримен емдеуді жалғастыру фонында гемостазиологиялық зерттеулердің нәтижелеріне байланысты миокард инфарктінің ИИ-пен үйлесімі бар науқастар 2 топшаға бөлінді: яғни, тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексі деңгейінен 65%-тен аспайтын және осы көрсеткіштерден жоғары. I топшаны 38 (47,5%) науқас, II топшаны 42 (52,5%) науқас құрады.

Алынған мәліметтерден көретініміз, тромбоцитарлы гемостаз жүйесінің зерттелген көрсеткіштерінің екеуінде айқын агрегацияны сипаттайтын тромбоциттер агрегациясы индексі және тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексіне нақты айырмашылық байқалды. Тромбоциттердің АДФ агрегациясына сынақтарында бірінші көрсеткіштің жоғарлау деңгейі 16,5% ( $p < 0,05$ ) құраса, ал тромбоциттердің адреналин агрегациясында 26,5% ( $p < 0,05$ ) құрады. Тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексі 2 топта 1 топқа сәйкес көрсеткіштерден 16,9 %-ке (нақты емес) және 29,2 %-ке ( $p < 0,05$ ) жоғары болды. Осыдан біз, тромбоциттердің адреналин агрегация деңгейінде аса айқын айырмашылықтың барын көреміз. Тромбоцитарлы гемостаз жүйесінің көрсеткіштері мәліметтеріне талдау жасай отыра көретініміз, бөлінген топшалар арасында нақты түрдегі айырмашылық, тромбоциттер агрегациясының механизмдерінің бірінің әсері соңғы нәтижелер қатынасында-әсіресе, адреналин тәуелді түрінде байқалды.

Егерде, АСК ерітіндісін тромбоциттерге бай қан сары суына құймай тұрып, топтар арасында тромбоциттер агрегациясы индексі көрсеткіші нақты емес болса, ал тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексі көрсеткіші тым қалыпты түрде

кездесуін көрсек (16,8 %,  $p < 0,05$ ), сынамадан кейін осы екі көрсеткіште 1 топша науқастарында жоғарылығының нақты түрде күрт төмендегенін көреміз (41,7 % және 38,7 % сәйкес,  $p < 0,01$  екі жағдайда да). Осы көрсеткіштердің төмендеуге беталысы, 2 топшада да көрінді, алайда ол айқын емес түрде кездесті. Сынаманы өткізу нәтижесінде тромбоциттер агрегациясы индексі және тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексінің нақты түрде жоғарлауы 1 топ науқастары көрсеткіштеріне қарағанда, 2 топ науқастарында анықталды ( $p < 0,01$ ). Тромбоциттер агрегациясы индексі көрсеткіші топтар арасында айтарлықтай динамикасыз және айқын өзгеріссіз бола тұра, екі топта да салыстырмалы бақылау көрсеткіш-терінің едәуір және нақты төмендегенін көруге болады.

Сонымен, жалпы алғанда, бөлінген топтарда аспиримен антиагрегантты емдеу фонында тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексінің едәуір жоғарлауы in vitro АСК ерітіндісімен жүргізілген сынама мәліметтері бойынша аспиринетөзімділіктің барлығын айқындайды. Аталған мәліметтер негізінде сынамадан кейін әрбір арнаулы жағдайда тромбоциттер агрегациясының суммарлы индексі көрсеткіштерінің динамикасы бойынша біз, аспиринетөзімділіктің бар екенін немесе жоқтығы жайында қорытынды жасадық.

Осы аталған жағдайға байланысты науқастар тобына нақты түрде 36 (45,0%) науқас кірді. Осы науқастарда біз, аспиримен антиагрегантты емдеуді одан әрі жалғастыру мүмкіндігін көре алмадық, осыған орай, антиагрегантты агентті өзгеше фармакодинамикалы дәрі-дәрмекке алмастыруды ұйғардық.

**Қорытынды.** Жедел коронарлы және ми-тамырлық жетіспеушілігін басынан өткерген науқастар арасында аспирирге төзімділік жиілігі 45%-ды құрайды. Осы аталған науқастарға клопидогрелді тағайындау гемостаз жүйесінің тамырлы-тромбоцитарлы және плазмалы-коагуляциялық жүйелер көрсеткіштерінің қалыптасуына әкеледі.

### Әдебиеттер:

1. Нетяженко В.З. та ін. Місце антитромбоцитарної терапії в первинній та вторинній профілактиці серцево-судинних подій // Мистецтво лікування, 2004, № 5 (11), Б. 29-35.
2. Homoncik M., Jilma B., Hergovich N., et al. Monitoring of aspirin (ASA) pharmacodynamics with the platelet function analyzer PFA-100/Thromb. Haemost., 2000, Vol. 83, P.316-321.



УДК 614.876+612.017

**ИММУНДЫ ЖҮЙЕНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫНА «ТОПОЛИН» ФИТОСУБСТАНЦИЯСЫНЫҢ ӘСЕРІ  
 (экспериментті зерттеулер)**

Д.Б. Козубаева, Х.С. Жетпісбаева, О.З. Ілдербаев, А.У. Оразалина, Н.М. Храмых-Оверченко, А. Мырзахметова

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

**Резюме**

Анализ результатов исследования показал, что фитосубстанция в облученном организме вызывает повышение количества лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+клеток, повышение активности показателей неспецифического фагоцитарного звеньев иммунитета.

**Summary**

**INFLUENCE OF THE HERBAL MEDICINE «TOPOLIN» ON THE IMMUNITY DISORDERS  
 (experimental investigation)**

Analysis of the investigation results showed that this herbal medicine causes increasing of the amount of leucocytes, lymphocytes, CD3+, CD4+, CD8+ cells, increasing of the activity of the non-specific phagocyte immunity.

Өндірістегі поллютанттардың қай түрі болмасын адам организміне зиянды факторлар ретінде қарастырылады. Осы факторлардың әсерінен өкпенің созылмалы аурулары туындап, өкпеде фиброздық немесе склероздық процестер дами жүреді. Соңғы уақыттарда өндірісте істейтін адамдарда кәсіптік өкпе ауруларына шалдыққан адамдардың саны көбейіп отыр [1]. Қоршаған ортаның және еңбек етудегі қолайсыз факторларының кері әсер етуінен еңбекшілерде кәсіби аурулардың өрши түскендіктен, кәзіргі кезде еліміздің қатардағы еңбекшілеріміздің денсаулығын қорғау және сақтау медицинаның ең маңызды мәселелерінің бірі [2]. Зерттеу барысында анықталған мәліметтер бірлескен әсер ету салдарынан дамитын аурулардың алдын алу үшін иммунокоррекциялық дәрі-дәрмектерді қолдануға негіз болуы мүмкін.

**Жұмыстың мақсаты:** Асбест шаңы мен 6 Гр гамма сәуленің бірлескен әсерінен туындаған өзгерістерге иммунологиялық зерттеулерді жүргізіп, алынған өзгерістерге Тополин («Т») фитосубстанциясының әсерін бағалау.

**Материал және әдістер:** Зерттеу жұмыс 3 топқа бөлінген ақ егеуқұйрықтарға жасалды: I топ бақылау тобы (n=10), II топ бірлескен асбестоз және 6 Гр гамма-сәулемен уланған жануарлар (n=20) және III топ

бірлескен асбестоз және 6 Гр гамма сәулемен уланған, қосымша «Т» фитосубстанциясын қабылдағандар (n=20). Зерттеудің нәтижелері Е.В.Монцевичюте-Эрингене [3] әдісі бойынша жүргізілді.

**Зерттеу мәліметтері және оны талқылау:** Зерттеудің нәтижелері бойынша 6 Гр гамма-сәулемен асбест шаңының бірлескен әсеріндегі өзгерістерге, «Тополин» субстанциясының ықпалы: тәжірибелік жануарлардың қанындағы лейкоциттердің жалпы санының төмендеген көрсеткіштерін (5,13±0,35x10<sup>9</sup>/л) нақты жоғарлатқаны анықталды (6,55±0,43x10<sup>9</sup>/л, p<0,05). Бірлескен фактордың әсерінен туындаған лимфопения құбылысы «Т» субстанциясы әсерінен жоғарлағаны тіркелді: абсолютті мөлшерін 1,33 есеге арттырса (p<0,05), салыстырмалы мөлшерін 1,37 есеге арттырған (p<0,05). Атап айтқанда, CD3+ абсолютті мөлшері 65,57 % (p<0,05), ал, салыстырмалы мөлшері нақты болмаса да 7,86 % артқан (p>0,05). CD4+ абсолютті шамасы емнен кейін 142,5 % жоғарлаған (p<0,001), ал салыстырмалы мөлшері – 34,62 % артқан (p<0,05). CD8+ абсолютті шамасы 100,0 % (p<0,001) жоғарласа, салыстырмалы мөлшері 30,80 % артқан (p<0,05). Т-лимфоциттердің құрамына байланысты төмендеген ИРИ шамасы арта түсті. «Т» әсерінде ИРИ шамасы 1,50±0,13 болған.

**1 кесте – Асбестозбен гамма-сәуленің бірлескен әсерінен иммунитеттің Т-буынындағы өзгерістерге «Т» субстанциясы әсерінің көріністері.**

Көрсеткіштер	Қалыпты топ			
	I топ	Асбест + радиация II топ	Асбест+радиация + Тополин ФС III топ	
Лейкоциттер, x 10 <sup>9</sup> /л	6,49±0,17	5,13±0,35 *	6,55±0,43 &	
Лимфоциттер, x 10 <sup>9</sup> /л	2,75±0,11	1,52±0,13 ***	2,02±0,17 * &	
Лимфоциттер, %	39,01± 3,24	37,82±2,52	51,71±4,07 * &	
CD3+	абс. а	1,44±0,08	0,61±0,05 ***	1,01±0,11 * &
	%	31,81±2,41	23,78±1,97 *	25,65±2,33
CD4+	абс.	0,69±0,04	0,40±0,03 ***	0,97±0,08 * &&&
	%	20,92±1,41	11,61±1,08 *	15,63±1,34 * &
CD8+	абс.	0,48±0,02	0,28±0,02 ***	0,64±0,05 * &&&
	%	11,24±0,42	9,22±0,76 *	12,06±1,01 &
CD4+/CD8+ қатынасы	1,72±0,22	1,31±0,08	1,50±0,13	
ЛМТР (индекс)	0,79±0,04	1,65±0,12 *	0,74±0,05 &&&	

Ескерту: 1. а - жасушаның абсолюттік саны x 10<sup>9</sup> /л. 2/ I топқа сәйкес айырмашылық: \* - p<0,05, \*\*\* - p<0,001. 3/ II топқа сәйкес айырмашылық: &-p<0,05, &&& - p<0,001.

Бірлескен фактордың әсерінен иммунитеттің арнайы емес фагоцитарлық буынында туылған

өзгерістерге «Тополин» субстанцияның әсері 2 кестеде берілген. Бұл құбылыстың мәні арнайы емес



фагоцитарлық буынның белсенуіне байланысты деп тұжырымдауға болады. Иммуитеттің арнайы емес фагоцитарлық буынындағы фагоцитоз көрсеткіші қос фактордың әсерінде  $31,24 \pm 2,76\%$  шамада болса, субстанция әсерінде  $42,76 \pm 3,44\%$  ( $p < 0,05$ ) артқан. Ал, фагоцитарлық саны  $73,25\%$  артқан ( $p < 0,05$ ).

Нейтрофилді лейкоциттердің функциялы-метаболизмдік белсенділігін анықтайтын НКТ-тест мәліметі субстанция қолданғаннан кейін төмендеген шаманы анық жоғарлатқан: II топта  $3,29 \pm 0,08\%$  құраса, III топта  $8,22 \pm 0,75\%$  ( $p < 0,001$ ) шамада болды.

**2 кесте – Асбестозбен 6 Гр гамма-сәуленің бірлескен әсерінен туындаған иммуитеттің гуморалды және арнайы емес фагоцитарлық буынындағы патологиялық өзгерістерге «Тополін» (Т) субстанциясы әсері**

Көрсеткіштер	Қалыпты топ	Асбестоз+радиация	Асбестоз+радиация + «Т» ФС
	I топ	II топ	III топ
Фагоцитоз, %	$36,17 \pm 2,52$	$31,24 \pm 2,76$	$42,76 \pm 3,44$ &
Фагоцитарлық сан	$1,59 \pm 0,24$	$1,72 \pm 0,11$	$2,98 \pm 0,21$ ** &&
НКТ-тест, %	$4,87 \pm 0,55$	$3,29 \pm 0,08$ ***	$8,22 \pm 0,75$ * &&&

Ескерту: 1.  $\square$  - жасушаның абсолюттік саны  $\times 10^9$  /л. 2. I топқа сәйкес айырмашылық: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ . 3. II топқа сәйкес айырмашылық: & -  $p < 0,05$ , && -  $p < 0,001$ .

Сонымен, «Тополін» фитосубстанциясының асбестозбен 6 Гр гамма сәуленің бірлескен әсерінің жедел кезінде туындаған Т- жүйе және иммун жүйесінің арнайы емес факторларының жеткіліксіздігін жоғарлатқаны анықталған.

**Әдебиеттер:**

1. Гурьева О.Л., Кашанский С.В., Щербаков С.В. и др. Роль пылевых нагрузок в развитии профессиональной патологии легких у рабочих ряда металлургических производств и биохимические

критерии ее диагностики // Вопросы гигиены труда, профпатологии и промышленной токсикологии. – Екатеринбург: ЕМНЦ ПОЗРПП, 1996. – 151 с.

2. Артамонова В.Г., Мухин Н.А. Профессиональные болезни. Учебник. -4 изд., перераб.и доп. –М.: Медицина, 2004. -480с.

3. Монцевичюте-Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат.физиол. и эксперим.терапия. – 1961. - № 1. – С. 71-76.

УДК: 613.62

**УСЛОВИЯ ТРУДА ЖЕНЩИН, ЗАНЯТЫХ НА ШВЕЙНОЙ ФАБРИКЕ «МУРАГЕР» ГОРОДА СЕМЕЙ**

Н.К. Кудайбергенова

*Государственный медицинский университет г. Семей*

**Резюме**

Изучены условия труда женщин, работающих на швейной фабрике «Мурагер» г. Семей. При проведении лабораторно-инструментальных замеров установлено, что концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны не превышают предельно-допустимые концентрации. Условия труда работниц соответствуют требованиям СанПиНа. По данным обследования рекомендованы оздоровительные мероприятия.

**Тұжырым**

**Семей қ. «Мурагер» тігін фабрикасында жұмыс істейтін әйелдердің еңбек жағдайы**

Семей қ. «Мурагер» тігін фабрикасында жұмыс істейтін әйелдердің еңбек жағдайы зерттелген. Лабораторь-аспаптық өлшеулерді өткізу кезінде жұмыс аймақ ауасында зиянды заттардың концентрациялары шектелген рұқсат етілген мөлшерлерді шамадан асырмайды. Әйелдердің еңбек жағдайы СанЕЖН таптарына сәйкес келеді. Зерттеу мәліметтер бойынша сауықтыру шаралар ұсынылған.

**Summary**

**The conditions of the labour women on the garment factory «Murager» Semey city**

Conditions of the labour of the women on the garment factory «Murager» Semey city were studied. After undertaking of the laboratory-instrumental measuring is installed that concentrations of harmful substances in the air of the working zone do not exceed at most-possible concentrations. The conditions of the labour women correspond to requirements of sanitary rules and norms. According to inspection improving actions are recommended.

Профилактика нарушений репродуктивного здоровья работающих женщин является одной из приоритетных проблем здравоохранения. В настоящее время доля женщин в общей численности рабочих и служащих составляет 51,8%. Изменения характера и содержания труда в связи с внедрением достижений научно-

технического прогресса привели к перераспределению участия женщин в различных отраслях народного хозяйства.

Целью исследования является изучение условий труда женщин, занятых на швейной фабрике ТОО Мурагер, в соответствии с требованиями СанПиНа «Са-



нитарно-эпидемиологические требования к условиям труда женщин».

**Материал и методы.** Предприятие ТОО Мурагер специализируется по выпуску швейной продукции: постельного белья, спецодежды, а также проводится пошив и реставрацию одеял, подушек и матрасов. Предприятие 4 класса опасности, СЗЗ – 100 м, фактически 30 м. Территория ограждена, частично озеленена, благоустроена. В состав производственной площадки входят: швейный, закройный, одеяльный, экспериментальный, пухо-перьевой цеха, участок мойки шерсти, складские помещения.

На предприятии общее число работающих женщин – 45, из них во вредных условиях работают – 43. Режим работы односменный.

Основными производственными вредностями являются шум и вибрация от технологического оборудования, пыль.

Источниками шума и вибрации служат, прежде всего, швейные машины. Шум, генерируемый работой швейных машин, имеет широкий спектр. Наиболее интенсивный шум отмечается на высоких частотах. Шум специальных машин (петельная, пуговичная, оверлочная) имеет максимум звуковой энергии на низких частотах. Колебания уровней шума при работе машин обусловлены их несвоевременным или некачественным ремонтом, разбалансировкой отдельных узлов и механизмов машин, несвоевременной смазкой.

Большинство работ на швейных фабриках (сортировка тканей перед пуском их в производство, раскрой, шитье, утюжка, браковка) характеризуется значительным напряжением зрения.

К числу неблагоприятных факторов производственной среды относится также пыль растительного или животного происхождения. Особенно значительны пылевыделения при раскрое и пошиве искусственного меха, что сопровождается образованием мелких частиц химического волокна. Загрязненность воздуха микроорганизмами зависит от характера технологических операций, а также от сезона года.

**Результаты исследования.** В ходе санитарно-эпидемиологического обследования были произведены отбор и исследование атмосферного воздуха в районе ТОО «Мурагер».

Отопление на предприятии от местной котельной, в которой установлены два котла. Один котел предназначен для отопления административного здания и цехов. Другой котел предназначен для подачи горячей воды на технологические нужды в моечно-сушильные цеха. От котельной в атмосферу выделяется пыль неорганическая с содержанием свободной двуокиси кремния 20-70%, диоксида серы, диоксида азота, оксид углерода.

Вентиляция общая, естественная. В цехе по первичной обработке шерсти вентиляция приточно-вытяжная, имеются местные отсосы пыли от машин, которые перед выбросом в атмосферу осаждаются в рукавном фильтре с КПД 89,7%.

Освещение производственных помещений смешанное. Искусственное верхнее освещение представлено лампами накаливания, которые создают уровни освещенности от 200 до 250 лк.

Для местного освещения используются компактные люминесцентные лампы, создающие освещенность до 2800 лк на небольшой площади рабочей поверхности.

Женщины, работающие на предприятии ТОО Мурагер, регулярно проходят медицинские осмотры. Работники обеспечены спецодеждой в полном объеме, имеются средства индивидуальной защиты (респираторы). Для санитарно-бытового обеспечения с целью хранения верхней одежды и личных вещей предусмотрены гардеробные с отдельным хранением спецодежды.

При проведении лабораторно-инструментальных замеров установлено, что концентрация вредных веществ в воздухе рабочей зоны не превышают предельно-допустимые концентрации. Уровень шума от технологического оборудования (швейных, сорноочистительных, трепальных, чесальных машин) не превышает нормы.

В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности, на ТОО «Мурагер» преобладают острые респираторные заболевания и грипп. Имеют место болезни женских половых органов.

Высокие показатели острых респираторных заболеваний у работниц швейного производства могут быть обусловлены неблагоприятным температурно-влажностным режимом, воздействием химических веществ, выделяющихся при пошиве синтетических тканей и при использовании химического сырья в технологическом процессе. Выполнение операций, требующих большого напряжения зрения, стимулирует развитие близорукости.

По результатам санитарно-гигиенического обследования швейной фабрики ТОО Мурагер рекомендуется следующее:

1. для уменьшения вредного воздействия шума в швейных цехах необходимо применять средства индивидуальной защиты органов слуха.
2. для улучшения микроклиматических условий оборудовать производственные помещения установками по кондиционированию воздуха.

Таким образом, условия труда женщин, занятых на швейной фабрике ТОО Мурагер, соответствуют требованиям СанПиНа «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда женщин».



УДК 616.36-002.2-07

## ТЕЗИСЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ: «ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ РАННИХ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНО-ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ»

Д.И. Купеншеева, Г.Б. Умутбаева, Д.О. Карибаева, Г.М. Хайбуллина, Г.Г. Галламов

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы  
Кафедра постдипломной подготовки врачей общей практики

Вирусные гепатиты относятся к числу широко распространенных заболеваний. В связи с этим путем исследования были определены наиболее частые клинические симптомы хронического вирусного гепатита, при проведении серологических тестов на наличие маркеров вирусного гепатита, выявлены у какого числа пациентов вероятно развитие хронического гепатита, выявлена распространенность хронического гепатита среди мужчин и женщин, определена частота встречаемости среди молодого возраста (26-35 лет), выделены часто встречающиеся клинические симптомы и синдромы.

### Тұжырым

#### Жанұялы – дәрігерлік амбулатория жағдайдағы созылмалы гепатиттердің ерте клиникалық көріністерін анықтау

Вирусты гепатиттер кең таралаған ауруларға жатады. Осы себептен созылмалы вирусты гепатиттің жиі кездесетін белгілерін, серологиялық тесттер жүргізген кезде вирусты маркерлардың анықталуы, науқастар арасында қанша пайыз созылмалы гепатиттерге ауысын анықтау, жастар арасында созылмалы гепатиттің кездесу жиілігі, клиникалық симптомдар мен синдромдардың кездесу жиілігін зерттеу барысында анықталды.

### Summary

#### Identification of early clinical signs of chronic hepatitis in a family - medical ambulatorii

Viral hepatitis are among the common diseases. In this regard, through research identified the most frequent clinical symptoms of chronic viral hepatitis, and serological tests for the presence of markers of viral hepatitis, have been found in a number of patients likely to develop chronic hepatitis, found the prevalence of chronic hepatitis B among men and women, determined the frequency of occurrence among young age (26-35 years) identified common clinical symptoms and syndromes.

**Цель исследования:** определить наиболее частые клинические симптомы хронического вирусного гепатита (ХВГ); при проведении серологических тестов на наличие маркеров вирусного гепатита (ВГ), выявить у какого числа пациентов вероятно развитие хронического гепатита (ХГ).

**Место исследования:** Государственное коммунальное казенное предприятие (ГККП) «Городская поликлиника №10» г. Алматы.

**Результаты:** Под наблюдением находилось 102 пациента, состоящих на диспансерном учете в инфекционном кабинете поликлиники после перенесенного острого гепатита. Из них после ВГ В – 41%, ВГ С – 55%, ВГ В и С – 4%. Среди больных от 16-25 лет – 22 человека (21,6%); 26-35 лет – 35 человек (34,3%); 36-45 лет – 21 человек (20,6%); 46-65 лет – 24 человек (23,5%). Мужчин – 53 и женщин – 49.

ХВГ нередко дебютируют гиперферментемией, стабильной или чаще перемежающейся, при отсутствии клинических, субъективных или объективных проявлений, частое обнаружение маркеров гепатита А, В, С, D, F и G.

При ХВГ специфические симптомы заболевания отсутствуют в 71% случаев. Основными симптомами являются немотивированная слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, эмоциональная лабильность, нарушение аппетита, похудение, ощущение горечи во рту, тяжесть в правом подреберье, лихорадка неясной этиологии, перемежающаяся желтуха, гепатоспленомегалия.

Серологическая диагностика была проведена 102 пациентам после перенесенного острого гепатита через

6 месяцев, из них у 19 выявлены следующие маркеры: HCV – 12 человек – 63%, HbsAg – 2 человек – 11%, HVB – 4 человек – 21%, Hbcortotal – 1 человек – 5%. Среди них 12 мужчин, 7 женщин. Все больные из возрастной группы 26-35 лет.

У 12 пациентов с HCV на 6 месяц после перенесенного острого гепатита отмечались следующие клинические симптомы и синдромы: гепатомегалия – у 85%, астеновегетативный – у 95%, диспепсический – у 2%, болевой – у 2%, желтушный и повышенная кровоточивость – у 25%, кожный зуд – у 30%, синдром малых печеночных симптомов – у 1%, артралгия и миалгия – у 1%.

У 7 пациентов с HbsAg, HVB, Hbcortotal отмечались следующие клинические симптомы и синдромы: гепатомегалия – у 95%, астеновегетативный – у 85%, диспепсический – у 6%, болевой – у 2%, желтушный и повышенная кровоточивость – у 15%, кожный зуд – у 35%, синдром малых печеночных симптомов – у 2%, артралгия и миалгия – у 3%. При развивающемся ХГ С в 95% встречается астеновегетативный синдром, при других развивающихся хронических гепатитах – гепатомегалия (95%).

**Выводы:** распространенность ХГ среди мужчин больше, чем у женщин, чаще развитие ХГ происходит у лиц молодого возраста (26-35 лет). При развивающемся ХГ С в 95% встречается астеновегетативный синдром, при других развивающихся хронических гепатитах – гепатомегалия (95%). При серологической диагностике чаще всего выявляются маркеры HCV, что говорит о вероятности развития ХГ С.



УДК 613.84:614.2

## АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ ЖӘРДЕМ ҰЙЫМДАРЫНДА ТІРКЕЛГЕН ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ШЫЛЫМ ШЕГУІНЕ ТАЛДАУ

А. Мергентай, Б.Ә. Азанова, Ғ.А. Мусина, Ф.О. Темербеков

Астана қаласы, Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығы

### Тұжырым

Ғылыми мәліметтерде шылымды қолдану және шылым түтінінің әсері көбінесе жиі ауруларға, мүгедектікке әкелетіні дәлелдейді. Темекі бұйымдарын пайдалану денсаулыққа қауіп төндіретін негізгі факторлардың бірі болып табылады және мемлекеттің жағынан да, азаматтың жағынан да белсенді әрекеттер жүргізуді қажет етеді. Ал әр-бір темекі тартатын адам салауатты өмір сүру үшін іс-шаралар қабылдауы, темекіні тастау не үшін қажет екенін өз-өзі үшін шешуі тиіс.

### Резюме

#### АНАЛИЗ ТАБАКОКУРЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРИКРЕПЛЕННОГО К ОРГАНИЗАЦИЯМ ПМСП

Научные данные подтверждают, что потребление табака и воздействие табачного дыма зачастую являются причиной болезней, инвалидности. Употребление табачных изделий является одним из основных факторов риска здоровью и требует проведения активных действий как со стороны государства, так и самого гражданина. А каждый курильщик должен принять меры к ведению здорового образа жизни, решить для себя, почему необходимо бросить курить.

### Summary

#### THE ANALYSIS OF SMOKING AMONG POPULATION OF THE PHC ORGANIZATIONS

Scientific evidence confirms that tobacco consumption and exposure of tobacco smoke are often the cause of illness and disability. Tobacco use is a major health risk and requires active steps from both side the state and the citizen. And each smoker should take steps to lead a healthy lifestyle and decide for yourself why one need to quit smoking.

Шылымды қолдану тарихы 1492 жылы үндістер кептірілген темекі жапырағының бумасын Христофор Колумбқа сыйға тартқан күннен басталады. Осыдан бастап дүние жүзінде алғаш рет «Тобаго» аралында темекі орыны пайда болды [1].

Ғылыми мәліметтерде шылымды қолдану және шылым түтінінің әсері көбінесе жиі ауруларға, мүгедектікке әкелетіні дәлелдейді. Шылым әлемдегі онкологиялық аурулардан кейін екінші орында өлімнің себебі ретінде қауіпті фактор болып табылады. Темекіні қолдану нәтижесінде адамның барлық мүшелерінде аурулары дамиды. Бұл жүрек, буын, тыныс алу жолы, асқорту, сүйек жүйелері, көру және есту мүшелерінің аурулары.

Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының мәліметтері бойынша орташа алғанда әрбір алты секундта темекі шегуге байланысты сырқаттан бір адам өледі. Ал жыл сайын бұл себеп бойынша бес миллион адам өледі. Егер темекі шегу өсу тенденциясы төмендемесе, онда әлемде 2020 жылғы болжамдар бойынша жыл сайын 10 миллион адам өлетін болады [2].

Темекі шегушілік - темекі шегуші организмнің никотинге тәуелденуін тудыратын, оның денсаулығына, сондай-ақ темекі шекпейтіндердің денсаулығына кері әсер ететін және қоршаған ортаны ластайтын темекі бұйымын тұтыну процесі [3].

Біздің жұмыстың зерттеу мақсаты АМСК (алғашқы медицина-санитарлық көмек) ұйымдар деңгейінде профилактикалық іс-шаралардағы тұрғындардың қажеттілігін зерттеу.

**Материалдар және зерттеу әдістері.** Алматы қаласының №12 емханасы (2200 адам) және Қарағанды қаласының №3 емханасының (2316 адам) АМСК ұйымында тіркелген тұрғындар.

**Зерттеу нәтижелері:** Медициналық-әлеуметтік зерттеу жұмысы АМСК ұйымында тіркелген тұрғындарға арнайы өңделген сауалнамалар бойынша жүргізілді. Сауалнамаға жауаптарды таңдау мүмкіндімен 33 сұрақ алынған. Объективті зерттеу үшін сұрақ қоюдың анонимді әдісі қолданылып, тұрғындар арасында темекі шегу туралы мәліметтер алуға мүмкіндік берді.

Зерттеу жұмысына Алматы қаласының №12 қалалық емханасының АМСК ұйымда бекітілген тұрғындар 2200 сауалнаманың 2178-іне жауап берді. Сұраққа жауап берген 2178 тұрғындардың ішінде 1653 (75,9%) адамдар темекі шегуден бас тартса, ал қалған 525 (24,1%) адамдар темекіге әуес екендерін көрсетті. Ал Қарағанды қаласының №3 қалалық емханасында жүргізілген 2316 сауалнаманың 2279 тұрғындар жауап берген. Соның ішінде 1803 (79,1%) тұрғындар шылым шекпесе, ал 476 (20,9%) шылым шегетін болды.

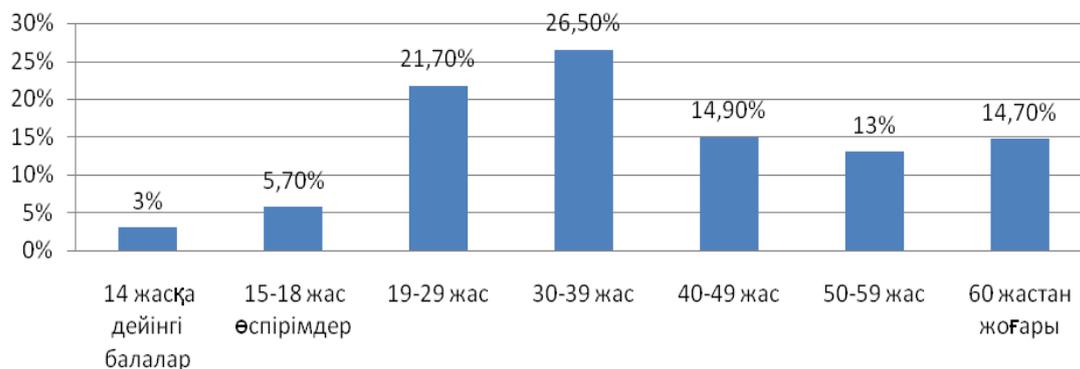
Жас шамаларына қарай Алматы қаласының №12 қалалық емханасында жүргізілген сауалнама шылым шегуге байланысты төмендегі сурет көрсетілген.

1-ші суреттегі диаграмма бойынша жас ерекшеліктеріне байланысты ең көп темекі шегу жиілігі 30-39 жастағы тұрғындар - 26,50% құраса, ал 19-29 жаста аралығында - 21,70% пайызын құрады. Ресми деректерге сүйенсек, шылым шегудің ең көп жиілігі 40 жасқа дейінгі адамдар, бұл әдебиеттік деректерге сәйкес келеді (О.Т. Кутушев; В.И. Лыков, 2009; В.Ф. Левшин 2010) [4]. Келесі топтағы 40-49 жас аралығы және 50-59 жас пен 60 жастан жоғары адамдар 14,90%, -13%, -14,70% сәйкестікті құрайды. Ал 14 жасқа дейінгі балалар (13%) және 15-18 жастан шамасындағы жас еспірімдер 5,7%-ды құрап отыр.

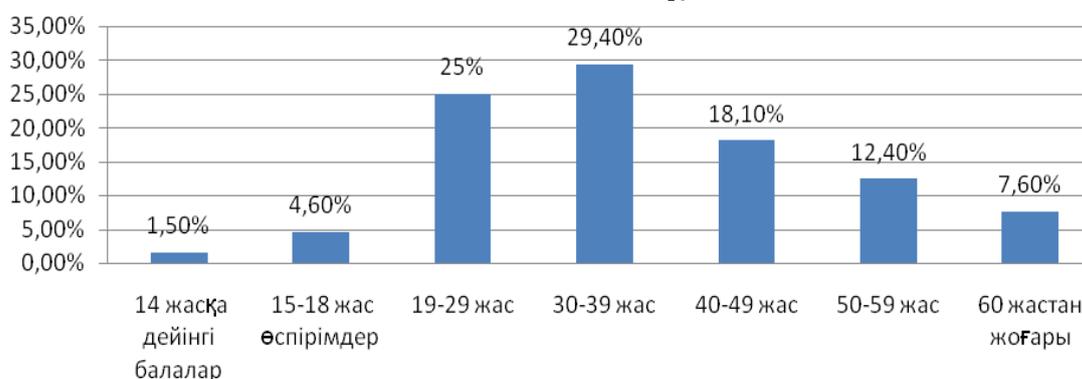
Медициналық-әлеуметтік зерттеу әдісінің келесі зерттеу аймағы Қарағанды қаласының №3



емханасында жүргізілген сауалнама келесі 2-ші суретте ұсынылған.



**Сурет 1. Алматы қаласының №12 емханасы бойынша шылым шегудің жас шамасына байланысты құрылымы**



**Сурет 2. Қарағанды қаласы №3 емханасы бойынша шылым шегудің жас шамасына байланысты құрылымы**

Көрсетілген 2-ші суретте Қарағанды қаласының №3 емханасында тіркелген тұрғындар арасындағы ең көп темекі шегу жиілігі 30-39 жастағы адамдар - 29,40%, ал 19-29 жас аралығында - 25% пайызын құрайды. Ал 40-49 жас аралығында - 18,10%-ды алса, 50-59 жас 12,40%, 60 жастан жоғары адамдар 7,60%-ға сәйкес келеді. Бұл топтағы адамдардың пайыздық көрсеткіштерінің төмендеу болуы, жас шамасы ұлғайған сайын организмдегі сырқатарының көбеюінен бұл адамдар өздерінің денсаулықтарын сақтап қалу үшін шылымға деген әуестіктерін азайтқанын көрсетеді. Мысалы медициналық деректерде 50-59 жастағы бір адамда 2-3 сырқаттан болса, 60 жастан жоғары адамдарда 4-5 сырқаттан болады [5]. 14 жасқа дейінгі балалар (1,50%) және 15-18 жастан (4,60%) шамасындағы жас өспірімдер ересек топтарға қарағанда төмен пайызды көрсетіп отыр.

Ал жас өспірімдер арасындағы бұл көрсеткіштер 2002 жылы елімізде «Темекі шегуді шектеу және оның алдын алу туралы» заңға байланысты болып отыр. Заңның мақсаты – балалар мен жасөспірімдердің темекіден бойын аулақ ұстату үшін телеарналарда, көшелерде, транспорттарда темекі өнімін насихаттауға, жарнамалауға қатаң тыйым салынғаны көрсетілген. Заңның 8-бабында «он сөгіз жасқа толмаған адамдарға сатуға және олардың сатуына,

ашық қораптардан немесе бір-бірлеп сатуға, денсаулық сақтау, білім беру ұйымдарының үйлерінде және аумақтарында, дене шынықтыру-сауықтыру, спорт және спорттық-техникалық ғимараттарда, стадиондарда тыйым салынады» делінген дәлелдейді [6].

Жалпы зерттеу жұмысының барысында Алматы және Қарағанды қалаларында жүргізілген сауалнамалардың нәтижесі бойынша 14 жасқа дейінгі мектеп жасындағы балалардың пайыздық көрсеткіштері Алматы қаласы бойынша 3%, Қарағанды қаласы бойынша 1,5% төмен болса да, олардың әлі әуес екендігін көрсетеді. Ал 19-49 жас аралығындағы пайыздық көрсеткіштердің бірдей шамалас болуы, осы жастағы тұрғындардың шылымды жалпы көп қолданылатынын көрсетеді. Бұл біріншіден әуестіктен, екіншіден жора-жолдастары және таныстық үшін, үшіншіден кейбір өмірдегі жағдайға байланысты тартады. Осыдан шылым шегу әдетке және тәуелділікке алып келеді. Ал екі зерттеу аймағында да 50 жастан жоғары адамдар арасында темекі шегу пайызы (Алматы қаласы) төмендей бастаған. Өйткені денсаулықтарын сақтап қалу үшін шылымды аз қолданатындарын көрсетіп отыр.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы



бойынша халықтың арасында, әсіресе БМСК деңгейінде темекі шегудің профилактикасы жөнінде медицина қызметкерлерінің жұмысын күшейту, темекі бұйымдарын тұтынудан бас тартқысы келетіндерді қолдау, оның ішінде темекіні тастағысы келгендерге медициналық-психологиялық көмек жүйесін ұйымдастыру, темекіні тастағысы келгендерге өңірлік және ұлттық телефон желілерін ұйымдастыру бойынша медицина қызметкерлерінің, әлеуметтік қызметкерлердің жұмысын күшейту жоспарлануда.

Осылайша, темекі бұйымдарын пайдалану денсаулыққа қауіп төндіретін негізгі факторлардың бірі болып табылады және мемлекеттің жағынан да, азаматтың жағынан да белсенді әрекеттер жүргізуді қажет етеді. Ал әр-бір темекі тартатын адам салауатты өмір сүру үшін іс-шаралар қабылдауы,

темекіні тастау не үшін қажет екенін өз-өзі үшін шешуі тиіс.

#### Әдебиеттер:

1. Динамика потребления табачных изделий в 1995–2007гг. в России Аргументы и факты. – 2008. – С.19.
2. Longmore, M., Wilkinson, I., Torok E., Oxford Handbook of Clinical Medicine (Fifth Edition) p. 232
3. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР кодексі 1-бөлім. Жалпы ережелер 1-105. 19.01.2011ж.
4. Сафонова О.В. Психологическая оптимизация программ снижения зависимости от табакокурения автореферат Москва 2011 стр.12;
5. [kurs.ido.tpu.ru/courses/gerontology/tema\\_11.html](http://kurs.ido.tpu.ru/courses/gerontology/tema_11.html)
6. Темекі шегушіліктің алдын алу және оны шектеу туралы Қазақстан Республикасының 2002 жылғы 10 шілдедегі №340 Заңы.

УДК 613.25:614.2

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ЛИШНЕГО ВЕСА

Г.А. Мусина, Б.А. Азанова, Ф.О. Темербеков, А. Мергентай

Республиканский центр развития здравоохранения, г.Астана

#### Резюме

*Ожирение одна из важнейших проблем общественного здравоохранения 21-го века. Не исключение и население городов Алматы, Караганда и Атырау. Целью нашего исследования явилось изучения потребности населения, имеющих лишний вес, в профилактических и медико-социальных мероприятиях на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи. Для решения проблемы, снижения показателей заболеваемости, являющихся следствием ожирения, и уменьшения связанных с ними экономических потерь, необходимо разработать эффективные программы профилактики ожирения, разъясняющие людям вред этого заболевания для здоровья и обучающие их общим принципам рационального питания, формирования здорового образа жизни.*

#### Түйін

### АРТЫҚ САЛМАҚ ПРОБЛЕМАЛАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

*Семіздік 21-ші ғасырдағы қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды проблемаларының бірі болып табылады. Алматы, Қарағанды және Атырау қалаларының тұрғындарына да қатысты. Зерттеуіміздің мақсаты артық салмағы бар халықтың бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету ұйымдарының деңгейінде профилактикалық және медициналық-әлеуметтік шаралардағы қажеттілігін зерттеу болып табылады. Мәселені шешу үшін, семіздіктің салдары болып табылатын сырқаттанушылықтың көрсеткіштерін төмендету және осыған байланысты экономикалық шығындарды төмендету үшін адамдарға бұл аурудың денсаулық үшін зиянын түсіндіретін және тиімді тамақтанудың жалпы қағидаларына, салауатты өмір салтын құрастыруға оқытатын семіздіктің алдын алудың тиімді бағдарламаларын әзірлеу қажет.*

#### Summary

### MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE PROBLEM OF EXCESS WEIGHT

*Obesity is a major problem of public health of the 21st century. The population of Almaty, Karaganda and Atyrau cities is not exception. The aim of our research is to study the needs of people with overweight in prophylactic and medical-social events at the level of primary health care organizations. To solve this problem, reduce indicators of morbidity which are the result of obesity, and reducing economic losses, it is necessary to develop effective programs to prevent obesity, explaining the harm of the disease to people for their health and learning the general principles of good nutrition, healthy lifestyle.*

Ожирение является одной из важнейших проблем общественного здравоохранения 21-го века. За период с 1980-х годов во многих странах, по данным ВОЗ, распространенность этого явления возросла в три раза, а число людей, страдающих ожирением, особенно детей, продолжает расти такими темпами, которые не могут не вызывать тревоги [1].

Ожирение является ярким отражением нарушения обмена веществ и служит фактором риска таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь и сахарный диабет, дегенеративных заболеваний сердца, а также некоторых болезней печени и почек, легких, кожи, костно-суставной системы, подагры и желчно-каменной болезни.



При ожирении сахарный диабет развивается в 4 раза чаще, гипертоническая болезнь и атеросклероз - в 3 раза чаще, в 1,5 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца (стенокардия, инфаркт миокарда). В этой связи проблема ожирения приобрела социально-экономическое значение. Кроме того, ожирение ухудшает прогноз при травмах, инфекционных заболеваниях и затрудняет проведение хирургических вмешательств [1].

С 1980 года число лиц во всем мире, страдающих ожирением возросло более чем в два раза. В 2008 году полтора миллиарда взрослых людей в возрасте 20-ти лет и старше страдали от избыточного веса. Из этого числа свыше 200 миллионов лиц мужского пола и почти 300 миллионов лиц женского пола страдали ожирением. В 2010 году почти 43 миллиона детей в возрасте до 5 лет имели избыточный вес [2].

Казахстан не остался в стороне и внес свой мощный вклад в процесс распространения новой мировой эпидемии. По данным национальных исследований, 11,4% детей имеют избыточную массу тела [3].

Целью нашего исследования явилось изучения потребности населения, имеющих лишний вес, в профилактических и медико-социальных мероприятиях на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи.

**Материал и методы исследования:** прикрепленное население организаций ПМСП в г. Карганде (ГП №3), в г. Алматы (ГП №12), в г. Атырау (ГП №2).

**Результаты исследования:** Настоящее исследование проводилось по разработанным анкетам для прикрепленного населения в рамках научно-технической программы «Разработка и научное обоснование социально ориентированной модели первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранении Республики Казахстан». В анкету включено 33 вопроса с возможностью выбора альтернативных ответов. Анонимное анкетирование обеспечивало получение объективных результатов. В исследовании приводится сравнительный анализ анкетирования по вопросам наличия лишнего веса, процентные показатели по степени ожирения среди населения, и по возрастным группам отдельно взятых медицинских учреждений (поликлиник) городов Алматы, Караганда и Атырау. В опросе участвовали 2200 респондентов поликлиники №12 г. Алматы, 2316 респондентов поликлиники №3 г. Караганда и 2011 из поликлиники №2 г. Атырау.

Из 6527 опрошенных на вопрос «Есть ли у Вас лишний вес (избыточная масса тела, в %)?» утвердительно ответили 2543 человека, что составило 39,0%. Отрицательно ответили 3655 респондентов (56,0%), 329 человек (5,0%) оставили вопрос без ответа. В разрезе пилотных организаций ситуация представлена на рис.1.



Рисунок 1.

Из диаграммы рисунка №1 видно, что самый высокий процент имеющих лишний вес отмечен в городской поликлинике г. Алматы – 45,0% (991 респондент). Меньше людей с лишним весом в г. Караганде (38,6%) и самый низкий процент людей, считающих, что у них есть лишний вес в г. Атырау - 32,8%. Такая ситуация отражает показатели мировой статистики, где уже доказано, что людей с лишним весом больше в регионах с высокой урбанизацией. Ожирение чаще встречается у жителей крупных городов [4].

Результаты анкетирования подтверждают исследования казахстанских ученых, в которых город Алматы (наряду с г.г. Павлодар, Астана) отнесен к городам с высоким экстенсивным показателем ожирения - 13,7%, Караганда со средним показателем (7,5%). Низкие эк-

тенсивные показатели ожирения были в Атырауской (2,2%) области [5].

При анализе распределения лиц, имеющих лишний вес по степени ожирения выяснилось, что 49,1% (1249) респондентов из подтвердивших наличие у себя лишнего веса, не указали подпункты с градацией степеней (рис.2.). Из представленного рисунка можно предположить, что основной контингент анкетированных не знает свой точный вес или определение степени ожирения в зависимости от веса. Причем в разных городах процент не указавших степень ожирения существенно различается: в городе Караганда - 64,4%, в г. Алматы – 58,2%, в Атырау – только 14,7%. Наибольшее количество анкетированных имеет лишний вес до 10% - 24,1% (614) респондентов. Как видно из диаграммы, наибольший процент



имеющих лишний вес до 10% отмечается в Атырау (28,8%), наименьший – в Алматы (19,7%). В Караганде 25,6% имеют лишний вес до 10%.

Превышение веса от нормы на 20-30% указали 14,7% (374) респондентов имеющих лишний вес, 6,3% (161 человек) указали на превышение веса более 30%.



Рисунок 2.

Существует теория о зависимости частоты ожирения от возраста. Она минимальна у детей и подростков и увеличивается в пожилом возрасте. Среди лиц пожилого возраста (старше 50 лет) избыток массы тела выявлен у 36,9%, а ожирение - у 41,9% обследованных пожилых лиц. Количество детей, страдающих ожирением,

в Алматы с 1990 года по 2002 год возросло с 6,9% до 15,2% [6].

В 2008 году в Республике Казахстан каждая вторая женщина (50,6%) и мужчина (45,4%) имели ожирение и избыточную массу тела в возрасте 25-60 лет. Из них лишний вес имели 29 % женщин и 34,4 % мужчин, ожирение - 21,6 % женщин и 11% мужчин [7].

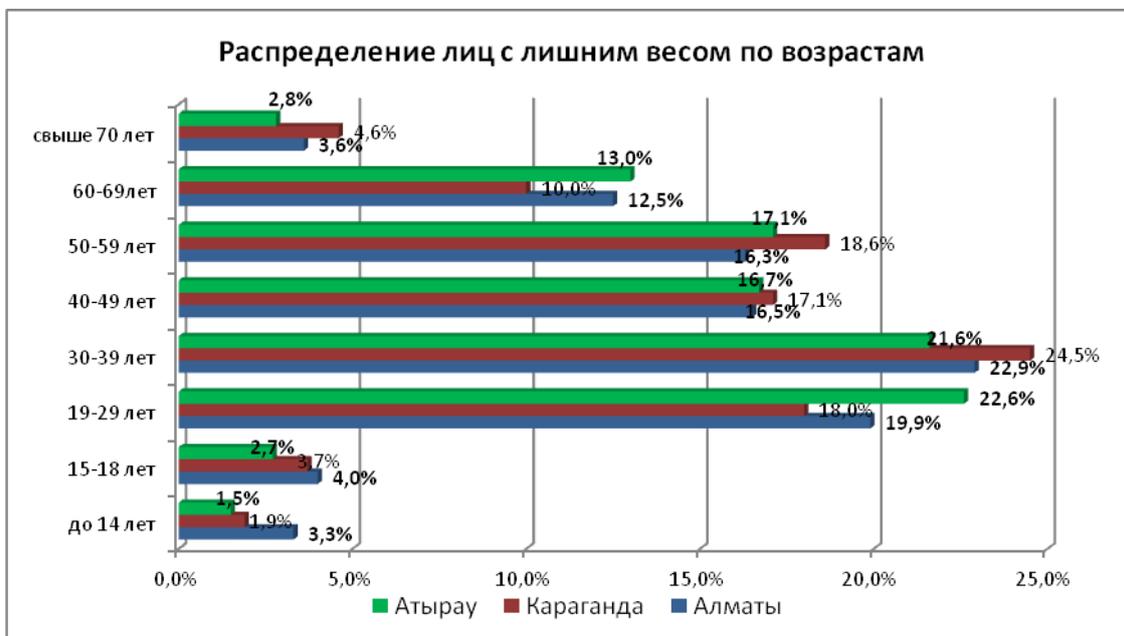


Рисунок 3.

По результатам нашего опроса сложившаяся картина несколько иная (рис.3). Наибольшее количество считающих себя с лишним весом приходится на возраст 30-39 лет, следующий возраст – 50-59 лет. В обеих этих возрастных группах лидирующее место занимает Кара-

ганда (24,5% и 18,6% соответственно). Тревогу вызывает тот факт, что количество людей с превышением массы тела в Атырау преобладает в молодой группе 19-29 лет и составляет 22,6% (153 человека).



Общество несет огромные затраты в связи с ожирением. Ожирением у взрослых обусловлено до 6% расходов на здравоохранение в Европейском регионе [8]. В Казахстане такие исследования еще не проводились.

Данные мировой статистики подтверждают и результаты нашего анкетирования. Из общего числа анкетированных максимальный процент респондентов отме-

тили обращение в поликлинику 1 раз в год. Реже всего обращаются жители г. Атырау (41,5%), затем население Караганды (35,6%) и г. Алматы (30,9%).

Среди лиц с лишним весом преобладает количество обращений за медицинской помощью 1 раз в месяц и 1 раз в полгода (рис.5).

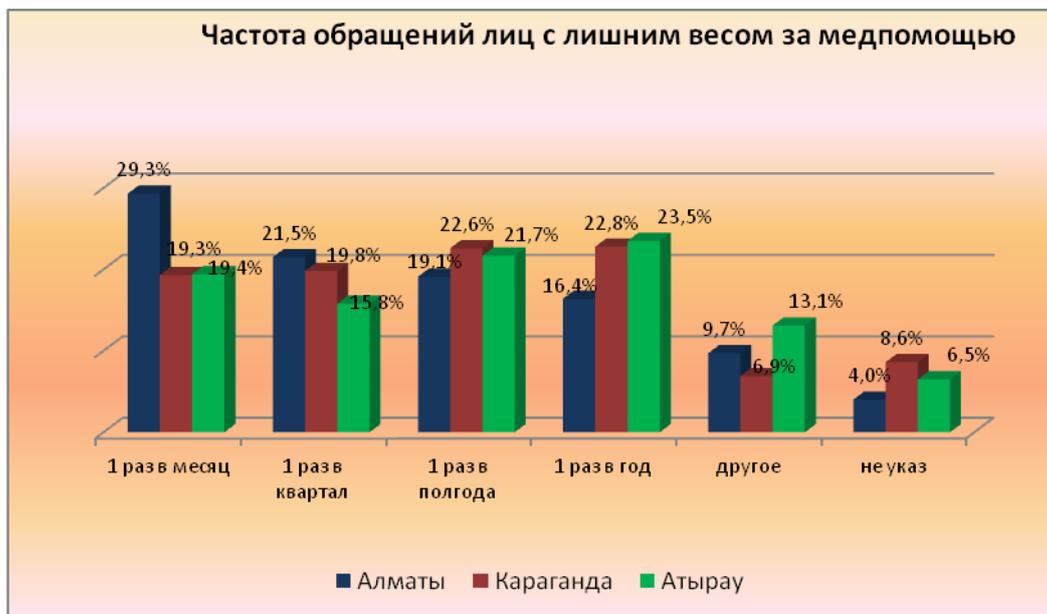


Рисунок 5.

Доля ежемесячных и ежеквартальных обращений в г. Алматы составляет 29,3% (292 человек) и 21,5% (214) соответственно. В Караганде люди с лишним весом чаще обращаются 1 раз в полгода 22,6%. В городе Атырау основная доля лиц с лишним весом обращаются 1 раз в год (23,5%), что свидетельствует о том, что пациенты с лишним весом в Атырау следят за своим здоровьем не регулярно, плохо информированы о последствиях данной патологии.

Таким образом, проблема лишнего веса становится все более актуальной во всем мире. Не исключение и население городов Алматы, Караганда и Атырау. Для решения проблемы, снижения показателей заболеваемости, являющихся следствием ожирения, и уменьшения связанных с ними экономических потерь, необходимо разрабатывать эффективные программы профилактики ожирения, разъясняющие людям вред этого заболевания для здоровья и обучающие их общим принципам рационального питания, формирования здорового образа жизни.

**Литература:**

1. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения ([www.euro.who.int/obesity](http://www.euro.who.int/obesity))

2. ВОЗ предупреждает о глобальной эпидемии ожирения / Информационный бюллетень ВОЗ №311 [www.epidemiolog.ru](http://www.epidemiolog.ru) Март 2011 г./

3. А.Бекирова // В Казахстане порядка 4 миллионов человек страдают ожирением Алматы, 2010 г. <http://www.liter.kz>

4. Hernandez B; Peterson K; Sobol A; Rivera J; Sepulveda J; Lezana MA Overweight in 12-49 year-old women and children under 5 years of age in Mexico, *Salud Publica Mex* 1996 May-Jun;38(3):178-88.

5. Н.С. Игисинов, А.М. Балтакаева Пространственная оценка заболеваемости ожирением в Казахстане // Молодой ученый. - 2011. -№2 - С. 153-156.

6. Интерфакс-Казахстан - Медики Казахстана обеспокоены ростом числа людей с избыточным весом и страдающих ожирением // Алматы 3 ноября.2002г <http://www.interfax.kz> .

7. Материалы пресс-конференции «Проблема ожирения и избыточного веса в Казахстане. Пути решения». // Алматы 03 июня 2010 года <http://news.mail.ru/inworld/kazakhstan/politics/>

8. Ю.Г. Боженков, Избыточный вес и эндокринологическая патология //Москва. 2010 г.// [www.coralhealth.kz](http://www.coralhealth.kz)



УДК:614.86+340.624

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПОГИБШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ ПО СЕМЕЙСКОМУ РЕГИОНУ

<sup>1</sup>А.О. Мысаев, <sup>2</sup>Н.Б. Саякенов, <sup>3</sup>Е.Т. Масалимов

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

И.о. доцента кафедры патологической анатомии, судебной медицины и гистологии<sup>2</sup>  
Областное управление здравоохранения ВКО<sup>3</sup>

### Резюме

В статье представлен социальный портрет (пол, возраст, род деятельности, форма участия в дорожном движении, наличие алкогольного опьянения) погибших в результате ДТП по Семейскому региону за 2006-2010 гг.

### Тұжырым

### СЕМЕЙ АЙМАҒЫ БОЙЫНША ЖОЛ-КӨЛІК АПАТЫ САЛДАРЫНАН ҚАЗА ТАПҚАН АДАМНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК СУРЕТТЕМЕСІ

Мәтінде Семей аймағы бойынша 2006-2010 жылдардағы жол-көлік апаты салдарынан қаза тапқан адамның әлеуметтік суреттемесі көрсетілген (жынысы, жасы, қызмет түрі, жол қозғалысына қатысы, алкогольді масаудың болуы).

### Summary

### A SOCIAL PROFILE OF KILLED IN ROAD ACCIDENT IN SEMEY REGION

A social profile of killed in road accident (gender, age, occupation, form of participation in the traffic, the availability of alcohol) in Semey region during 2006-2010 is shown in the article.

**Актуальность.** Ежегодно в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) погибает около 1,3 миллиона человек и еще 50 миллионов человек получают травмы и становятся инвалидами. Дорожно-транспортные происшествия являются первой по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10–24 лет. Как и во всем мире, в Республике Казахстан дорожно-транспортный травматизм является актуальной проблемой.

**Цель:** определить социальный портрет (пол, возраст, род деятельности, форма участия в дорожном движении, наличие алкогольного опьянения) погибшего в результате ДТП по Семейскому региону за 2006-2010 гг.

**Материалы и методы:** Дизайн исследования – перечное ретроспективное описательное исследование. Проведен 5-летний ретроспективный анализ данных Центра судебной медицины, который обслуживает г.Семей и близлежащие районы, за 2006-2010 гг. Для анализа взяты следующие показатели: пол, возраст, место работы, каким участником дорожного движения являлся, наличие алкогольного опьянения.

**Результаты и обсуждение:** Всего обработано 3591 актов насильственной смерти по региону г.Семей за указанный период, из которых 321 составили погибшие в ДТП или 8,9% от общего числа погибших.

Среди погибших мужчин было 239 (74,5%) и женщин 82 (25,5%). Распределение количества мужчин и женщин по годам представлено в таблице 1.

Таблица 1. - Распределение количества мужчин и женщин в динамике лет.

Год	Всего	Мужчины (абс. число)	Женщины (абс. число)	% муж / % жен от всех в данной категории
2006	81	64	17	26,7% / 20,7%
2007	72	55	17	23% / 20,7%
2008	49	33	16	13,8% / 19,5%
2009	63	48	15	20% / 18,2%
2010	56	39	17	16,3% / 20,7%
Всего	321	239 / 74,5%	82 / 25,5%	321 / 100%

Как видно из таблицы 1, в динамике лет имеется положительная тенденция к уменьшению общего количества погибших в результате ДТП.

Средний возраст погибших составил 37,1±0,9 лет. Возраст 19-49 лет отмечен у 67,9% погибших. Средний возраст в зависимости от пола в динамике исследуемого периода представлен в таблице 2.

Таблица 2. Распределение среднего возраста погибших в зависимости от пола в динамике 2006-2010 гг.

Год	Средний возраст мужчин, лет	Средний возраст женщин, лет
2006	34	43
2007	36	47
2008	40	27
2009	38	36
2010	34	35
Всего	36,4	37,6



Как видно из таблицы 2, имеется динамика к омоложению погибших, особенно среди женщин.

Распределение погибших по возрастным группам представлено на рис. 1.

В таблице 3 представлено распределение деятельности погибших на момент смерти в ДТП в зависимости от пола.

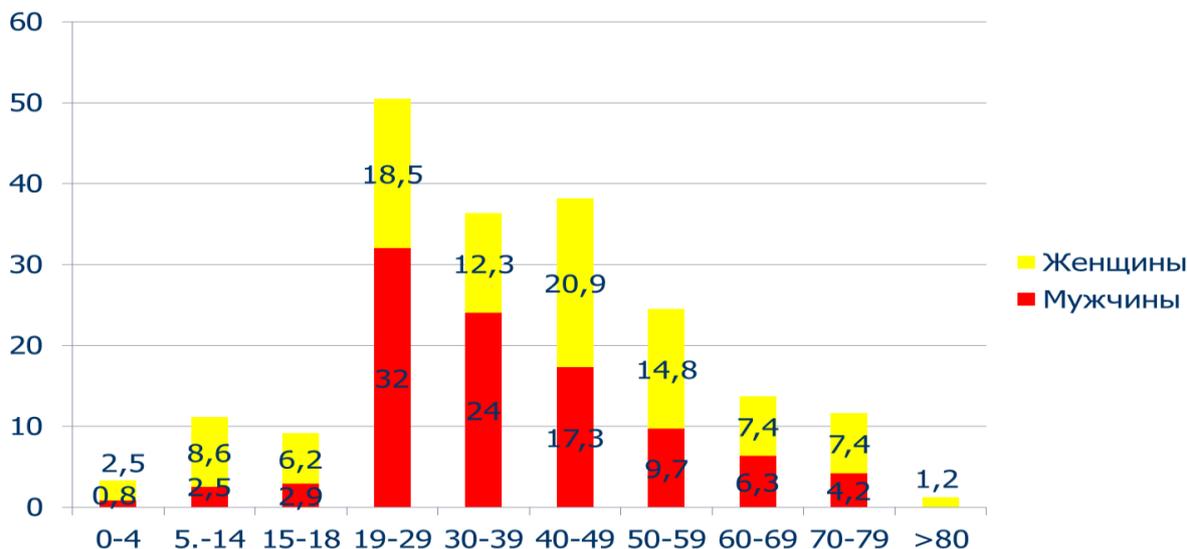


Рис.1. Распределение погибших по возрастным группам(%).

Таблица 3: Распределение деятельности погибших на момент смерти в ДТП в зависимости от пола.

	Мужчины, абс. число / %	Женщины, абс. число / %	Всего, абс. число / %
Не работает	82 / 34,3%	20 / 24,3%	102 / 31,8%
Студент	11 / 4,6%	10 / 12,2%	21 / 6,54%
Школьник	10 / 4,2%	8 / 9,8%	18 / 5,6%
Пенсионер	22 / 9,2%	11 / 13,4%	33 / 10,3%
Инвалид	2 / 0,8%	2 / 2,4%	4 / 1,2%
Служащий	20 / 8%	10 / 12,2%	30 / 9,3%
Рабочий	61 / 25,5%	11 / 13,4%	72 / 22,4%
Предприниматель	13 / 5,4%	2 / 2,4%	15 / 4,7%
Другое	18 / 7,5%	8 / 9,8%	26 / 8%
Всего	239 / 74,5%	82 / 25,5%	321 / 100%

Как видно из таблицы 3, основным контингентом являются рабочие или не работающие люди, как среди мужчин, так и среди женщин.

Исследование показало, что среди погибших участников дорожного движения пешеходами были 30,7% (n=98), водителями 30,1% (n=96), пассажирами 30,4% (n=97). Кроме того, смерть в результате переезда колесом автомобиля констатирована в 4 случаях (1,3%), сдавливания тела человека между авто и другими предметами – в 1 случае (0,2%), мотоциклетной травмы – 4 (1,3%), тракторной травмы – 5 случаев (1,6%).

Определение алкоголя в крови проводилось у 276 погибших (86%). У оставшихся 45 погибших (14%) данный анализ не брался в связи с длительным нахождением в стационаре с последующей смертью. Из 276 погибших в ДТП алкоголя в крови не установлено у 174 (54,2%). Установлено же, что 102 (31,8%) погибших находились в состоянии алкогольного опьянения (АО). Распределение по категориям участников дорожного движения в состоянии алкогольного опьянения представлено в таблице 4.

Таблица 4. Распределение по категориям участников дорожного движения в состоянии АО.

	Количество погибших в состоянии АО	Всего в данной категории погибших	% АО от Всего	Среднее содержание алкоголя в крови в данной категории, ‰	Степень опьянения относительно живого лица
Пешеход	32	110	29,1	2,4	Средняя
Водитель	42	102	41,2	2,06	Средняя
Пассажир	23	95	24,2	1,73	Средняя
Прочие	6	14	42,8	2,8	Средняя

Легкая степень констатирована у 29 (28,4%) человек; средняя степень - у 44 человек (43,1%); тяжелая степень - у 29 человек (28,5%).

Из таблицы 4 видно, что от 29,1 до 42,8 % погибших в каждой категории участников дорожного движения находились в состоянии АО средней степени тяжести

относительно живого лица. Это указывает, что АО является отягчающим фактором.

**Вывод:** определен социальный портрет погибшего – это мужчина (74,5%), в возрасте около 37 лет, не работает (31,8%) или рабочий (22,4%), трезвый (54,2%), пользователь автомобиля (60,5%).



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ TBL ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕКЦИОННОМ КУРСЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

<sup>1</sup>Р.И. Назимов, <sup>1</sup>Д.Т. Бакербеков, <sup>1</sup>А.С. Мусабеков, <sup>2</sup>Н. Бугров, <sup>2</sup>А. Писмарева

*Государственный медицинский университет г. Семей  
 Кафедра травматологии и профилактической медицины<sup>1</sup>,  
 Студенты 6-го курса лечебного факультета<sup>2</sup>*

**Актуальность.** TBL является четко определенной стратегией, которая с каждым годом все больше используется в медицинском образовании (1). Данная технология позволяет одному преподавателю эффективно обучать несколько малых групп в одной аудитории, при этом качество преподавания сравнимо с обучением одной малой группы (2). Неудовлетворенность эффективностью лекционного курса в традиционном формате подтолкнула нас к переходу на CBL технологию чтения лекций. Однако и неё, несмотря на ряд преимуществ, сохраняются один существенный недостаток – невозможность вовлечь в активное обучение всю лекционную аудиторию. Осознав необходимость изменить традиционные пути преподавания, с целью способствовать активному обучению и развитию критического мышления через применение знаний в отличие от простого запоминания фактов через простую передачу знаний от преподавателя к студенту, мы решились на использование TBL как технологии чтения лекций по травматологии и ортопедии на додипломном уровне.

**Материал и методы исследования:**

TBL в качестве технологии чтения лекций была использована для студентов 4 курса ОМФ и 5 курса лечебного и педиатрического факультетов. С целью определить мнение студентов о данной технологии, а также оценить её эффективность в освоении конечных результатов обучения были использованы следующие методы:

1. анкетирование студентов специально разработанной анкетой
2. повторное тестирование студентов на определение выживаемости знаний
3. статистическая обработка полученных результатов.

Для определения удовлетворенности обучаемых, была использована анонимная анкета, составленная на основе опросника, представленного в статье Dean X. Parmelee et al (3). Используемая анкета состоит из 13 утверждений с ответами по шкале Ликерта, ранжированными от «Полностью не согласен» (0) до «Полностью согласен» (4). Утверждения были сгруппированы в 4 категории:

- (1) Полная удовлетворенность работой в команде,
- (2) Влияние команды на качество изучения,
- (3) Удовлетворенность оценкой других членов команды,
- (4) Профессиональное развитие.

Для повторного тестирования были использованы вопросы множественного выбора A и R – типа по одной из тем практического занятия, теме лекции, прочитанной по технологии TBL и теме лекции с использованием CBL технологии. Тестирование было проведено через 2 месяца после сдачи дифференцированного зачета.

**Результаты исследования и их обсуждение:**

Мнение студентов о TBL-технологии чтения лекции представлены на диаграмме 1.

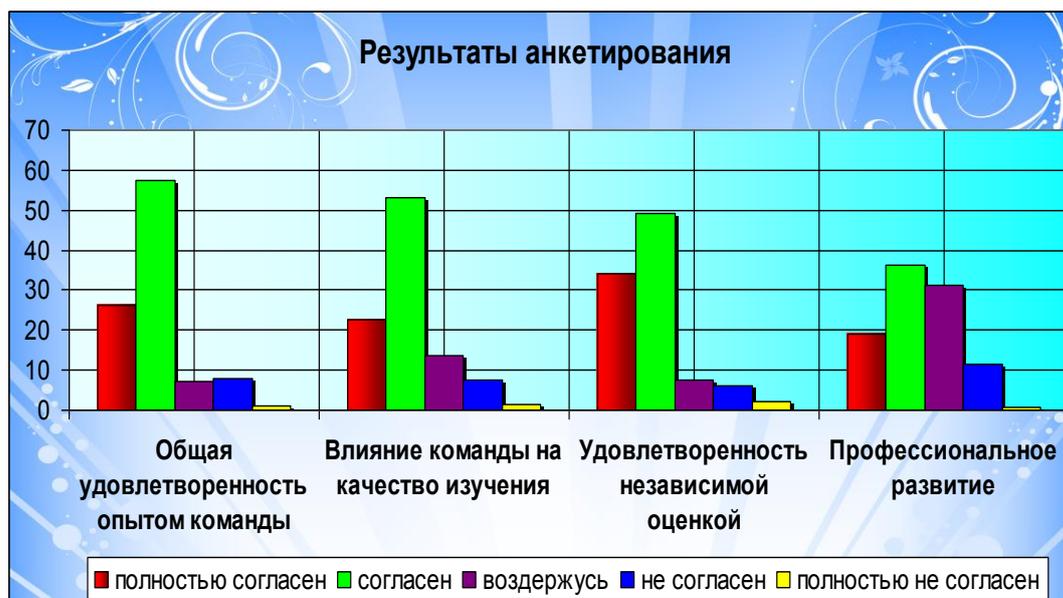


Диаграмма 1. Результаты анкетирования студентов



Как видно из диаграммы от 80 до 90% опрошенных были согласны с утверждениями о высокой эффективности данной технологии чтения лекций.

Данные анкетирования подтверждают и результаты тестирования на самих лекциях (диаграмма 2), где при

сравнении оценок по индивидуальным и групповым тестам можно увидеть их улучшение от лекции к лекции, что свидетельствует о повышении мотивации студентов к подготовке к лекции.



Рисунок 2. Результаты индивидуального и группового тестов.

Оценка за групповой тест всегда выше индивидуальной, что показывает положительное влияние команды на конечные результаты обучения.

Для сравнения выживаемости знаний студентов (n=80) были использованы тесты по теме практического занятия, по лекции с использованием TBL, и по традиционной лекции (case-технология).

Средняя оценка составила: по практическому занятию  $44,0 \pm 4,4$  (размах от 10 до 90%), лекция TBL  $41,1 \pm$

$4,2$ , лекция CBL  $27,1 \pm 3,6$  (диаграмма 3). Таким образом, через 3 месяца по теме занятия и лекции TBL сохранилось в среднем свыше 40% знаний и умений студентов. В то же время, выживаемость знаний по традиционной лекции была 27,1, что статистически достоверно было хуже, чем в 2-х предыдущих случаях.

То есть, как и предполагали разработчики технологии TBL эффективность лекций по технологии TBL приближается к эффективности практического занятия.

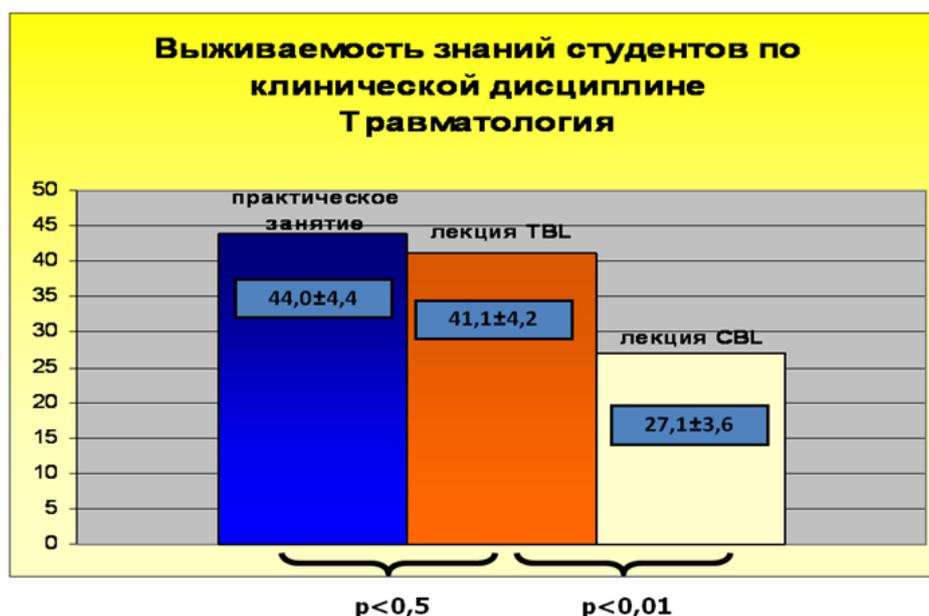


Рисунок 3. Выживаемость знаний студентов по клинической дисциплине травматология.



**Выводы:** Большинство студентов (85%) обучавшихся по технологии TBL оценили этот метод как более интересный и эффективный, чем традиционная методика чтения лекций. При сравнении промежуточных и итоговых оценок по лекциям отмечается их улучшение в динамике, что свидетельствует о повышении мотивации студентов к изучению предмета. Оценка выживаемости знаний студентов показала высокую эффективность лекций по технологии TBL (приближающуюся к эффективности практического занятия) по сравнению с традиционным способом чтения лекций. Таким образом, технология TBL должна рассматриваться как более продуктивный,

рациональный и эффективный метод обучения студентов.

**Литература:**

1. Seidel CL, Richards BF. Application of team learning in a medical physiology course. Acad. Med. 2001;76(5):533–4.
2. Britta M Thompson, et al Team-based learning at ten medical schools: two years late. Medical education 2007; 41: 250–257.
3. Parmelee DX, De Stephen D, Borges NJ. Medical students' attitudes about team-based learning in a pre-clinical curriculum. Med. Educ. Online [serial online] 2009;14:1.

УДК: 616.5-003.214-616.155.294

**ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ**

**Д.Т. Нурғалиева, Ж.И. Бешимбаева**

*Государственный медицинский университет города Семей*

Хроническая аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (АИТП) взрослых относится к часто встречающимся гематологическим заболеваниям; в США ежегодно регистрируется от 14000 до 16000 новых ее случаев. Обычно назначение кортикостероидов и спленэктомия приводят к нормализации числа тромбоцитов или поддерживают его на «безопасном» уровне более чем у 70% больных. При неэффективности этих методов лечить АИТП весьма трудно.

Одним из потенциальных путей решения проблемы в ряде случаев может являться применение препаратов системной энзимотерапии (СЭТ), обеспечивающих коррекцию ряда патогенетических механизмов, имеющих место при АИТП, обладающих «иммунонормализующим» действием. Применение препаратов СЭТ может обеспечить не только повышение эффективности лечения больных резистентной тромбоцитопенической пурпурой, но и снижения дозировки кортикостероидов и других препаратов для увеличения безопасности лечения заболевания.

**Цель работы:** Повышение эффективности коррекции нарушений в системе гемостаза при тромбоцитопенической пурпуре путем применения системной энзимотерапии.

**Материалы и методы исследования:**

Всего обследовано 45 больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой и 15 практически здоровых лиц (контрольная группа по показателям гемостаза).

Среди больных было 38 женщин и 7 мужчин, в возрасте от 20 до 48 лет (средний возраст 32,7±1,6 года).

Из них у 25 больных осуществлялось назначение флогэнзима по схеме: 3 таблетки 3 раза в день (насыщающая доза) в течение 1 месяца и далее по 1 таблетке 3 раза в день до 3 месяцев (поддерживающая доза).

Анализировались следующие показатели системы гемостаза: абсолютное содержание тромбоцитов в крови; АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов (УИА), ристоминин-индуцированная агрегация тромбоцитов (РИА), содержание в крови фактора Виллебранда, концентрация фибриногена, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ) и активность антитромбина-III (АТ III).

Результаты исследования и их обсуждение.

Основные результаты проведенного исследования динамики показателей системы гемостаза у больных АИТП в результате проведения курса СЭТ (через 1 месяц лечения) представлены в таблице 1.

**Таблица 1. – Влияние применения флогэнзима на показатели системы гемостаза**

Параметры	Контрольная группа, n=15 (M±m)	До лечения, n=45 (M±m)	Больные АИТП	
			Через 1 мес.	
			Лечение с применением СЭТ, n=25, (M±m)	Группа сравнения, n=20 (M±m)
<b>Тромбоциты</b>	273±15	127±11 <sup>^</sup>	215±15 <sup>^*</sup> (**)	125±14 <sup>^</sup>
УИА, с	16,4±0,4	13,0±0,16 <sup>^</sup>	14,5±0,3 <sup>^*</sup> (**)	12,7±0,19 <sup>^</sup>
РИА, с	15,9±0,4	11,3±0,2 <sup>^</sup>	14,0±0,2 <sup>^*</sup> (**)	11,8±0,3 <sup>^</sup>
Фактор Виллебранда, %	83,1±4,5	145,8±10,4 <sup>^</sup>	98,7±6,5 <sup>*</sup>	134,9±8,6 <sup>^</sup>
Фибриноген, г/л	2,26±0,09	3,35±0,10 <sup>^</sup>	2,98±0,42	3,76±0,41 <sup>^</sup>
АПТВ, с	40,8±1,5	39,4±0,9	42,5±3,3	41,2±3,0
ПВ, с	18,2±0,7	14,3±0,5 <sup>^</sup>	15,3±0,5 <sup>^</sup>	14,7±0,9 <sup>^</sup>
АТ III, %	103,5±6,1	81,4±2,7 <sup>^</sup>	95,8±2,8 <sup>*</sup> (**)	76,5±3,4 <sup>^</sup>

Примечание: <sup>^</sup> - различия с контрольной группой достоверны, p<0,01.

<sup>\*</sup> - различия с показателями до лечения достоверны, p<0,01.

<sup>\*\*</sup> - различия с показателями группы сравнения достоверны, p<0,01.



Исходно состояние системы гемостаза у больных АИТП характеризовалось резким снижением содержания тромбоцитов в периферической крови (на 53,5% относительно контрольной группы,  $p < 0,001$ ). Одновременно достоверно сниженными оказались показатели УИА, РИА, резко повышенным – фактор Виллебранда (на 75,5%,  $p < 0,01$ ).

Кроме того, наблюдалось достоверное увеличение содержания в крови фибриногена, укорочение протромбинового времени, а также достоверное уменьшение активности АТ III.

Применение препарата СЭТ в лечении больных АИТП позволило добиться улучшения состояния показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, что характеризовалось ростом числа тромбоцитов в крови (в среднем на 72,0% относительно показателей группы сравнения,  $p < 0,01$ ), повышением времени индуцированной агрегации (УИА, РИА), что свидетельствует о улучшении функционального статуса тромбоцитов, снижении содержания в крови фактора Виллебранда (на 32,3% относительно исходного,  $p < 0,01$ ) – уменьшение распада тромбоцитов и повреждения сосудистого эндотелия.

Параллельно отмечалась тенденция к улучшению состояния других звеньев системы гемостаза. Так, зарегистрировано снижение содержания в крови фибриногена, причем различия показателя с контрольной группой были недостоверными. Отмечалась тенденция к росту протромбинового времени.

Увеличение активности АТ III было статистически достоверным в отношении как исходного уровня, так и показателей группы сравнения ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, повышение содержания тромбоцитов у больных АИТП в ходе системной энзимотерапии сопро-

вождалось улучшением в динамике показателей, характеризующих состояние как сосудисто-тромбоцитарного, так и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза. Данные изменения свидетельствуют о перспективности применения препарата СЭТ флогэнзим в комплексном лечении заболевания с целью максимальной коррекции патогенетических механизмов, снижения необходимой дозировки кортикостероидных препаратов.

#### Выводы:

1. Применение препарата СЭТ флогэнзим оказывает нормализующее действие на показатели сосудисто-тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев системы гемостаза у больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой.

2. Использование в комплексе патогенетической терапии больных аутоиммунной тромбоцитопенической пурпурой препарата флогэнзим может способствовать повышению ее эффективности.

#### Литература:

1. McMillan R., Imbach P.A. Immune thrombocytopenic purpura / In: Loscaizo J., Schafer A.I., eds. Thrombosis and Hemorrhage. Boston: Blackwell Scientific, 1994: 575-595.

2. Berchtold P., McMillan R. Therapy of chronic idiopathic thrombocytopenic purpura in adults // Blood. – 1989. – Vol.74. – P.2309-2317.

3. Facon T., Caulier M.T., Wattel E. et al. A randomized trial comparing vinblastine in slow infusion and by bolus i.v. injection in idiopathic thrombocytopenic purpura: a report on 42 patients // Br J Haematol. – 1994. – Vol.86. – P.678-680.

4. Системная энзимотерапия. Под ред. В.И. Мазурова, А.М. Лила, Ю.В. Стернина. // Спб.: МобиДик, 1995. - 160 с.

УДК 616.34/342-002.44-089

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИССЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО СУБСТРАТА ПРИ ПРОБОДНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИ ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

<sup>2</sup>Н.Б. Омаров, <sup>1</sup>В.Г. Лубянский, <sup>2</sup>Н.Р. Рахметов

Алтайский Государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия<sup>1</sup>,  
 Государственный медицинский университет, г. Семей<sup>2</sup>

### Тұжырым

#### Кіші инвазивті технологияларды қолдану арқылы перфоративті ұлтабар ойық жарасын сылу операциясының ем нәтижесін бағалау

Клиникада қолданылған видеолaparоскопия, санация, ұлтабар ойық жарасын сылу және кіші тілім арқылы дуоденопластика жасау әдісіміз; ұлтабар ойық жарасын видеолaparоскопиялық тігу әдісінен айырмашылығы: ұлтабардың артқы қабырғасын толық қарай аламыз, ұлтыбардың тыртықты тарылуын жоямыз, ойық жара маңындағы қабыну валы алынып жараның жазылуына қолайлы жағдай жасаймыз. Дәстүрлі әдіс арқылы ұлтабардың ойық жарасын сылу операциясымен салыстырғанда, біздің қолданған әдісіміз науқасқа аз көлемді жарақат әкеліп, науқастың стационардағы болу мерзімін азайтады.

Операциядан кейінгі кезеңде: жара іріңдеуі-1(0,83%), дисфагия-3(2,5%), гатростаз-1(0,83%), жедел панкреатит-1(0,83%) науқастарда болды. Өте жақсы және жақсы деген нәтиже 9(93,3%), қанағаттанарлық-1(6,6%) науқастарда болды.

Қортындылай келгенде қолданылған видеолaparоскопия, санация, ұлтабар ойық жарасын кіші тілім арқылы сылу және дуоденопластика жасау әдісіміз арқылы ұлтабардың деформациясын болдырмай, операциядан кейінгі кезеңде ұлтабар бойымен пассаждың дұрыс өтуін қамтамасыз етеді.

### Summary

#### Results of efficacy of excising of ulcerative substrate at perforated duodenal ulcers with use mini-invasive technologies

Mean applied by us the video laparoscopy, sanation, and excising of ruptured ulcer of duodenum with a duodenoplasty from miniaccess has a series of advantages in comparison with videolaparoscopy suture of ulcers: it is possible to examine



back side of duodenum, for the purpose of an ulcer exception; eliminate stenosis of duodenum; remove an inflammatory shaft round an ulcer that frames conditions for the best wound repair of duodenum.

In comparison with open operation and the ruptured ulcer excising, the method applied by us small traumatic, gives the chance to reduce term of stay of the patient in a hospital. Postoperative complications have educed at 6 (5%) patients: a wound pyesis - 1 (0,83%), disfagija - 3 (2,5%), gatrostaz-1 (0,83%), an acute pancreatitis-1 (0,83%). An assessment of the remote clinical results after a laparoscopy, excising of ruptured ulcer of duodenum, duodenoplasty from miniaccess are tracked at 10 patients. Excellent and good results are received at 9 (93,3%), satisfactory-1 (6,6%) patient. At all patients was positive dynamics of mass of body, working capacity is recovered in 21-28 days after operation. At carrying out of control esophagogastroduodenoscopy and a roentgenoscopy of a stomach and duodenum signs of a stenosis or passage disturbance it is not taped.

Thus, application of a video laparoscopy with excising of ruptured ulcer of duodenum allows to exclude deformation from miniaccess and to achieve restoration of a good passage on duodenum in the postoperative season.

Перфоративная язва ДПК является одной из актуальных проблем современной хирургии, так как прободения язв составляет от 4-х до 8 % среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Процент перфораций язвы увеличивается с 8-10% до 14-16%, а летальность колеблется от 4 до 15%, что делает проблему социальной.

На современном этапе в хирургии наряду с ушиванием перфоративного отверстия и первичной резекцией желудка применяются различные виды ваготомии с дренирующими желудок операциями. Ушивание перфоративной язвы ДПК сопровождается деформацией ДПК и не влияет на этиологические и патогенетические механизмы язвообразования, у 50-85% больных наступает рецидив заболевания. Применение резекции желудка в условиях перфорации язвы ДПК сопровождается высоким риском и летальностью 3-8%, а у 10-30% больных – развитием постгастрорезекционных расстройств. После ваготомии с дренирующими желудок операциями возникают гипокинезия желудка, рефлюкс-гастрит, рецидив язвы.

В настоящее время в связи с развитием видеолaparоскопической хирургии наиболее широко применяется видеолaparоскопическое зашивание перфоративного отверстия.

Целью исследования является улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения прободных язв ДПК, сочетанных с пенетрацией и наличием инфильтрации стенки.

Исследование основано на изучении результатов хирургического лечения 86 больных с перфоративной язвой ДПК. Основную массу 78(91%) составляли люди трудоспособного возраста. Среди общего количества больных мужчин было 80 (95%), женщин 6(5%). Средний возраст варьировал от 19 до 68 лет. У 12 (10%) больных выявлены различные сопутствующие заболевания. Перфорация язвы была первым признаком язвенной болезни у 30(28%), наступила на фоне обострения заболевания у 40(48%), в период клинической ремиссии у 50(53%) больных. При этом 4(8,5%) больных доставлены с повторной перфорацией, а в 3-случаях (4%) сочеталась кровотечением.

Выбор хирургической тактики был направлен на одновременное решение следующих задач - ликвидация источника перитонита, радикальное лечение язвенной болезни с достижением минимальной травматичности применением малоинвазивных технологий. Все больные были разделены на 3 группы. Первые две сформированы на ранних этапах работы и включали больных оперированных открытым методом, Им проводилась лапаротомия, ушивание перфоративной язвы ДПК у 37(44,3%) и лапаротомия иссечение перфоративной язвы, с дуоденопластикой и дренированием брюшной полости - у 31(36,3%). Третью группу составили 18 больных, у кото-

рых выявлена перфоративная дуоденальная язва с пенетрацией или каллезным краем им проводилась видеолaparоскопия, санация брюшной полости, а затем иссечение перфоративной язвы, и дренирование из минидоступа в правом подреберье с применением расширителя «миниассистент».

Применяемый нами способ видеолaparоскопия, санация, и иссечение перфоративной язвы ДПК с дуоденопластикой из минидоступа имеет ряд преимуществ по сравнению с видеолaparоскопическим ушиванием язвы: удается осмотреть заднюю стенку ДПК, с целью исключения язвы; устранить стеноз ДПК; удалить воспалительный вал вокруг язвы, что создает условия для лучшего заживления раны ДПК.

В сравнении с открытой операцией и иссечением перфоративной язвы, применяемый нами метод малотравматичен, дает возможность сократить срок пребывания больного в стационаре.

Послеоперационные осложнения развились у 6(5%) больных: нагноение раны - 1(0,83%), дисфагия - 3(2,5%), гатростаз - 1(0,83%), острый панкреатит -1(0,83%). Оценка отдаленных клинических результатов после лапароскопии, иссечения перфоративной язвы ДПК, дуоденопластика из мини доступа прослежены у 10 больных.

Отличные и хорошие результаты получены у 9(93,3%), удовлетворительные-1(6,6%) больного. У всех больных была положительная динамика массы тела, трудоспособность восстановлена через 21-28 дней после операции. При проведении контрольной эзофагогастродуоденоскопии и рентгенооскопии желудка и ДПК признаков стеноза или нарушения пассажа не выявлено.

Таким образом, применение видеолaparоскопии с иссечением перфоративной язвы ДПК из минидоступа позволяет исключить деформацию и добиться восстановления хорошего пассажа по ДПК в послеоперационном периоде.

#### Литература:

1. Алиев М.А., Рахметов Н.Р., Чиныбаев А.И., Аймагамбетов М.Ж. «Органосохраняющие операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки» - Семипалатинск. - 1998г. -118с.
2. Курыгин А.А. Перегудов С.И. «Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв». – Хирургия. – 1999. - №6. – С.15-19.
3. Майстренко Н.А., Мовчан С.И. «Хирургическое лечение язв двенадцатиперстной кишки». - Спб: Гиппократ, 2000-360с.
4. Кузин М.И. «Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», - Хирургия. – 2001. - №1. – С.27-32.
5. Salvini P. Sallusti M. Papotti R. et all. «Sargical therapy ofperforated duodenal ulcers» Ann. Ital.Chir.-1994-65.P217-222



ӘОЖ: 612.014.482+577.15

## ШАҒЫН МӨЛШЕРДЕГІ ГАММА-СӘУЛЕНІҢ АЛМАСУ ЖҮЙЕЛЕРГЕ ӘСЕРІ

А.А. Рымбаева, Г.О. Ілдербаева

Семей қ. мемлекеттік медицина университеті

### Summary

#### **INFLUENCE OF GAMMA RADIATION WITH DOSE 0.2 Gr ON METABOLISM AND POL.**

*In the experiment we investigated the influence of gamma radiation with dose 0.2 Gr on metabolism and POL. Results: increase of products of POL and decreasing of enzyme activity of metabolism.*

**Өзектілігі:** Қоршаған ортаның әсеріне ағзаның өте сезімтал көрсеткіштердің бірі болып босрадикалды тотығу жағдайы саналады. Қазіргі таңда босрадикалды тотығу үрдісі жасушалардың тіршілігінде таптырмайтын маңызды рөлін атқарады. Жасушалардың мембранасының бүтінділігінің бұзылуының немесе тіршілігін жоюының негізгі механизмдерінің бірі липидтердің аса тотығуы. Липидтердің асқын тотығуының өнімдерінің мөлшері қатаң бақыланып отырады. Ағзада босрадикалдардың түзілуі шамадан тыс жоғарлай түсетін болса, түбі қолайсыз жағдайларға (зардаптарына) әкелуі мүмкін [1,2]. Босрадикалды тотығу жүйесінің өзіне тән ерекшелігі босрадикалдың липидтерді тотықтыруда өтетін реакцияларды жүргізу қабілеттілігі жатады. Қалыпты жағдайда осы тізбекті реакциялар барысында радикалдар өзгеріссіз болатын болса, ал сутектің қос тотығы мөлшері жоғарлай түседі. Биосубстраттардағы босрадикалды тотығу үрдісінің осындай тізбекті түрде жүруі бастапқы деңгейдегі бұзу әрекеті бірнеше рет жоғарлауын түсіндіреді [3,4]. Қазіргі таңда босрадикалды тотығу үрдісін зерттеу жасушадағы оттегін тасымалдаудағы жалпы биологиялық мәселесін және жұмсалудың, биомембрананың қызмет етуі, биохимиялық үрдістердің сипатын және оттегіге тәуелді реакциялардың бұзылуының заңдылықтарын ашуға, ағзада туатын патологиялық өзгерістердің патогенезін анықтауға және патологиялық өзгерістерді бағытты түрде орнына келтіру мәселесін шешуде маңызды орын алады [5].

Соңғы жылдардағы зерттеу жұмыстарында босрадикалды үрдістердің кәсіптік патологияларда маңызды рөл атқаратындығы айтылып жүр [6]. Физиологиялық жағдайда липидтердің асқын тотығу үрдісі тотығуға қарсы қорғаныспен тежеледі, бұл қорғаныс кейде жағымсыз фактордың әсерінен істен шығуы мүмкін [7]. Патологиялық үрдістің қалыптасуында бұл жүйе ерекше маңызды орын алады, себебі, жасушалық деңгейдегі, қандай да бір өзгеріске өте жоғары сезімталды, және де бұл жүйенің шамадан тыс қарқыны кезінде кең көлемді зардаптары болуы мүмкін.

Босрадикалды тотығу жүйесінің нәтижесінде зиянды заттар көп мөлшерде жиналып, жасуша мембранасы компоненттеріне әсер етіп, иондағыш сәуленің әсерін ұлғайтады [8]. Иондағыш сәулелердің тікелей әсері кезінде биологиялық маңызды молекулалардың сәулелену қуатын сіңіруіне байланысты, яғни иондалу кезінде оттегі молекуласымен өз ара байланысқа түсетін бос радикалдар түзіледі [9].

Иондағыш сәулелену кезіндегі липидтердің асқын тотығу жүйесінің қимылы түрлі күйде өзгергендігі анықталған [10]. Соңғы жылдардағы басылымға

шыққан зерттеу жұмыстарында босрадикалды үрдістердің иондағыш сәулеленудің әсерінде туындайтын өзгерістер патологиялық үрдістің қалыптасуында ерекше орын алатындығын, оның сезімталдығын және бұл жүйе бұзылысының үлкен зияншылықтары барын ескере отырып, біздің зерттеу жұмысымыздың негізгі мақсаты ретінде липидтердің асқын тотығуы (ЛАТ) жүйесінің және энергиялық алмасудың иондағыш сәуленің әсер етуі кезіндегі рөлін анықтау болды.

**Жұмыстың мақсаты:** 0,2 Гр гамма сәуленің бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері, шеткі қан лимфоциттеріндегі энергиялық алмасу мен липидтердің асқын тотығу өнімдеріне әсері.

**Зерттеу әдістері мен материалдар:** Эксперимент ақ түсті 12 айлық 25 егеуқұйрықтарға жасалды. Олар 2 топқа бөлінді: I-топ интактілі 12 айлық егеуқұйрықтар (n=10), II-топ -12 айлық егеуқұйрық+гамма сәулелену (n=15). Сәулелендіру дозасы 0,2 Гр болды. Егеуқұйрықтардың II тобын сәулеленуден кейін зерттеуге алынып, олардың бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде липидтердің асқын тотығы өнімдері мен энергиялық алмасу көрсеткіштерін сәулеленбеген интактілі егеуқұйрықтардың көрсеткіштерімен салыстырдық.

Липидтердің асқын тотығын сипаттайтын көрсеткіштер: диен конъюгаты (ДК), малон диальдегиді (МДА) және энергиялық алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер сукцинатдегидрогеназа (СДГ), цитохромоксидаза (ЦХО) ферменттері зерттелді. Зерттеу мәліметтері статистикалық әдіспен өңделді [11].

#### **Зерттеу нәтижелері:**

Гамма сәуленің иммунокомпетентті жасушаларға әсерінен кейінгі өзгерістерге келсек (1 кесте): ЦХО белсенділігі бауырда  $0,248 \pm 0,021$  ден  $0,149 \pm 0,011$  ( $p < 0,01$ ) дейін, көкбауырда  $0,193 \pm 0,032$  ден  $0,112 \pm 0,010$  дейін ( $p < 0,05$ ) нақты азайғандығы жүрсе, ал, шеткері қан лимфоциттерінде  $0,158 \pm 0,013$  ден  $0,142 \pm 0,019$  дейін азаю ықпалы жүрген ( $p > 0,05$ ).

Ал СДГ мөлшерінің жоғарлауына ықпалы барлық зерттелген жасушаларда және гомогенаттарда байқалды, тек ішек лимфа түйіндерінде СДГ мен ЦХО ферменттерінің белсенділігі нақты жоғарлағаны анықталды:  $0,002 \pm 0,0003$ -тен  $0,009 \pm 0,001$ -ге ( $p < 0,001$ ) және  $0,183 \pm 0,012$ -ден  $0,245 \pm 0,022$ -ге ( $p < 0,05$ ) сәйкесті.

Алынған нәтижелер гамма сәуленің энергиялық алмасу үрдістеріндегі каталитикалық ферменттердің белсенділігіне теріс әсерін тигізетінін көрдік. Ал метаболикалық үрдістердің радиация әсерінен жасуша және ағза деңгейінде пайда болатын патологиялық реакциялары адамның қорғаныш және бейімделу механизмдеріне кедергілі ықпалына әкеліп соқтырады.



**1-кесте - Бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде энергиялық алмасу көрсеткіштеріне гамма-сәуленің әсері**

12 айлық	Зерттеу нысанасы	Қалыпты топ	0,2Гр гамма-сәуленің әсері
СДГ нмоль/мг.сек	Бауыр	0,001±0,0006	0,002±0,0003
	Көкбауыр	0,023±0,005	0,024±0,002
	Жіңішке ішек лимфатүйіндері	0,002±0,0003	0,009±0,001***
	Шеткері қан лимфоциттері	0,012±0,001	0,016±0,002
ЦХО нмоль/мг.сек	Бауыр	0,248±0,021	0,149±0,011**
	Көкбауыр	0,193±0,032	0,112±0,010*
	Жіңішке ішек лимфатүйіндері	0,183±0,012	0,245±0,022*
	Шеткері қан лимфоциттері	0,158±0,013	0,142±0,019

Ескерту – Қалыпты топқа айырмашылық нақтылығы: \* -  $p < 0,05$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Аз дозалы гамма-сәуленің әсерінен кейінгі липидтердің асқын тотығы өнімдеріндегі өзгерістер: ДК мөлшері шеткері қан лимфоциттерінде 0,23±0,02-тен 0,42±0,05-ке ( $p < 0,01$ ), бауырда 0,67±0,05-тен 1,43±0,09-ға дейін ( $p < 0,001$ ) және ішек лимфа түйіндерінде 0,33±0,03-тен 0,62±0,08-ге дейін ( $p < 0,05$ ). Ал көкбауырда ДК мөлшері бақылау деңгейінде болды, бірақ өсуге ықпалы байқалды. 0,2 Гр радиациямен

әсер еткенде МДА мөлшері барлық зерттеу нысаналарында нақтылы өскенін көрдік: шеткері қан лимфоциттерінде 0,08±0,007-ден 0,09±0,008-ге дейін, бауырда 0,16±0,02-ден 0,24±0,02-ге дейін ( $p < 0,05$ ) және ішек лимфа түйіндерінде 0,06±0,005-тен 0,10±0,01-ге ( $p < 0,05$ ) дейін, ал көкбауырда 0,33±0,03-тен 0,36±0,02-ге дейін ( $p > 0,05$ ).

**2-кесте - Бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде липидтердің асқын тотығы өнімдеріне гамма-сәуленің әсері**

Зерттеу объектісі	Топ	ДК	МДА
Бауыр	I	0,67±0,05	0,16±0,02
	II	1,43±0,09 ***	0,24±0,02 *
Көкбауыр	I	1,27±0,17	0,33±0,03
	II	1,33±0,12	0,36±0,02
Жіңішке ішек лимфатүйіндері	I	0,33±0,03	0,06±0,005
	II	0,62±0,08 *	0,10±0,01 *
Шеткері қан лимфоциттері	I	0,23±0,02	0,08±0,007
	II	0,42±0,05 **	0,09±0,008

Ескерту:  
 1 I - қалыпты топ.  
 2 II - 0,2 Гр гамма-сәуленің жедел кезіндегі топ.  
 3 I топқа сәйкес айырмашылық нақтылығы: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$ .

Алынған нәтижелер гамма-сәуленің теріс әсерін яғни, бос радикалдар статусындағы ДК және МДА концентрациясының бауыр, көкбауыр, ішек лимфа түйіндері гомогенаттарында және шеткі қан лимфоциттерінде бұл көрсеткіштер қалыпты мөлшерден жоғарлағанын көреміз.

**Әдебиеттер:**

1. Сейсембеков Т.З., Айтпаев Б.К. и соавт. Антиоксиданты в клинике внутренних болезней. Метод. рекомендац. –Қараганда. 1992. –16с.
2. Dormandy T.L. An approach to free radicalis // Lancet. -1983. –2. –P.1010-1014.
3. Соколовский В.В. Тиолдисульфидное соотношение крови как показатель состояния неспецифической резистентности организма. – С.Пб. –1996. –С.3-12.
4. Каражанова Л.К., Танатарова Г.Н. Цитопротективная терапия ишемической болезни сердца. – Семипалатинск. –2000. –98с.
5. Rao P.S., Mueller H.S. Lipid peroxidation and acute myocardial ischemia //Adv Exp Med Biol. –1993. –161. – P.347-363.
6. Soodaeva S.K., Skotzelias E.D., Zhukov A.A., Archakov A.I. Comparative studies of superoxide

generation in microsomes and reconstituted monoxygonose systems //In: Cytochrome P-450. Biochemistry, Biophysies and Environmental Implications, 1982, (E.Hietanon et al., tds.), Elsevier Blomed. Press. Amsterdam. – N.Y. – Oxford. –P.615-618.

7. Перекисное окисление и радиация / Под ред. В.А.Барабой. – Киев, 1991
8. Владимиров Ю.А., Козлов Ю.П., Азизова О.А. и др. Перекисное окисление липидов и нарушение транспорта кальция в биологических мембранах. Соматосенсорная кинетическая чувствительность в норме и патологии. – Иркутск, 1985. – С.132-133.
9. Москалев Ю.И. Отдаленные последствия ионизирующих излучений. М., 1991. – 463с.
10. Усенова О., Узбекова А., Жетписбаев Б. и др., Особенности состояния перекисного окисления липидов в отдаленном периоде после фракционированного гамма-облучения. Астана медициналық журналы. –2006. - №2. –С.114-117.
11. Гадаскина И.Д. Методы изучения экспериментальных пневмокониозов. В кн.: Воспроизводство заболеваний у животных для экспериментально-терапевтических исследований. Л., 1954.



УДК 613.955

## ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

У.С. Самарова, Д.М. Битебаева, К.Д. Турлыбекова

Государственный медицинский университет города Семей

### Резюме

В статье описаны влияния социально-гигиенических факторов на состояние здоровья школьников.

### Тұжырым

Мақалада мектеп оқушыларының денсаулық жағдайына әуеуметтік-гигиеналық факторлардың әсері сипатталған.

### Summary

This article describes the influence of social and hygienic factors on pupil's health condition.

Все многочисленные слагаемые жизни человека проявляются в его здоровье. При изучении влияния различных жизненных факторов на формирование здоровья человека, комплексные исследования членов семьи, так называемые комплексные посемейные обследования набрали наиболее полный и наглядный перечень:

- материальная обеспеченность,
- уровень культуры,
- жилищные условия,
- питание,
- воспитание детей,
- внутрисемейные отношения,

В настоящее время родители уделяют мало внимания вопросам охраны здоровья своих детей: формированию навыков личной гигиены (мытьё рук и тела, чистка зубов, пользование носовым платком и столовыми приборами, обращение с животными), рациональному питанию, соответствующей возрасту двигательной активности и закаливанию, предупреждению травм, соблюдению режима дня и так далее. В семьях продолжается рост курения, пьянства, наркомании и половой распущенности. Дети и подростки часто предоставлены сами себе. Длительный просмотр телепередач, низкая физическая и двигательная активность, знакомство с психоактивными веществами – таковы часто их досуг. В средствах массовой информации наблюдается постоянная пропаганда грубой силы, агрессивности и свободных сексуальных отношений. Результатом этого можно считать определенную деформацию социального портрета современного подростка, для которого стало характерным приобщение к курению, употреблению алкоголя, наркотиков, агрессивность и ранняя сексуальная активность. Поскольку нарушения полового развития и репродуктивного здоровья формируются в пубертатном возрасте, на этапе школьного обучения, то охрана репродуктивного здоровья подростков становится одной из профилактических задач современной школы. Дети и подростки остро нуждаются в знаниях о своем организме и происходящих в нем изменениях в связи с половым созреванием. В последние годы школьный курс анатомии и физиологии человека дополнен сведениями о половом развитии и гигиене пола, но, к сожалению, такая информация представлена в этих курсах неполно и непоследовательно, а нравственное воспитание подменяется примитивным «чтением морали». Школа фактически сообщает подросткам гораздо меньше информации, чем следовало бы, и делает это позже, чем нужно. Результаты научных исследований, а также данные официальной статистики, свидетель-

ствуют о негативных тенденциях в состоянии здоровья детей, которые произошли за последние десятилетия. Ухудшение состояния здоровья характеризуется ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, ухудшением физического развития, снижением числа абсолютно здоровых детей (Баранов А.А., 1999-2003; Филатов Н.Н., Куценко Г.И., 2000; Сухарев А.Г., 2000; Кучма В.Р., 2001; Шарапова О.В., 2002; Сухарева Л.М. с соавт., 2002; Ямпольская Ю.А., 2004 и др.). Неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья наиболее выражены в период обучения ребенка в школе (Усанова Е.П., 1997; Баранов А.А., 2000, 2005; Кучма В.Р., Сухарева Л.М. 2000-2006; Бережков Л.Ф., 2001. По данным НИИ гигиены и охраны здоровья детей ГУ НЦЗД РАМН современная начальная школа отличается интенсификацией учебного процесса, отмечается противоречие между возросшими требованиями школы и ухудшением состояния здоровья учащихся (Степанова М.И., 2003). Результаты научных исследований свидетельствуют также о высокой распространенности среди школьников факторов риска, обусловленных образом жизни (Александров А.А., 1991; Евстифеева Г.Ю., 2004; Звездина И.В., 2004; Звездина И.В., Кучма В.Р., 2005; Соловьева И.М., 2006; Токарев С.А., 2006), которые в дальнейшем будут определять уровень, динамику заболеваемости и смертности взрослого населения (Лисицын Ю.П., 1998; Оганов Р.Г. и др., 2004, 2006). В настоящее время немного работ, посвященных изучению распространенности факторов, обусловленных образом жизни и их роли в формировании отклонений в состоянии здоровья учащихся начальной школы, и практически отсутствуют работы, посвященные определению прогностической значимости этих факторов в младшем школьном возрасте. При распределении обследуемых школьников на пять групп в зависимости от состояния здоровья доказано, что именно режим учебы, отдыха, характер общественной работы, семейная обстановка и другие факторы образа жизни определяют состояние здоровья и позволяют отнести школьников к той или иной группе, требующей различных мер медицинского воздействия. В частности, в пятой группе, куда были отнесены больные хроническими заболеваниями, с признаками профессиональной непригодности и даже инвалидности, 85% составляли школьники с низкой социальной активностью, т.е. систематическим нарушением режима учебы, отдыха, поведения, неблагоприятием в семьях (низкий культурный уровень родителей, напряженная внутрисемейная обстановка). Распространенность отдельных заболеваний также находится в большой зависимости от соци-



альной активности, прежде всего режима учебы, быта, общественной работы, отношений дома, в школе и др. По исследованиям Е.Н. Савельевой (1980), каждый второй ребенок, заболевший ревматизмом, обладал низкой социальной активностью. В исследованиях Соколова (1979) установлено, что в семьях, в которых соблюдался режим дня, состояние здоровья у 59% обследуемых было признано хорошим, у 35% – удовлетворительным и у 6% – неудовлетворительным. В тех семьях, в которых рациональный режим не соблюдался, эти показатели были значительно хуже: соответственно 45, 47 и 8%. Ведущее значение поведенческих факторов образа жизни показано и в исследованиях, например, при заболеваемости детей, с которыми имеют дело участковые педиатры – нездоровый образ жизни – решающий фактор при алкоголизме, пьянстве не только взрослых, но детей и подростков (докторская диссертация Е.С. Соколовой, 1996). Многолетнее исследование А.И. Кича (докторская диссертация, 1996) показало ведущее значение образа жизни и его факторов на состояние здоровья семьи: “как ближайшая к человеку микросреда, семья с различными сторонами своей жизнедеятельности, статусом – демографическим, социально-экономическим, морально-психологическим оказывает непосредственное и опосредованное влияние на здоровье своих членов”. Обобщив результаты более чем 8 тыс. посемейных исследований Н.М. Ромашевская пришла к заключению, что главными факторами, обуславливающими показатели здоровья членов семей, являются характер труда, питания, отдыха, психологические. Эти исследования показали, как важно знание этих влияний на формирование и развитие тех или иных заболеваний. Нельзя заболевание рассматривать

только с медико-биологических позиций, без учета его психосоциальных причин. Режим, распорядок дня членов семьи – один из комплексных показателей, характеризующих образ жизни. Нарушение режима отдыха, сна, питания, занятий в школе и других его проявлений статистически бесспорно, достоверно способствует возникновению и отрицательно воздействует на течение различных заболеваний, неблагоприятно сказывается на уровнях заболеваемости, способствует развитию дефектов и отставанию физического и интеллектуального развития, отрицательно влияет на другие показатели здоровья. Можно привести десятки примеров этому. Нарушение режима сна, питания, прогулок и других видов физической активности уже в первые годы жизни детей резко сказывается на их здоровье. Каждый третий ребенок, не соблюдающий режим дня, имел неудовлетворительные показатели физического развития.

#### Литература:

1. Шаршенова А.А. Токсикологические исследования содержания тяжелых металлов в биосредах организма детей / А.А. Шаршенова // ЗНиСО. 2004.
2. Шарапова О.В. О мерах по улучшению охраны здоровья детей. Доклад на VII конгрессе педиатров России / О.В. Шарапова // Вопросы современной педиатрии 2002.
3. Формирование роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Под ред. А.А. Баранова, J1.А. Щеплягиной. М., 2000.
4. Особенности фактического питания детей и подростков России в середине 90-х годов / А.Н. Мартинчик, А.К. Батулин, В.С. Баева и др. // Российский педиатрический журнал. 1998.

УДК 618.174-089

## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПО ДАННЫМ ГОРОДСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

Б.Ж. Сатубалдинова, Г.Н. Баймусанова, С.М. Гамзаева, Н. Нахатова

Государственный медицинский университет города Семей  
 Кафедра акушерства и гинекологии №2

#### Тұжырым

**ҚАЛАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ ПЕРЗЕНТХАНА БОЙЫНША ХИРУРГИЯЛЫҚ ГЕМОСТАЗДЫ ҚОЛДАНУ НӘТИЖЕЛІГІ**  
 Жатыр атониясы кезінде О.Лири бойынша жатырдың магистральды қан тамырларын байлау және Б-Линч бойынша компрессиялық тігіс салу нәтижелігі бағаланды. Хирургиялық гемостазға дер кезінде алу гистерэктомияның жиілегін төмендетті.

#### Summary

### ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF SURGICAL HEMOSTASIS ACCORDING DATA OF CLINICAL MUNICIPAL MATERNITY HOSPITAL

The effectiveness of uterus major vessels ligation by O'Leary and applying compression suture by B-Lynch in case of uterine atony is reported. With timely taking for the surgical hemostasis is reduced frequency of hysterectomies.

Проблема остановки послеродовых атонических кровотечений в акушерстве остается актуальной, поскольку кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности. Ежегодно во всем мире послеродовое кровотечение развивается у 14 миллионов женщин, из них погибает до 125 тысяч.

Последствия послеродового кровотечения могут быть уменьшены только при быстрой диагностике этого

состояния и немедленном проведении лечебных мероприятий.

При возникновении массивных послеродовых кровотечений при отсутствии эффекта от консервативных методов выполнялась экстренная гистерэктомия, которая приводила к потере репродуктивной и менструальной функций матки.

На сегодняшний день появились альтернативные методы хирургического гемостаза с сохранением ре-



продуктивной и менструальной функций матки: перевязка магистральных сосудов матки по О,Лири и наложение компрессионного шва по Б-Линчу.

Перевязка магистральных сосудов матки заключается в наложении швов на восходящие ветви маточных артерий и вен на уровне внутреннего сегмента матки и наложении лигатуры у основания собственных связок яичников с обеих сторон. Этот метод является простым, безопасным и в большинстве случаев эффективным для остановки маточных кровотечений вследствие атонии, позволяющим избежать удаления матки. В обзоре O'Leary, включившем в себя 30-тилетний опыт перевязки маточных артерий из 265 родильниц, которым произвели перевязку маточных артерий, успех наблюдался в 95 % случаев.

В 1997 году Кристофер Линч описал технику разработанного им компрессионного шва на матку, позволившую избежать экстирпации матки при послеродовых кровотечениях. Техника выполнения предполагает наложение одного шва, сжимающего целиком тело матки в продольном и поперечном направлениях. Во всем мире выполнено уже более 1000 подобных манипуляций.

После перевязки магистральных сосудов матки по О,Лири и наложения компрессионного шва по Б-Линчу кровоснабжение матки восстанавливается в течение 3-6 месяцев. Это способствует у оперированных больных полному восстановлению нарушенной репродуктивной функции.

С целью оценки эффективности перевязки магистральных сосудов матки по О'Лири и наложения компрессионного шва по Б-Линчу нами проведен анализ проведения хирургического гемостаза при атонии матки.

Впервые подобные вмешательства начали вноситься в конце 2009 году после выхода в свет приказа МЗ РК об оказании неотложной помощи при послеродовых кровотечениях.

В 2009 году произошло 2554 родов, из них кровотечением в послеродовом периоде осложнилось 106 случаев (4,1%). Перевязка магистральных сосудов матки по О'Лири и наложение компрессионного шва по Б-Линчу произведена в 6 случаях, гистерэктомией закончилось - 20 случаев.

В 2010 году произошло 2816 родов, из них кровотечением в послеродовом периоде осложнилось 103 случая (3,6%). Массивная кровопотеря объемом более 1 литра составило 35 случаев (1,2%). Перевязка магистральных сосудов матки по О,Лири и наложение ком-

прессионного шва по Б-Линчу произведена в 12 случаях. Гистерэктомией - 7 случаев, 3 случая в связи с неэффективностью проведения органосохраняющей операции, 4 случая – в связи с массивной кровопотерей с явлениями коагулопатии.

За 9 месяцев 2011 года родов было - 1503, из них кровотечением в послеродовом периоде осложнилось 41 случая (2,7%). Перевязка магистральных сосудов матки по О,Лири и наложение компрессионного шва по Б-Линчу произведена в 12 случаях. Гистерэктомией - 2 случая, 1 случай в связи с множественной миомой матки, 1 случай – в связи с неэффективностью проведения органосохраняющей операции.

Основными причинами отсутствия эффекта от органосохраняющих операций являются недооценка кровопотери и задержка оперативного вмешательства.

Таким образом, в случае возникновения послеродовых атонических кровотечений и неэффективности консервативных методов лечения, своевременное взятие на хирургический гемостаз позволяет осуществить органосохраняющую операцию. Соблюдение последовательных действий при атонии матки, описанных в клиническом протоколе, рекомендованном МЗ РК, привело к существенному снижению частоты гистерэктомий.

#### **Литература:**

1. Де Черни Алан Х. Акушерство и гинекология: Учебное пособие: В 2 т. /Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан; Пер. с англ., под общей ред. акад. РАМН А.Н. Стрижкова. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. Т. I: Акушерство. - 776 с.
2. Кэмпбелл С. Акушерство от десяти учителей: Пер. с англ. /Под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. - 17-е изд. - М.: Медицинское информационное агентство, 2004. - 464 с.
3. Айламязян Э. К. Акушерство: национальное руководство /под. ред. Э. К. Айламязяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. -1200 с.
4. Савельев Г. М. Акушерство: учебник Г. М. Савельева., Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008 - 656 с.
5. Энкин М. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. /Мэррей Энкина, Марк Кейрс, Джеймс Нейлсон, Каролайн Краутер и др. / Пер с англ. под ред. А.В. Михайлова, Санкт-Петербург: Издательство «Петрополис», 2003. - 480 с.

УДК 37.043.2-055

## **ПРЕДПОСЫЛКИ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В КАЗАХСТАНЕ**

**Е.Ю. Сухарева**

**Государственный медицинский университет города Семей  
 Магистрант II года обучения специальности «Общественное здравоохранение»**

#### **Summary**

#### **BACKGROUND OF INCLUSIVE EDUCATION IN KAZAKHSTAN**

*Inclusive education - a mechanism for the normalization of relations between society, government and business community through vocational rehabilitation of persons with disabilities to enhance their quality of life. According to the UN about 10% of the world's population have a disability, 5% of them are children.*



Development of inclusive education is included in the State program of education development for 2011-2020 and is one of the priorities.

**Objective:** Assign prerequisites for the development and implementation of inclusive education visually impaired children.  
**Objectives of the study.** To evaluate the results of monitoring of personal data of schoolchildren and their parents about the value of a visually impaired children and a willingness to co-education. Identify and analyze the pre-conditions for the development and implementation of inclusive education visually impaired children.

#### Тұжырым

#### ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ИНКЛЮЗИВ БІЛІМНІҢ ДАМУЫНЫҢ АЛҒЫШАРТТАРЫ

**Кіріспе.** Инклюзив білімі - бұл денсаулықтың мүмкіндіктері шектеулілері бар тұлғаларының мүгедектерді кәсіби оңалтуын негізге, олардың өмірінің сапасының жоғарылатуы мақсаттарындағында қоғаммен, мемлекетпен және кәсіпкерлік-бірлестіктің аралығында қатынастардың нормалауын тетік. Ғаламшардың 10% шақты тұрғынының осы ООНЫ арналған жарымжандық, 5% олардан алады - балалар.

Инклюзив білімінің дамытуы 2011-2020 жылдарға білімнің дамытуын Мемлекеттік бағдарламаға қосылған және басты есептердің бірі болып табылады.

**Зерттеудің мақсаты:** Дамытуды алғышарт және нашар көретін балалардың инклюзив білімінің енгізуін белгілеу.

**Зерттеудің есептері.** Нашар көретін балаларға және бірлесіп оқуға дайындықтың құндылық қатынасы туралы мектеп оқушысы және олардың ата-аналарының анкеталық мағлұматтарының барлауы нәтижелер бағалау. Дамытуды алдын ала шарт және нашар көретін балалардың инклюзив білімінің енгізуін анықтап талдау.

**Введение.** Инклюзивное образование – это механизм нормализации отношений между обществом, государством и бизнес-сообществом на основе профессиональной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья, в целях повышения качества их жизни. По данным ООН около 10% населения планеты имеют инвалидность, 5% от них - дети. По мнению ЮНЕСКО доля детей-инвалидов в школах развивающихся стран составляет не больше 1-5%. Зарубежный опыт показывает успех инклюзивных программ по улучшению качества жизни людей с особыми потребностями. В то время как в странах Европы и Северной Америки большинство современных школ являются инклюзивными, в Казахстане инклюзивное образование делает первые шаги.

На данный момент 111 405 детей в республике с ограниченными возможностями школьного возраста охвачены обучением (в общеобразовательных школах, специальных организациях образования, специальных классах, на дому, в профшколах и колледжах). Развитие инклюзивного образования включено в Государственную программу развития образования на 2011-2020 годы и является одной из приоритетных задач.

**Цель исследования:** Обозначить предпосылки развития и внедрения инклюзивного образования слабовидящих детей.

**Задачи исследования.** Оценить результаты мониторинга анкетных данных школьников и их родителей о ценностном отношении к слабовидящим детям и готовности к совместному обучению. Определить и проанализировать предварительные условия развития и внедрения инклюзивного образования слабовидящих детей.

**Материалы и методы исследования.** Материалом для работы послужили данные анкетирования детей и их родителей. Анкетирование анонимное, индивидуальное. Анкетирование проходило в трех школах: городской школе, сельской школе и специальной школе для слабовидящих детей. Всего проанкетировано 930 респондентов, 465 школьников с 1 по 11 классы и, соответственно, 465 родителей.

**Результаты и обсуждение.** Центральным параметром мониторинга являлся вопрос ценностного отношения родителей и школьников к совместному обучению обычных детей и детей с ОВЗ. Для большинства опрошенных характерно осознанное принятие идеи инклюзии: 45% всех опрошенных, в том числе и родители, детей с ОВЗ убеждены, что совместное обучение полезно для всех детей. Меньше одной пятой опрошенных относятся к инклюзивному образованию отрицательно: 13,7% всех опрошенных считают, что такое совместное обучение тормозит учебный процесс. По данным исследования, 65,8% опрошенных детей и их родителей считают, что дети с особыми потребностями могут жить полноценной жизнью здорового человека. Также опрос выявил очень высокие показатели социокультурной жизни школьников: в среднем 91,2% респондентов ведут активную социальную жизнь, 58,9% задействованы в культмассовом секторе и имеют различные увлечения, 51,3% активно занимаются спортом, участвуют в различных соревнованиях. Ко всему прочему, 79,9% респондентов имеют друзей и знакомых среди людей с особыми потребностями, 50% из них школьники.

По результатам проведенного анализа можно сказать, что большинство респондентов согласны с мнением о том, что ребенок с особыми потребностями (слабовидящий) может жить полноценной жизнью. Также прослеживается положительная тенденция к совместному обучению здоровых детей и детей с особыми потребностями. Исходя из анализа результатов мониторинга, а также заинтересованности в данном вопросе правительственных органов, необходимо разработать и поэтапно осуществить подробную программу по внедрению инклюзивного обучения.

#### Литература:

1. Официальный сайт ООН, <http://www.un.org/>
2. Официальный сайт Министерства науки и образования РК, <http://www.edu.gov.kz/>



УДК 615.811.2-071.3:616.12-008.331

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ГИРУДОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ В УСЛОВИЯХ СЕМЕЙНО-ВРАЧЕБНОЙ АМБУЛАТОРИИ (СВА)

Г.Б. Умутбаева, Д.О. Карибаева, Д.И. Купеншеева, Г.Г. Галламов

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы,  
Кафедра постдипломной подготовки врачей общей практики

### Резюме

Артериальная гипертензия (АГ) - одно из самых распространенных заболеваний в мире и наиболее значимая причина инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста. В данной статье описаны клинические результаты применения гирудотерапии в комплексном лечении, способствующие снижению артериального давления, уменьшению выраженности субъективной симптоматики, улучшению качества жизни и психосоциального состояния.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, гирудотерапия

### Тұжырым

#### ЖАНҰЯЛЫҚ – ДӘРІГЕРЛІК АМБУЛАТОРИЯ (ЖДА) ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ II ДӘРЕЖЕСІ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ГИРУДОТЕРАПИЯНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІ

Артериальды гипертензия – әлімде кең таралған ауру және жұмысқа жарамды адамдар арасында өлім мен мүгедекке алып келетін бірден бір ауру. Бұл статъяда кешенді емнің ішіндегі гирудотерапияның клиникалық нәтижелері, оның артериальды қан қысымын төмендетуге жәрдемдесетіні, субъективті белгілердің айқындылығы, өмір сапасын және психосоциальды жағдайдың жақсаруы туралы сипатталған.

**Кілтті сөздер:** артериальды гипертензия, гирудотерапия

### Summary

#### CLINICAL RESULTS OF HIRUDOTHERAPY IN PATIENTS WITH II DEGREE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN FAMILY AND MEDICAL AMBULATORY

Arterial hypertension (AH) - one of the most common diseases in the world and the most significant cause of morbidity and death in people of working age. This article describes the clinical results of hirudotherapy in treatment that reduce blood pressure, reduces the severity of subjective symptoms, quality of life and emotional state.

**Key words:** arterial hypertension, hirudotherapy

...Когда лицом больной от крови пылок,  
Пиявки след поставит на затылок...

**Авиценна, Ибн Сина**

Артериальная гипертензия (АГ) - одно из самых распространенных заболеваний в мире и наиболее значимая причина инвалидизации и летальных исходов у лиц трудоспособного возраста.

В Республике Казахстан АГ служит ведущим фактором риска возникновения инфаркта миокарда и инсульта. Как показывает статистика, сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди всех заболеваний и первое место в структуре смертности среди населения.

Артериальная гипертензия в Казахстане имеет стойкую тенденцию к росту. Агентство РК по статистике дает следующие данные: в 2006 году регистрировалось 577,5 случаев на 100 тысяч населения; в 2007 году - 597,3; в 2008 году - 764,6; в 2009 году - 877,5 случаев на 100 тысяч населения. С каждым годом регистрируется от 92 000 до 135 000 новых впервые выявленных случаев заболеваний системы кровообращения, в частности артериальной гипертензии[1].

Абсолютное число заболеваемости населения нашей страны болезнями системы кровообращения на 2009 год составляет 361 987 человек, тогда как в 2000 году этот показатель составлял 191 620 человек [2].

Важнейшим фактором риска возникновения и прогрессирования АГ является хроническое психосоциальное напряжение, в том числе бытовой и производственный стресс. Ингибиторы калликрина плазмы крови, являясь составным секретом медицинской пиявки,

снижают уровень кининов в крови, обуславливая анальгезирующий эффект, который, в свою очередь, может быть также связан с воздействием гирудина на процессы торможения в центральной нервной системе и психосоциальное состояние пациента [3]. В связи с этим в структуре медикаментозной коррекции гипертензивных состояний вполне целесообразным представляется назначение гирудотерапии.

И поэтому целью нашего исследования было изучение влияния гирудотерапии на клинический статус, а также на психосоциальное состояние пациентов с АГ II степени.

Нами было обследовано 42 женщины с АГ II степени в возрасте от 45 до 60 лет, не имеющих других сопутствующих заболеваний до и после курса лечения методом гирудотерапии в период с сентября 2010 года по март 2011 года.

В результате случайной выборки больные были разделены на две группы поровну. Первая группа, состоящая из 21 женщин (контрольная группа), получала только базисную терапию (конкор, диратон, берлиприл). Вторая группа, состоящая также из 21 женщины (исследуемая группа), получала комбинированную терапию, включающую базисную терапию и гирудотерапию. У всех пациентов проводилось измерение уровня артериального давления (АД) и оценка психосоциального состояния.

При первичном клиническом обследовании пациенты жаловались на частые головные боли, головокружение, а также на целый ряд психосоциальных нарушений, таких как снижение умственной работоспособ-



ности (быстрая утомляемость, снижение памяти), раздражительность, эмоциональную лабильность, нарушение сна, что указывало на астенизацию центральной нервной системы.

Усредненное значение систолического артериального давления составляло  $146,5 \pm 4,1$  мм рт. ст., а диастолического –  $93,5 \pm 3,3$ , мм рт. ст. У всех больных изучали психоэмоциональное состояние при помощи традиционных опросников: опросник «Какой у вас тип головной боли?»; опросник Бека (склонность к депрессии); визуальная аналоговая шкала (интенсивные головные боли); опросник, отражающий степень нарушения обычной деятельности при головных болях (тест Спилберга, индекс HIT, HALT по Логачевой Е.А.).

По объединенным результатам, полученным при использовании опросника «Какой у вас тип головной боли?» у всех пациенток выявлена «головная боль напряжения». В психоэмоциональном статусе у 13 пациенток (62%) исследуемой группы выявлены депрессивные явления. Усредненная балльная оценка, полученная при помощи опросника Бека, составила  $13,5 \pm 0,8$  балла, что расценивалось, как легкая депрессия (суб-депрессия). По визуальной аналоговой шкале субъективная интенсивность головных болей составляла от 2,0 до 5,0 баллов (среднее значение  $2,5 \pm 0,5$  балла).

Курс гирудотерапии составлял 6-7 медицинских пиявок на один сеанс, 5-6 сеансов, частота процедур через каждые 3-4 дня [4]. Курс гирудотерапии сопровождался ежедневным контролем АД с последующей коррекцией привычных препаратов.

Из 21 исследуемых больных у 13 (62%) наблюдали постепенное снижение доз принимаемых гипотензивных

препаратов. После курса гирудотерапии пациенты отмечали улучшение самочувствия, отсутствие или снижение частоты возникновения головных болей, снижение показателей АД, усредненные значения которого в этом периоде наблюдений составили:  $122,8 \pm 3,5$  мм рт.ст. (систолическое);  $81,4 \pm 1,4$  мм рт.ст. (диастолическое). Гирудотерапия оказалась наиболее эффективной в 18 случаях (85,7% случаев), а в остальных 3 случаях (14,3%) пациенты отмечали улучшение самочувствия, качества жизни, снизилась частота головных болей, головокружения полностью прошли.

**Выводы:** Анализ полученных данных позволяет говорить о целесообразности применения гирудотерапии в комплексном лечении лиц с артериальной гипертензией. Гирудотерапия способствует снижению артериального давления, уменьшению выраженности субъективной симптоматики, улучшению качества жизни и психоэмоционального состояния.

#### Литература:

1. Пресс-конференция на тему: «Заболеваемость артериальной гипертензией в Казахстане. Вопросы профилактики и раннего выявления болезни», посвященная Всемирному дню борьбы с гипертензией от 12 мая 2010 года;
2. База данных по медстатистике Казахстана: <http://dps.medinfo.kz/>;
3. Савинов В.А. «Гирудотерапия» (руководство для врачей), Москва «Медицина», 2004 г.;
4. Сулим Н.И. «Основы клинической гирудотерапии», Ростов –на-Дону «Феникс», 2008 г.

УДК616-002.5

## ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.Б. Уразаева, Ж.К. Ташимова, Д.С. Таскалиева, С. Губашева

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, г. Актөбе  
 ГККП Ақтауская городская поликлиника №2, г. Актау

#### Резюме

В статье приведены результаты анализа заболеваемости туберкулезом органов дыхания населения города Актөбе за 2008-2010 годы.

#### Тұжырым

#### ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АУРУШАҢДЫЛЫҚ ДИНАМИКАСЫ

Мақалада Ақтөбе қаласы халқының туберкулезбен аурушандылығының 2008-2010 ж.ж. талдау нәтижелері келтірілген.

#### Summary

#### DYNAMICS OF PULMONARY TUBERCULOSIS MORBIDITY

The article presents the results of analysis of respiratory tuberculosis morbidity of the population of Aktobe for 2008-2010.

**Актуальность.** Динамика основных показателей здравоохранения свидетельствует о ежегодном увеличении бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения, в том числе на решение одной из приоритетных задач здравоохранения – борьбу с туберкулезом [1]. Одним из значимых факторов распространения туберкулеза является сохранение большого резервуара инфекции за счет больных с деструктивными, эпидемически опасными формами туберкулеза, ведущего к значительному росту частоты новых слу-

чаев заболеваемости и смертности, особенно среди лиц трудоспособного возраста [2]. В Республике Казахстан система борьбы с туберкулезом реализуется в соответствии с региональной Программой, разработанной на основании Постановления Правительства РК «Об утверждении Программы «Реформирование и развитие здравоохранения в республике Казахстан на 2005-2010 гг» от 13 августа 2004 г. №850. «Кодекс Республики Казахстан о здоровье граждан РК и системе здравоохранения», принятый 18 сентября 2009



года № 193-IV ЗРК регламентирует обязательное медицинское наблюдение и лечение больных туберкулезом, обеспечение их необходимыми лекарственными средствами в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Цель исследования** – анализ заболеваемости туберкулезом населения города Актобе за последние 3 года (2008-2010гг).

**Материалы и методы исследования.** Нами изучена заболеваемость населения туберкулезом органов дыхания по отчетным данным Городского управления департамента комитета госсанэпид-надзора по г. Актобе.

**Таблица №1.**

Годы	Заболеваемость		Болезненность		Смертность	
	Абс. число	На 100 тыс. нас.	Абс. число	На 100 тыс нас.	Абс. число	На 100 тыс нас.
2008	506	163,7	987	319,3	85	27,5
2009	392	124,5	948	301,1	62	18,1
2010	383	95,5	959	239,0	51	15,0

Уменьшается число больных, состоящих на диспансерном учете, с активной формой туберкулеза, болезненность в 2008 году составила 319,3, в 2009 году – 301,1, в 2010 году – 239,0 на 100 тыс. населения. Конечно, темпы снижения болезненности минимальные, так как имеет место наличие больных с мультирезистентным туберкулезом (МЛУ ТБ), лечение которого продолжительное и составляет от 18 до 36 месяцев.

Снижается заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков, среди детей в 2008 году составило 43,0 (29 случаев) до 34,8 (25 случаев) на 100 тыс. населения в 2010 году, среди подростков в 2008 году составило 248,6 (39 случаев), в 2009 году – 230,8 (34 случаев) до 210,4 (31 случай) на 100 тыс. населения в 2010 году. Среди подростков заболеваемость 50% составляют студенты СУЗов, из которых 40% приезжие из других областей и районов области, регистрация которых проводится по месту проживания.

Показатели смертности от туберкулеза является одним из основных показателей состояния противотуберкулезной службы. В 2008 году показатель составил 27,5 на 100 тыс. населения (умерло 85 чел.), в 2009 году – 18,1 (умерло 62 чел.), в 2010 году – 15,0 (умерло 51 чел.). Из числа умерших за 3 года смертность

**Результаты исследования и их обсуждение.**

Проведенный анализ показывает, что эпидемиологическая ситуация по г. Актобе за последние 3 года значительно улучшилась, благодаря совместной работе специалистов фтизиатрической службы, общей лечебной сети и органов санитарно-эпидемиологического надзора.

Статистические показатели по туберкулезу по г. Актобе имеют тенденцию к снижению, отмечается уменьшение числа впервые выявленных больных с 506 новых случаев в 2008 году до 383 в 2010 году.

среди впервые выявленных случаев, среди детей и подростков не зарегистрирована. Из общего числа умерших социально неблагополучные лица составляют 60%, в том числе лица без определенного места жительства и страдающие хроническим алкоголизмом. Как правило, эта категория больных отличается отсутствием приверженности к лечению.

**Таким образом,** за последние 3 года наблюдается улучшение показателей заболеваемости туберкулезом по городу Актобе и имеется тенденция к снижению. Это стало возможным благодаря активным методам выявления туберкулеза лечебной службой первичной медико-санитарной помощи, социальной поддержке больных туберкулезом и широкой пропаганде знаний о туберкулезе среди населения.

**Литература:**

1. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2009-2011 годы (ПП РК №1213 от 23.12.2008).
2. Фролова И.А. Медико-социальные факторы, влияющие на смертность больных туберкулезом. Проблемы туберкулеза. - 2004. - №4. С. 14-.

УДК 61:301.151-057.875

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ НЕГІЗДЕРІ**

**З.А. Хисметова, Қ.Д. Тұрлыбекова, Д.М. Битебаева**

**Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті**

**Резюме**

**ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

*В этой статье описываются аспекты здорового образа жизни человека и его ответственность за свое здоровье, рассматривается здоровый образ жизни, как один из вопросов государственной политики.*

**Тұжырым**

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ НЕГІЗДЕРІ**

*Мақалада салауатты өмір салты аспектілерімен адамның өз денсаулығы ынтымақты жауапкершілігі, халықтың тұрмысындағы мемлекеттік саясаттың ең басты мәселесі көрсетілген.*



**Summary  
 BASES OF HEALTHY LIFE STYLE**

*In this article presented healthy life Style of man and his responsibility for it, basic problems of State policy in everyday life of public.*

Мақсаты: Элеуметтік - гигиеналық, психо-эмоциональдық, стрестік факторлардың, салауатты өмір салтына әсер етілуі.

Көп қолданыстағы сөздер: гигиена, элеуметтік өмір салты, денсаулық жүйесі.

Қазіргі заманда көптеген ауқымды проблемалар бар, бірақ соның ішінде денсаулық сақтау жүйесінің жағдайы ғана емес, сонымен қатар барлық қауымның жағдайын шешетін өмірлік мәнді сұрақтар орын алады. Денсаулық сақтау жүйесінің жаңаруы мен «Денсаулық» және «Білім» сияқты халықтық проекттердің таралуы жағдайында денсаулық сақтау мәселелерінің бірі болып студенттердің денсаулығын нығайту және сақтау жолдарын іздеу болып табылады. Студенттер арасында денсаулыққа зиянды әдеттердің (алкоголь, шылым шегу, наркомания, токсикомания) таралуы әсерінен жағдай шиеленісіп отыр. Ал ол өз кезегінде өмірлік сапаның төмендеуіне әкеледі. Үнемі психологиялық күште жүру, өзінің болашағына сенбеушілік студенттерден гиподинамиямен, оқу процесінің интенсификациясымен, тамақтану сапасының төмендеуімен көрінетін жоғарғы ой жүктемесінің, өмір сүрудің, оқудың, және басқа да негативті факторлардың жаңа жағдайларына бейімделуге күш қажет етеді ( Зайцев В.П., 2000; Стародубов В.И., 2003; Кучма В.Р., 2002; Максимова Т.М., 2002; Непряхин Д.В., 2005 және т.б.). Осыған байланысты алдыңғы қатарға студенттердің денсаулық жағдайына әсер ететін қауіп факторлары және қоғамның аталған контингентінің денсаулығын сақтау және нығайтуда профилактикалық шаралары қойылады.

Студенттер қауіп факторы жоғары топқа жатады, себебі жас адам ағзасы белсенді физиологиялық өзгерістер процесіне жиі ұшырайды, тұлғаның социализациясы, жаңа жағдайларға бейімделуі жиі болып тұрады.

Қоғамның аталған тобының денсаулығы басқа жас топтарына қарағанда түбегейлі өзгерістерге, тұлғаның құрылымының белсенді процесстерімен қызығушылықпен қажеттіліктердің тез тарада өзгеріп отыруына жиі ұшырайды. Бұл педагогтар мен медицина қызметкерлерінің абитуриет пен студенттерге көп көіл бөлуіне негіз болады (Вишняков Н.И. и др., 2007).

Бірақ, студенттердің әсіресе, денсаулық сақтау жүйесінің болашақ мамандарының денсаулық жағдайына медико – элеуметтік факторлардың әсері жайлы информация жеткіліксіздігі олардың аурушандығының алдын алуын перспективті және ағымды жоспарлауды қиындатады.

Студенттердің денсаулық жағдайы – заманауи қоғамның ең басты проблемаларының бірі болып табылады. Студенттер қауіп факторы жоғары топқа жатады, себебі олардың ағзалары белсенді физиологиялық жаңару процесіне жататындықтан тұлғаның үнемі дамуы, жаңа жағдайларға бейімделуі болып отырады. Бүкіл одақтық денсаулық сақтау ұйымы жарғысында денсаулық дегеніміз сырқаттың және физикалық ақаудың жоқтығы ғана емес,

сонымен қатар, толық элеуметтік және рухани амадықтың болуы деп анықтама беріледі.

Салауатты өмір салты денсаулыққа оптимальды адамдардың профессиональды, қоғамдық және тұрмыстық функцияларды атқаруына ықпал ететін барлық жағдайларды біріктіреді. Өкінішке орай, иерархия кезеңінде денсаулық алдыңғы қатарда емес, бірақ ең алдыңғы қажеттілік болуы тиіс. Әсіресе ол дені сау жас адамдарға қатысты. Оларда денсаулық сақтауда және нығайтуда қажеттілік жоқ.

И.И. Брехман атап айтқандай, жаңа ғылыми - техникалық революция жағдайында көптеген себептер тұлғаның эффективті өмірінің табиғи негізінің нақты дезорганизациясына, эмоциональды дағдарысқа әкеледі. Ол ауру денсаулықтың төмендеуіне әкелетін эмоциональды дисгормония түрінде көрінеді.

Денсаулықтың негізгі факторларының бірі ретінде мәдениетті алуға болады. В.С. Семенова бойынша, мәдениет адамның өзіне деген, қоғамға деген, табиғатқа деген үлкен әсері. Егер біздің ата – бабамыз өздерінің білместігінен аурулар алдында қорғансыз болса, қазіргі заман адамы өзінің табиғаты жайлы, ағзасы, аурулары, денсаулыққа қауіп факторлары жайлы біледі. Соған қарамастан, оны аурушандық деңгейі әлі де жоғары. Мұндай жағдайды И.И. Бехман былай түсіндіреді: «адамдар денсаулықтың үлкен физиологиялық, психологиялық резервтеріне ие екендігі білмейді. Оларды сақтап қолдана алса бақытты және белсенді өмірін ұзартуға болар еді.

Өмір салты – адамның өмір сүру типін айқындап көсететін және еңбек қызметін сипаттайтын биоэлеуметтік категория. Өмір салты жайлы айта отырып, оған элеуметтік-экономикалық факторлардың қатыстылығын, сонымен қатар адамның қызметіне, оның психикалық ерекшеліктеріне, денсаулық жағдайына және ағзаның функциональды ерекшеліктеріне байланысын атап айтқан жөн. Адамның өмір салты үш категориядан тұрады: өмір деңгейі, өмір сапасы және өмір стилі. Өмір деңгейі – ең алдымен экономикалық категория. Ол адамның материалды, рухани және мәдени қажеттіліктерінің деңгейін айқындайды. Өмір сапасы адам қажеттіліктерін айқындайды. Өмір стилі адамның жүріс- тұрыс ерекшеліктерін сипаттайды.

Адамдардың денсаулығы оның толыққанды тіршілік етуін ғана емес, сонымен қатар оның мүмкіндіктерінің әлеуетін анықтайтын факторға айналып отыр. Халық денсаулығы жағдайының деңгейі өз кезегінде, елдің элеуметтік-экономикалық, мәдени және индустриялық даму шамасын айқындайды. Медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін, уақтылылығын, сапасы мен сабақтастығын қамтамасыз етуге қызмет ететін бірыңғай дамыған, элеуметтік бағдарланған жүйені білдіретін денсаулық сақтау саласы халық әлауқатының орнықты және тұрақты өсуі тұрғысынан алғанда республикадағы негізгі басымдықтардың бірі болып табылады.

Президент Н.Ә.Назарбаев «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» атты Қазақстан халқына Жолдауында



еліміздің дамуының жаңа кезеңіндегі мемлекеттік саясаттың бір бағыты медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және денсаулық сақтаудың жоғары технологиялық жүйесін дамыту болуы керек деп атап көрсетті. Медициналық қызметтердің сапасы кешенді ұғым болып табылады және ол көптеген көлемді себептерге байланысты, олардың ішінде медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық жарақталуын, клиникалық мамандардың кәсіби деңгейін және оны арттыруға деген уәждемесінің болуын, медициналық көмекті ұйымдастыру мен көрсету үдерістерін басқарудың қазіргі заманғы технологияларын енгізуді, медициналық көмекке ақы төлеудің тиімді әдістерін енгізуді бөлек атап өткен жөн. Медициналық қызметтердің сапасын басқаруды жетілдіру Қазақстанның денсаулық сақтау саласын 2020 жылға дейін стратегиялық дамыту аясында маңызды орын алады. 2010 жылғы Жолдауда Президент таяу онжылдыққа нақты міндеттер қойды. Оның ішінде Нұрсұлтан Әбішұлы «Саламатты өмір салты мен

адамның өз денсаулығы үшін ынтымақты жауапкершілігі қағидаты - міне, осылар денсаулық сақтау саласындағы және халықтың күнделікті тұрмысындағы мемлекеттік саясаттың ең басты мәселесі болуы тиіс» екендігін атап көрсетті.

**Әдебиеттер:**

1. Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы №1113 Жарлығымен, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы.
2. Рахымбеков Т.К. «Формирование здоровья студента». Оқу әдістемелік құрал. - Семей, 2010.
3. Жузжанов О.Т., Филатов А.М. Проблемы нравственного воспитания молодежи и демографическая ситуация в республике // Региональная научно-практическая конференция «Молодежь и актуальные проблемы современного мира». - Караганда, 2002.

УДК 616.521-022.258-08

**АНТИОКСИДАНТНАЯ И РЕГЕНЕРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ**

**Н.М. Храмых-Оверченко, Д.Б. Козубаева, М. Мардамшина, А. Жампеисова**

**Государственный медицинский университет города Семей**

**Summary**

**ANTIOXIDANT AND REGENERATIVE THERAPY OF THE CHRONIC ECZEMA**

*The problem of the allergic diseases of the skin (in particularity, of the eczema) is solely actual. Eczema is a one of the most spread allergic dermatoses. Usage of the parmelia and antiox in the complex therapy of the patients with true eczema causes decrease of the lipid peroxidation contents in the lymphocytes of peripheral blood, stimulates activity of the glitiation-peroxidase and gutationreductase.*

**Тұжырым**

**СОЗЫЛМАЛЫ ЭКЗЕМАНЫҢ АНТИОКСИДАНТТЫ ЖӘНЕ РЕГЕНЕРАТИВТІ ТЕРАПИЯСЫ**

Аллергиялық дерматозбен, соның ішінде экзема ауруы өзекті мәселе болып келеді. Экзема ең көп таралған аллергиялық тері аурулардың бірі. Пармелия мен антиоксты үйлестіріп қолдану лимфоциттерде ЛАТ өнімдерін азайтады, АОҚ ферменттерін белсендетеді, созылмалы экземасы бар науқастардың емінің эффективтілігін көтереді.

**Актуальность работы.** В настоящее время накоплено большое количество данных, позволяющих объяснить расстройство в функционировании главных адаптационных систем организма патологическими механизмами, в основе которых лежат процессы активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) [Меньшикова Е.Б., 1993; Новиков Г.М., 1996]. У больных экземой выявлено значительное усиление процессов ПОЛ, проявляющееся достоверным увеличением продуктов ПОЛ в сыворотке крови [Федоров С.М. и соавт., 1999; Абидова З.М. и соавт., 2000; А.С.Нестеров, 2010]. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости углубленного изучения роли метаболических нарушений в патогенезе экземы, а именно значения изменений в системе перекисное окисление липидов - антиоксидантная защита в иммунокомпетентных клетках больных экземой.

Проблема лечения экземы остается также чрезвычайно актуальной, так как используемая терапия на основе фармакологических препаратов не всегда приводит к желаемым результатам. Нежелательные побочные действия и недостаточная эффективность в

большинстве случаев является предпосылкой для поиска эффективных препаратов растительного происхождения при данном дерматозе.

Все более широкое распространение в качестве средств, оказывающих влияние на устойчивость организма к различным повреждающим факторам, получили в последние годы препараты растительного происхождения. [Старокожко Л.Е., 1995; Космагамбетов А.Ж., 2009; Арифов С.С. и соавт., 2010] В литературе встречаются сообщения, где описаны положительные данные по изучению действия препаратов, выделенных из растения пармелия (*Parmelia vagans Nylander*), на репаративную регенерацию и трофику поврежденных тканей [Керимов Ю.Б., 1980]. Доказано действие пармелии как стимулятора репаративной регенерации [Монахов В.Б. и соавт., 1997]. Однако в доступной литературе нам не удалось встретить работ по изучению влияния пармелии на антиоксидантную активность плазмы крови пациентов с хронической экземой.

Поскольку доказана вовлеченность изменений свободнорадикальных процессов в патогенез многих забо-



леваний кожи, целесообразно применять различные препараты, обладающие антиоксидантным действием. В литературе встречаются единичные сообщения о применении комбинированного препарата антиокс, содержащего как водо-, так и жирорастворимые антиоксиданты. Применение антиокса в комплексном лечении больных псориазом и атопическим дерматитом выявило его антиоксидантное действие, позволило повысить клиническую эффективность терапии и сократить сроки лечения. [1, 2].

**Цель исследования.** Изучить изменения метаболических процессов в иммунокомпетентных клетках у больных экземой и разработать способы их коррекции с применением пармелии и антиокса.

**Материалы и методы.** Все больные были распределены на 3 группы в зависимости от применяемых методов лечения. В выборки включались больные хронической истинной экземой, группы обследованных, были вполне сопоставимы и однородны по возрасту, полу и тяжести течения дерматоза. Проанализирован материал клинического обследования 144 больных хронической истинной экземой, среди которых преобладали мужчины (83 чел. - 57, %). Основную группу (110 чел. - 76,4 %) составляли больные, возраст которых превышал 30 лет. Более чем у 60% больных срок длительности заболевания был более 5 лет.

Для оценки ближайших и отдаленных результатов, за больными экземой, после лечения было установлено наблюдение в течение 12 месяцев.

У больных определяли содержание начальных и промежуточных продуктов ПОЛ- диеновых конъюгатов (ДК) [по методике Гаврилова В.Б. и соавт., 1987] в плазме крови и малонового диальдегида (МДА) [по методике Плацера З., 1970] в лимфоцитах крови. Для оценки состояния системы антиоксидантной защиты (АОЗ) определяли активность глутатионредуктазы (ГР) [по методике Макаренко Е.В., 1988], глутатионпероксидазы (ГПО) по [методике Власовой С.Н., 1989], супероксиддисмутазы (СОД) [по методике Дубининой Е. Е., 1989] в крови.

Препараты пармелии и антиокс, были апробированы в эксперименте и применены нами у больных. Общая группа пациентов составляла 144 человека, из них традиционное лечение получало 40 человек, традиционное лечение в сочетании с фитотерапией пармелией-42 пациента, дополнительная терапия антиоксом осуществлялась у 32 человек и 30 больных получали пармелию и антиокс в качестве дополнительного лечения. У всех обследуемых больных изучался иммунный статус по указанным в главе 2 показателям до и после лечения.

У больных в группе, получавших традиционное лечение, в стадии обострения величина МДА в лимфоцитах была выше в 4,13 раза ( $p < 0,01$ ), чем у здоровых; в группе № 2 (лечение пармелией) до лечения уровень МДА превышал аналогичный у группы контроля в 6,16 раза ( $p < 0,01$ ); в группе больных № 3 в 8,14 раза ( $p < 0,01$ ). Следовательно, у больных с истинной экземой в стадию обострения наблюдается значительное повы-

шение уровня малонового диальдегида, что свидетельствует о повышении уровня процессов ПОЛ в лимфоцитах.

После лечения уровень МДА в лимфоцитах в группе № 1 (традиционное лечение), превышал таковой у здоровых лиц в 3, 96 раза ( $p < 0,01$ ), т.е. даже при ремиссии, наступавшей после лечения, снижался, однако значений контрольной группы не достигал. При лечении пармелией уровень МДА снижался до  $0,98 \pm 0,17$  нМ на  $10^6$  клеток против  $2,96 \pm 0,02$  нМ на  $10^6$  клеток (до лечения). В группе больных, получавших антиокс, уровень МДА в лимфоцитах снизился от  $3,91 \pm 0,98$  нМ на  $10^6$  клеток до  $0,56 \pm 0,13$  нМ на  $10^6$  клеток.

В группе больных, получавших антиокс, уровень МДА в лимфоцитах снизился от  $3,91 \pm 0,98$  нМ на  $10^6$  клеток до  $0,56 \pm 0,13$  нМ на  $10^6$  клеток.

У больных экземой наблюдалось также увеличение содержания первичных продуктов ПОЛ - диеновых конъюгатов, снижение активности ферментов ГР, ГПО, СОД. После лечения пармелией и антиоксом в комплексе у данной группы больных наблюдалось статистически достоверное различие показателей системы ПОЛ-АОЗ по сравнению с группой пациентов, получавших только традиционное лечение. Содержание МДА в лимфоцитах у этих лиц было ниже в 3,53 раза ( $p < 0,01$ ), чем в группе традиционного лечения, уровень ДК-в 1,66 раза ниже ( $p < 0,05$ ), а активность антиоксидантных ферментов ГПО, ГР, СОД выше в 1,73 раза ( $p < 0,01$ ), 2 раза ( $p < 0,05$ ) и 1,69 раза ( $p < 0,01$ ) соответственно.

**Обсуждение.** После традиционного лечения статистически достоверной разницы по этим показателям не было. А после лечения антиоксом, в особенности, при использовании сочетания пармелии и антиокса наблюдалась статистически достоверная нормализация активности ферментов ГР, ГПО, СОД и снижение содержания продуктов ПОЛ- МДА И ДК, что свидетельствует о влиянии этой терапии на изменения состояния системы ПОЛ-АОЗ в иммунокомпетентных клетках, как одно из возможных патогенетических звеньев развития экземы.

**Вывод.** Применение пармелии и антиокса в комплексной терапии больных экземой приводит к снижению содержанию продуктов ПОЛ в лимфоцитах, стимулирует ферменты АОЗ.

#### Литература:

1. Мусаева Е.О. Антиокс в комплексной терапии псориаза у детей// Материалы международной конференции «Современные аспекты эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики, терапии дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем». - Алматы, 2009. -С.56.
2. Коваленко Ю.Б. Фенотипическая характеристика лимфоцитов периферической крови у больных с экземой в условиях металлургического производства // Дерматология та венерология.-Киев.- 2009.-Т.13.-№8
3. Федоров С. М., Гура А.Н. Иммунные механизмы развития аллергических дерматозов. Вестник дерматол.2009; с.11-15



УДК: 613. 502.632.95

## ҚОРШАҒАН ОРТАНЫҢ ЛАСТАНУ ФАКТОРЛАРЫ

Н.Ж. Чайжунусова, К.У. Кембаева, А.А. Алтынбекова, А.А. Бекжигитова

Семей қаласының мемлекеттік медициналық университеті

### Тұжырым

Бұл мақалада кейбір экологиялық қолайсыз өңіріндегі қоршаған ортаның экологиялық гигиеналық сипаттамалық көрсеткіштері көрсетілген.

### Резюме

#### ФАКТОРЫ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

В данной статье отражены некоторые эколого-гигиеническая характеристика состояния объектов окружающей среды различных зон экологического неблагополучия.

### Summary

#### THE POLLUTION FACTORS OF ENVIRONMENT

In the article represented come ecology and hygienic data describing an environment condition of objectives in some ecologic unsuccessful area.

**Мақсаты** – қоршаған ортаның экологиялық-гигиеналық сипаттамалық көрсеткіштері.

Қоршаған ортадағы қазіргі жағымсыз тенденциялар, халық денсаулығының өзгерісі бүгінгі таңда Қазақстан үшін де өз орнын табуда. Ғылымның алға басуымен, техникалық дамуымен адам ағзасына әсер ететін антропогенді факторлармен қоса жаңа канцерогенді, мутагенді, аллергиялық және де эмбриотоксикалық әсерлерді зерттеуге бел буылды. Сол себепті гигиена дифференциациясы жеке пәнге қазіргі өмірмен қайшы келді. Бұл мәселе тек қана 20-шы ғасырдың 70-жылдары пайда болған жаңа комплексті гигиеналық тәртіппен шешілетін болды. Бұл ғылыми бағыт адам ағзасы мен қоршаған орта арасындағы көпшілік факторларды зерттейді. Ол өз кезінде техникалық революция нәтижесінде пайда болды, себебі ол гигиена алдына қойылған жаңа мәселелерге жауап қайтара алды. Қазіргі таңда зерттеулерге, қоршаған ортаның ластануына, оның халық денсаулығына әсері, экологияның әр түрлі сұрақтарына жауап барлық мемлекеттерде, елдерде бірдей болып келеді. Қоршаған орта гигиенасы-қоршаған орта мен адамның ара-қатынасының бірлестік заңдарын зерттейді.[5] Мемлекет 1972 жылы БҰҰ-мен құрылымын Стокгольм конференциясынан бас тартты, тек 1988 жылы 16 жылдан кейін «Адамзаттың мәдени және табиғи байлығы» жайлы конвенцияға бас қосады. Бүкіл әлем Чернобыль табиғатпен ара-қатынасының бұзылуының көрнекті дәлелі. Көп жағдайда бұл келеңсіздіктер Семей қаласының тұрғындарына тікелей әсер етуде. Арнайы факторлардың қаупін Семейліктер табиғи жағдайы мен экологиялық қасіреттің әсерінен сезінуде. Қазіргі таңда бізді қоршаған ортада 800000-ға жуық химиялық қосылыстар мен 1000 нан 2000-ға дейін жаңа өнімдер синтезделуде. Бұның көп бөлігі күнделікті қолданатын тұрмыстық заттар ретінде келсе, қалған бөлігі қоршаған ортаға тікелей түсіп, адам ағзасына зиянын тигізуде. Адамзат дамуынан бастап, қоршаған орта мен адамдардың ара-қатынасы маңызды болған, бірақ соған қарамастан қазіргі таңда бұл мәселені ғылыми түрде тек қана жақында ғана қарастыра бастады. Ол ағзаны молекулалық, субклеткалық, ағзалық жергілік және популяциялық деңгейде қарастырады. Антропогендік және қалыпты жағдайдағы механизмін сипаттайды. Арал теңізінің экологиялық

дағдарысы қазіргі күні әлемдік мәселеге айналып отыр. Семей ядролық полигонының әсерінен тек қана Семей қаласы емес сонымен қоса қасындағы аймақтар да зардап шегуде. Шығыс қазақстан аумағына Қытайдың Лобнорек полигоны да әсер етуде. Әлемдік зерттеулер бойынша ШҚО-сы ең ластанған облыстардың біріне жататыны анықталды. Жыл сайын атмосфераға бұл өңірде 400000 тоннаға жуық зиянды заттар шығарылады. 1992 жылы атмосфералық ауаға жасалған анализден ең лас Лениногорск қаласы болып шықты. К.Б.Бескесипордың 2000 жылғы жасалған зерттеулерінде түсті металлургияны шығарғанда ауыр металдардың көлемі қаламен тең болды. Соңғы 30 жылда бұл көрсеткіш еш өзгеріссіз қалды. Ауыр металдардың анамалысы басқа да қалаларда көрініс тапты. [2] Бәрін қоса келе бұл өңірлерде қорғасын, мырыш, кадмиймен ластану көрсеткіші адам ағзасына зиянын келтіреді. Е.Н.Сараубаев пен А.Е.Шпаковтың ойынша бұндай ауыр ластанулар салдарынан халықтың ауруға шалдығуы 40-60%-ға көтерілген. Шаңның қарда күніне өсуі бронхиальды астманың 11 есе және созылмалы бронхитпен 33%-ға көтерілуіне әкеп соғады (100 адамға шаққанда). Өндірістік ластану орталық Қазақстанға тән. Оған азот қостотығы, көміртек тотығы, күкіртті газ, шаң, күйе, қорғасын, хром, сынап, кадмий, мырыш және де басқада химиялық қоспалар. Интегралды көрсеткіш бойынша тоғыз химиялық заттардың бір өңірде болуы жоғарғы ластану деп саналады. [3] Бұған Балқаш қаласын алуға болады. Онда 1 км ара қашықтық жоғары ластанған, ал 1,5-6 км-ден кейін салыстырмалы ластанған болып есептеледі. Жесқазған облысының Ақшатау қаласында шахталық ауданда Радонның бөлінуі байқалады. Есептелген ауыл территориясының 20%-ы жоғары радиациялы. Ал радон өндіріліп шығарылатын жерде оның көрсеткіші 1000-1500 есе жоғары. Ақтөбе қаласында атмосфераның ластануына бірден-бір себепші Ақтөбе қаласының «Феррокорытпа» заводы мен «Хром қосылғыш» заводтар. Олар бір-бірімен 300-400м. Ара қашықтықта орналасып, тұрғындардан 1000 метірде орналасқан. Бұл заводтардан шығарылатын өнімдер, хром, азот тотығы, күкіртсутек, шаң мен және де басқа қосылыстар. Қоршаған ортаның ластану көрсеткіші мұнай өндіретін аудандардың да жоғары токсикалық қосылыстармен жағдайы төмендеуде. Олар: Атырау,



Батыс Қазақстан, Қызылорда, Маңғыстау облыстары жатады. Жоғары токсикалық қосылыстармен: күкірт ангидридмен, мысты өнімдермен, меркаптанпен, сонымен қатар мұнай өнімдері мен химиялық реагентармен ластануы шектеп рұқсат берілген нормадан өте жоғары. Тенгіз аймағындағы ауадағы мұнай-газды жыйынтығы мен күкіртсутек мөлшері атмосфералық ауада шектеп рұқсат етілген шамадан 2-7 есе жоғары. Бұл аймақтың экологиялық жағдай елді мекен ағзасна соның ішінде балалар денсаулығына әсері көрініс алуда. У.З.Зинулменнің терең медициналық тексерулері нәтижесінде Атырау облысының Жылыой ауданының халық денсаулығына нақты көрсеткіші анықталды. [4] Алынған нәтижелер бойынша сырқаттанушылық бойынша ауылды елді аймақтың халқы 10 есеге жиі ауырады. Сонымен қоса балалардағы туа біткен кемістіктер 4,3 есеге жоғары. Бұның барлығы әйел адамның репродуктивті денсаулық жағдайының айқын бұзылыстардың болуымен түсіндіріледі. Бұл әйел денсаулығына экологиялық факторлардың кері әсерінен. 70-90 жылдардағы жүргізілген эндоскопиялық, цитологиялық зерттеулер нәтижесі бойынша өңеш ісігі аурулары Солтүстік Қытайда, Иранда, Қазақстанда, Узбекистанда анықталады. Тексерілгендердің 90, 86, 77 және 67%-да созылмалы эзофагиниттердің болғаны анықталды. Еуропа мен салыстырғанда бұл көрсеткіш 7-10 есе жоғары. Бірақ бұл елдерде эзофагинит асқазан жарасын тудырады. Созылмалы эзофагинит

орта жастағы науқастарда көрініс береді. Ол 15 жастан немесе одан ерте дамуы мүмкін. Созылмалы эзофагинит асқазан ісігінің географиялық ережелеріне байланысты, бұл аурулар Қызылорда, Атырау және Ақтау облыстарында жиі кездеседі (61-77%) Оңтүстік және Солтүстік Қазақстанда бұл аурулармен ауру қаупі өте төмен.

**Әдебиеттер:**

1. Рахманов Р.С., Покровский А.В., Дюдяков А.А., О влиянии образа жизни и экологических факторов на состояние здоровья молодежи допризывного возраста // Гигиена и санитария – 2005. -№ 2. – С – 19.21.
2. Суршиков В.Д., Анещенко А.М., Суршиков В.Д., и др. Здоровье человека и факторы окружающей среды в промышленных городах // Гигиена и санитария – 2003. -№ 6. – С – 85.87
3. Бескемпирова К.Б., Кальянова О.А. Гигиеническая оценка загрязнения почвы вредными веществами в Восточно-Казахстанской области // Гигиена, Эпидемиология и иммунология.- 2000. - № 3-4. – С. 60-65.
4. Зинулин У.З. Санитарно – гигиеническая оценка состояния здоровья населения, проживающего в зоне экологического риска : автореф. ... Кант. Мед. Наук : 14. 00. 07. – Алматы. – 2005. – 28 с
5. Ямутова Л.Ф. Гигиенические аспекты состояния окружающей среды в связи с промышленным загрязнением // Проблема медицинской экологии: сб . ст. – Караганда: Санат, 1995. – Т . I . –С .62-70.

УДК: 616-03:574 (043) (574)

**ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТАРДАҒЫ  
 АУРУШАНДЫЛЫҚ НЕГІЗГІ КӨРСЕТКІШТЕРІ**

**Н.Ж. Чайжунусова, К.У. Кембаева, А.А. Бекжигитова, А.А. Алтынбекова**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

**Тұжырым**

Мақалада экологиялық қолайсыз аймақтардағы кездесетін аурушандылық пен өлімділік көрсетілген.

**Резюме**

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛОГОПРИЯТНЫХ РЕГИОНАХ**

В статье приведены данные показатели заболеваемости и смертности в экологически неблагоприятных регионах.

**Summary**

**INFORMATION ABOUT MORBIDITY AND MORTALITY OF THE POPULATION  
 ON THE ECOLOGIC UNSUCCESSFUL AREA**

In the article given information about morbidity and mortality of the population on the ecologic unsuccessful area

Мақсаты – қоршаған ортаның экологиялық – гигиеналық сипаттамалық көрсеткіштері  
 Экологиялық қауіпті факторлары мен тұрғындардың денсаулық деңгейі арасындағы себепті - үздік байланыстар орнатуы қауіпті факторлармен алдын алу мақсаттарда меңгеруге мүмкіндік жасайды. Соңғы он жылдықтардағы экологиялық сәтсіздіктердің шиеленісуіне, сондай –ақ осы үрдісті меңгерудің күрделілігі үшін қауіптерді өлшеу және бағалау мәселесіне бүгінгі күнде ерекше рөл қойылады. Популяциялық денсаулықтың жағдайына әсер ететін әртүрлі факторлардың кешенінің арасында, бүкілодақтық денсаулық сақтау ұйымдардың мәліметтері бойынша, экологиялық құрама бөлікті салымы 20-30%. Бірақ бұл жерде қазіргі

адам ауруларының даусыз көпшілігі экологиялық прессинг қорытындысы екенін есепке алу қажет. Қоршаған ортаның массалық техногендік жүктемелер жағдайларындағы жағымсыз әсері демографиялық көрсеткіштердің нашарлауында, организмнің қызметтік мүмкіндіктерінің және қорғану күштерінің төмендеуінде, аурулар мен тұрғындардың өсуінде байқалады.[3]

К.Б. Бескемпированың (2000) мәліметтері бойынша ШҚО ауа және жердің түсті металлургия заттарымен ластануының қорытындысында ауыр металдардың жоғары деңгейде өзінше иемденген шет аймағы қалыптасқан. Соңғы отыз жыл ішінде осы антропогендік шет аймақтың шекаралары және табиғи орта нысандарының ауыр металдармен ластану деңгейі



тәжірибелі түрде өзгермеген. Ауыр металдардың болуы қоршаған ортаның өнеркәсіптік орындар шығаратын заттардың әрекеттерінен ластанбайтын аудандардың нысандарында ауытқулар табылған. Қысқаша айтқанда, бұл аумақта қоршаған ортаның ауыр металдармен, барлығынан бұрын қорғасынмен, сонымен қатар мырыш, кадмий және басқа зиянды заттармен ластануы тұрғындардың денсаулығын қауіпті деңгейлерге жеткізді.

Қазақстан тұрғындарының өлімінің ең кеңінен таралған себептері болып қан айналымы жүйесінің аурулары, қатерлі қауіптер, жарақаттанулар және уланулар, жаңа ісіктер және тыныс органдарының аурулары. Соңғы уақытта тұрғындар өлімінің себептері құрылымында қатерлі жағдайлар, жарақаттанулар және уланулар екінші орын алады, олардан жаңа ісіктерден болатын өлім көп кездеседі, бұл жағдайда республиканың аудандары бойынша өлім көрсеткішінің едәуір топтауын, сонымен қатар жынысқа байланысты бақылауға болады. Қазақстан бойынша жалпы айтқанда Шығыс-Қазақстан, Қостанай, Ақмола облыстарында және Алматы қаласында қолайсыз жағдай байқалады. Сырдария өзенінің барлық су алқабының үсті және жер асты суы ауыр металдар және пестицидтермен ластанған, олардың тиімсіз қолданылуы алдыңғы онжылдықтардағы негізгі нысандарда олардың қоршаған ортада жинақталуына әкелді. Суда және түп шөгінділерде сатурн, пропанид, линдан, тұрақты хлор органикалық пестицидтер, 1970 жылдан қолдануға шектелген ДДТ және оның метаболиттері, сонымен қатар қазіргі уақытта қолданылуы күрт шектелген ГХЦГ инсектицид изомерлер сияқтылар табылған.

Нәтижесінде аумақтағы су алқабына түсетін массивті антропогендік жүктеме қорытындысында су дисбактериозы қалыптасады, ішетін сумен қамтамасыз етуге қолданатын судың өз бетімен антропогендік жаратылысты микрофлорадан тазалану үрдістері бұзылады және судың қайнар көзі санитарлық жағдайларының нашарлауына, микробиологиялық көрсеткіштер жағынан су сапасының теріс дамуына әкеледі. Аумақтағы қалыптасқан экологиялық сәтсіздік тұрғындардың денсаулығына, және біріншіден ана мен баланың денсаулығына әсер етеді.[1] Әлеуметтік маңызды аурулардың өсуі арқылы (анемия, туберкулез, зәр шығару – жыныс жүйелерінің аурулары, гипертензивті бұзылыстар, жүктілік, босану және босанудан кейінгі мерзімнің патологиялары) әйел адамдардың экстрагениталды патологиясы көптеп кезігеді. Балаларда республиканың басқа аумақтарымен салыстырғанда төмендеу антропометриялық мәліметтері белгіленеді. Кейбір жерлерде аналар өлімінің жоғарылағаны сақталады (100 мың тірі туған балалардан 79,1 ), бұл 2 есеге республикалық орташа көрсеткіштен жоғары. Тәжірибелі түрде Аралдың барлық аудандарында эндокриндік, нерв, ас қорыту мүшелері және зәр шығару жүйелері ауруларының саны ұлғаюы белгіленеді. Соңғы он жылдықтардағы өнеркәсіптік, ауыл шаруашылық өндіріс, көлік, энергетиканың дамуының жоғары қарқыны планета атмосферасына жыл сайын бір миллиард тоннадай аэрозоль және газдар, оның ішінде 250 миллион тоннадан астам азот тотығы, 100 миллион тонна көміртек тотығы, 300 миллион тонна күкіртті ангидрид және миллиондар тонна ауыр тартатын заттар лақтырылатын болды. Американдық ғалым

Майкл Раннер, Мәскеудегі 1990 ж. бірінші Бүкіодақтық экологиялық конференцияда сөз алғанда «құлттық қауіпсіздіктің кем де кем бағаланатыны туралы, әр мемлекеттің ішінде де, жалпы бүкіл әлемде де, егер ол қолайлы өмір сүру жағдайларды сақтамаса олардың қауіпсіздігі басқа мемлекеттердегі экологиялық дағдарыстар салаларынан қауіпті болатыны туралы айтты». Жаһандық мәселелер болып отынның жануынан атмосфераға көптеген күкірт қос тотығы және азот тотықтарының шығуынан пайда болатын қышқылдық жауын - шашын, қар, тұмандардың қышқылдығының күрт көбеюі байқалады. Америка, Канадада, сонымен қатар Еуропада да, тікелей айтқанда, Франция, Англияның өнеркәсіптік аудандардан желдер уланған бұлттарды апаратын Скандинавия мемлекеттерде «қышқылдық жаңбырлар» құртатын салдарлары жақсы белгілі. Қышқылдық жауындар астықтардың шығуын төмендетеді, өсімдіктердің, тұщы су қоймалардың өмірін құртады, үйлерді бұзады. Қоршаған орта сапасының келенсіз өзгерістері эволюция арқылы қалыптасқан қоршаған орта және адам арасындағы өзара байланыстардың бұзылуына, бейімделу - морфологиялық қасиеттердің үзілуіне және организмдегі патологиялық үрдістердің дамуына әкеліп соғады деген көзқарас бол. Арал теңізінің ауданында пайда болған экологиялық дағдарыс қазіргі уақытта ғаламдық, дүниежүзілік мәселе болып саналады.[2] Семей ядролық полигонының құртатын әрекеттері республиканың жақын әртүрлі аумақтарының және олардың маңындағы миллиондаған тұрғындар үшін ауыртпалық және үлкен қайғы болып табылады. Одан да басты жағдай, қоршаған ортаның радиоактивті ластанулары ядролық полигоннан едәуір алыс жерлерде табылады. ШҚО тұрғындарына қолайсыз әсер ететін Қытайдың Лобнорлық полигонын да есептен шығаруға болмайды. Қоғамдық Комитет сараптамаларының ресми мәліметтері бойынша республикадағы ең көп ластанған аумақ күрделі антропогендік жүктеме әкелетін Шығыс - Қазақстан облысы болып табылады. Облыс атмосферасына жыл сайын 400 мыңнан астам тонна зиянды заттар шашылады. Қалалардағы атмосфералық ауаның 1992 ж. жағдайын бақылауының талдауы бойынша Лениногорск қаласында ластанудың ең жоғары деңгейі 27,2 (ПДК) тіркелген, бұл жағдай өнеркәсіп орындарының шығаратын лас заттары және қаланың қоспаларды сөйілту үшін қолайсыз климаттық жағдайларда орналасқаны негізделген.

Республика тұрғындарының туу және өлуінің қолайсыз даму үрдістерінің салдарынан кейбір жеке алған жерлерде тіпті депопуляцияға дейін баратын табиғи өсімнің төмендеуі болып тұрады. Тұрғындардың табиғи өсім шыңының өзгеріс динамикасы мемлекет қоғамдық дамуының деңгейін сипаттайды. Республикада соңғы жылдар ішінде тұрғындар өсім екпіндері оның барлық облыстарында күрт қысқарды. Тұрғындардың ұдайы өндіріспен байланысты жағдайдың келешекте болжамдау бағаланулары оңтайлы өзгерістерге негіздемелер бере алмайды. Өлімнің өсуі үшін республика тұрғындарының табиғи өсімінің әрі қарай төмендеуі туралы болжам жасалады. Сонымен қатар тұрғындардың өлім өсуінің шарасыз себебі өмір сүру ұзақтығының қысқаруы болжанатын болып саналады. Өкінішке орай, соңғы 40 жыл арасында Қазақстан



Республикасы тұрғындарының болжанатын өмір сүру ұзақтығы кішкене қысқартылды.[5] Ресми статистика бойынша 1965 жылы туған ер және әйел адамдар орташа алғанда: ер адамдар 66,6 жыл, әйел адамдар 75,4 жыл өмір сүреді. Егер осындай өлім динамикасы ұзақ уақыт сақталса 2004 ж. туған ер және әйел адамдар салыстырмалы 60,5 және 71,9 жыл өмір сүреді.

Республика тұрғындарының денсаулық жағдайының талдауы, ол көбінесе кем, сондықтан ол көптеген өнеркәсіпті дамыған мемлекеттерден қалып барады. Егер қоғамдық денсаулығына оңтайлы жағдайлар тудыру бойынша шаралар жасалмаса аталған жағдайдың одан да төмендеуі мүмкін. Қазіргі уақытта тұрғындар денсаулығының жоғары деңгейіне жетуі қоршаған ортаны ластанудан қорғау, еңбек және тұрмыс жағдайларын жақсарту және барлық әлеуметтік құрылымның өндеуімен байланысады.

Бұл арада экологиялы қолайсыз жағдайлардың қазіргі әлеуметтік тұрақсыздықтарда олардың бірінші құндылық бағыттанулардың өзгерулерімен және өмір жағдайларының өзгерулерімен байланысатын стресс жүктемелермен күрделенгендіктен одан да тереңдейді. Бұл жағдайлар тұрғындардың әртүрлі топтарының денсаулық деңгейіндегі қолайсыздықтардың қалыптасуының шығу тегі болып қызмет етулері мүмкін.[1] Мұндай жағдай мамандардың қазіргі өмірдің факторларының барлық кешенінің денсаулыққа әсер етуін зерттеуге күштерін біріктіруге қажеттілігін талап етеді. Бұл мәселелерді әртүрлі ведомстволар және қызметтердің күтерін және амалдарын біріктіруі мүмкін емес. Қазір тұрғындар денсаулығын қорғау мәселелері денсаулық сақтау органдар және мекемелерінің мүмкіндіктері және өкілеттіктерінің шеңберлерінен тыс шығады. Қоғамдық денсаулықты нығайтуы әлеуметтік

экономикалық шаралардың барлық жүйесімен, мемлекеттік, жеке меншік және қоғамдық ұйымдардың кешенді қызметімен қамтамасыз етілуге тиіс.

Осы жағдайларда гигиеналық ғылымның негізгі тырысуы кешенді, терең зерттеу және экономикалық деңгейі және нақты аумақтың (жерінің) ұрпақтарының сапалы бағалануына бағытталуға тиіс. Сондай зерттеулер қазіргі уақытта көкейкесті және гигиеналық және профилактикалық іс шаралардың белсенділігін жоғарылатуға ықшамды болады.

#### Әдебиеттер:

1. Белозеров Е.С.; Камилев М.А.; Благова Л.А. Основные закономерности младенческой смертности в регионе Семипалатенского ядерного полигона и перспективы его снижения // Здравоохранение.- 1992.- №5-С. 15-16.

2. Гусев Б.И., Ибраев С.С., Белозеров Е.С. Состояние здоровья сельского населения, проживающего в районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону и перспективы его снижения // Здравоохранение.- 1992. - №37. - С.-8

3. Шамсиярова Н.Н., Калиев К.А., Хакимова Р.Ф., и др. Количественная оценка влияния загрязнения атмосферного воздуха на заболеваемость детей острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей – 2000. -№4. – С – 11.13.

4. Черных А.М., Угрозы здоровью человека при использовании пестицидов (Обзор) // Гигиена и санитария./ - № 5.-С . 25-29.

5. Исмагулова А.У., Кенжалина Ж.У., Адайханова Г.Б. и др // О влиянии окружающей среды на состояние здоровья и заболеваемость детей // Экология и здоровье детей: сб. науч. тр. Республик. Конф. Усть – Каменогорск, 2003. – С. 48-50.

**ЖУМАМБАЕВА РОЗА МУРЗАХАНОВНА****(к 60-летию со дня рождения)**

*5 ноября 2011 года исполняется 60 лет заведующей кафедрой пропедевтики внутренних болезней, профессору Государственного медицинского университета города Семей Жумамбаевой Розе Мурзахановне.*

Жумамбаева Р.М. окончила Семипалатинский государственный медицинский институт в 1974 году. После окончания интернатуры работала участковым врачом в 1-ой городской больнице г. Семипалатинска, закончила клиническую ординатуру при кафедре госпитальной терапии, целевую аспирантуру в НИИ кардиологии им. Л.Л. Мясникова ВКНЦ АМН СССР в г. Москве. В 1982 году защитила

диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

С 1982 года работает в Семипалатинской государственной медицинской академии ассистентом (1982-1989 г.г.), доцентом (1990-1997 г.г.), а с 1997 года возглавляет кафедру пропедевтики внутренних болезней.

Автор более 120 научных трудов, посвященных разным разделам терапии, в том числе 6 рационализаторских предложений, 15 методических пособий и рекомендаций для практических врачей.

Жумамбаева Р.М. очень опытный квалифицированный педагог с многолетним стажем. Многие выпускники вуза, работающие в различных отраслях медицины, с благодарностью вспоминают первые клинические знания, полученные на лекциях и практических занятиях Розы Мурзахановны. Неоднократно была победительницей в номинации лучший педагог университета. Роза Мурзахановна – высококвалифицированный специалист, имеет высшую квалификационную категорию врача – терапевта. В течение многих лет является консультантом городской больницы №2. Клиническая работа отмечена благодарностью республиканских и местных органов здравоохранения. Награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Республики Казахстан и нагрудным знаком «Отличник здравоохранения Республики Казахстан». Имеет также многочисленные благодарности ректората, деканатов за многолетний безупречный труд.

***Редакционная коллегия журнала «Наука и здравоохранение», коллеги, друзья, коллектив кафедры пропедевтики внутренних болезней поздравляют Розу Мурзахановну с юбилеем и желают здоровья, творческих успехов и дальнейшей плодотворной деятельности в сфере медицинского образования и подготовки квалифицированных кадров отечественного здравоохранения.***

## CONTENT

**Questions Medical Education**

**T.A. Adylkhanov** 5  
Status and prospects of university science in the implementation of the State Program of health of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakstan"

**A.U. Nurtazina** 6  
About family medicine in the United States of America

**Lecture, review**

**G.U. Kakimanova** 9  
Strategies to reduce of cardiovascular risk - lypoproteins of low density

**T.Zh. Kylyshev** 12  
Protection of patients during X-ray investigation in medicine: internet based review

**Articles**

**A.V. Kurkin, D.H. Rybalkina, K.K. Kajyrbekova, Zh.A. Dauletkaieva** 14  
Estimate the structural and functional state of the nuclei of hepatocytes at different microwave power - irradiation

**E.B. Platayeva** 16  
The choice of the titer of colyclones for investigation of liquid blood by direct hemagglutination test

**L.I. Pavlova, K.S. Kaliekava** 18  
Forhinolony new generation

**R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, B.S. Abilova** 19  
The mechanisms of resistance to  $\beta$  – lactams antibiotics by some of microorganisms

**E.Yu. Kravtcova, G.A. Martynova, T.Yu. Kravtcova, T.N. Haibullin** 21  
Dynamics of parameters of oxidative modification of serum proteins in acute period of different subtypes of ischemic stroke

**M.A. Kapakova, D.S. Sadybekova, Zh.B. Abdilova** 24  
Erythrocyte antigens and predisposition to cardioassular disease

**A.A. Djusupova, G.B. Zhumagulova, I.H. Alpaeva, G.Zh. Akimbaeva, A.A. Buzhikenova, V.T. Ahmetova** 26  
Aspects of central haemodynamics at carrying out of infusion-transfusional therapy

**R.E. Kulubekov, A.S. Dusukenova** 27  
The some questions of therapy of antiarrhythmic preparations

**A.M. Shulepova, L.S. Huhareva, G.N. Bulygina, A.H. Zhaparova, E.Y. Tkachenko** 29  
Clinical experience in the treatment of hypertension

**A.S. Dusukenova, R.E. Kulubekov** 30  
The rational pharmacotherapy for arterial hypertension

**A.M. Shulepova** 31  
Features of treatment of isolated systolic hypertension in elderly patients

**R.E. Kulubekov, N.E. Aukenov, K.Sh. Amrenova, G.K. Baikhanova, M.T. Sailaubayeva, G.A. Arutyunyan** 34  
The some questions of coronary heart disease (abstract)

**A.M. Shulepova** 35  
The special approach to the clinic, treatment of CHD in elderly patients

**N.S. Zgotova** 38  
Experience of «Roxybel» application at patients with the out stationary pneumonia

**S.B. Imangazinov, M.T. Zhusupova, K.B. Baimuhanova** 39  
Analyses of AIDS illness in Ekibastuz region

**S.B. Imangazinov, A.N. Zhaparbekov, M.E. Sorokina, S.S. Imangazinova, L.B. Proskura, I.F. Levina, S.B. Sarsenbayeva** 41  
The defeat of the respiratory organs in HIV – infected

**K.K. Ospanov** 43  
Prevention of HIV transmission in the Pavlodar region

**S.B. Imangazinov, M.T. Zhusupova, K.B. Baimuhanova** 44  
The results of epidemical surveillane among the sex workers in Ekibastuz region during 2008-2009-2010 years

**T.P. Nasonova** 46  
Paraneoplastic bullous dermatoses

**G.K. Kabysheva** 47  
Clinic-social structure by sick tuberculosis light

**K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, E.A. Ibraev, N.K. Selihanova, B.T. Tuebaeva, G.K. Kabysheva, V. Maksimova** 49  
Clinical structure by sick tuberculosis of the surgical branch

<b>A.U. Sharipova</b>	50
The problem of overweight of law enforcement agencies' employees	
<b>G.K. Turdunova, A.S. Kerimkulova, SH.M. Tokesheva, G.R. Dautbaeva, K.S. Turdunov</b>	52
Higienic aspects of nutrition and health puples	
<b>B.S. Abilova</b>	53
The microoranisms, more often causing the acute pneumonia by children	
<b>S.B. Musabekova</b>	54
Elderly age and arterial hypertension	
<b>M.M. Gladinets, M.A. Shatsky, Z.S. Sapkin, G.Zh. Igiev</b>	56
Peptic ulcer and duodenal ulcers in patients with old age	
<b>K.T. Adaybaev</b>	58
The analysis of results of treatment of patients with of acute and chronic pararectal abscess	
<b>K.T. Adaybaev</b>	60
New approaches to diagnostics of diseases of a rectum	
<b>G.A. Azirbayeva</b>	61
Clinical-diagnostic value of the level of cytokines in serum of blood of patients with purulent diseases of soft tissues	
<b>A.I. Zadneprovskaya</b>	63
Хирургиялық патологиясы бар жаңа туған нәрестелердің жедел терапиясын жетілдіру	
<b>O.V. Dyriv</b>	64
Physical rehabilitation of patients with arthroplasty replacement of hip joint	
<b>A.I. Zadneprovskaya</b>	65
The case of anaphylactoid reaction in the form of pulmonary edema in a patient on isoflurane	
<b>Случаи из практики</b>	
<b>N.S. Zgotova</b>	67
Case of the paraneoplastic syndrome in therapeutic practice	
<b>M.V. Hen</b>	68
Primary hyperparathyroidism(Case Study)	
<b>M.V. Hen</b>	69
Carpenter syndrome (clinical case)	
<b>T.P. Nasonova</b>	71
The case of extragenital chancre localization	
<b>S.B. Sarsenbayeva</b>	72
A rare combination of linear scleroderma with cavernous hemangioma of the penis head	
<b>S.B. Sarsenbayeva</b>	73
Annular lichen planus	
<b>Materials of Annual Scientific Conference of Young Scientists "Actual questions of medical science in the implementation of the program "Salamatty Kazakstan", dedicated to the 20th anniversary of Independence of the Republic of Kazakhstan</b>	
<b>A.O. Aimagambetova</b>	74
The predictive value of the study of cytokine activity in patients with acute myocardial infarction with elevation ST	
<b>A.B. Akhmetbayeva, A.V. Rakhimbekov, N.M. Yedilkanova, A.N. Sarkenova</b>	75
CT – structure of brain malformations at newborns and early age children according to date MC SMU Semey city	
<b>A.B. Akhmetbayeva, A.V. Rakhimbekov, N.M. Yedilkanova, A.N. Sarkenova</b>	78
Peculiarities of degenerative-dystrophic processes of different vertebrae departments	
<b>G.N. Baymusanova, B.Zh. Satubaldinova, G.M. Myssaeva, A. Talgatkyzy</b>	79
The effectiveness of misoprostol for labor induction in these Clinical Municipal Maternity Hospital	
<b>G.G. Gallamov, D.O. Karibayeva, G.B. Umutbayeva, D.I. Kupensheyeva</b>	81
Optimization of diagnostics of cardialgia at neurocirculatory dystony in practice of the family doctor	
<b>N.E. Glushkova, E.T. Masalimov</b>	83
National models medical-social support of young adults: comparative analysis of international experience and experience of the Republic of Kazakhstan	
<b>S. Gubasheva</b>	86
Principles of treating patients with arterial hypertension in polyclinic environment	
<b>A.M. Yelissinova</b>	87
The short review of children's physical inability for 2009 on the East Kazakhstan area	
<b>N.M. Yelissinova</b>	88
The social portrait of Semey parturient's and their opinions to the facts of child abandonment	
<b>E.I. Esimbekova, K.S. Zurikanov</b>	89
Therapeutic aspects at patients with acute disorders of coronary blood low at antiphospholipid syndrome	

<b>E.M. Iztleuov, A.N. Zinalieva, M.K. Iztleuov</b>	90
Influence «Oil of licorice» on metabolic processes in lungs at workers of chromic manufacture	
<b>E.M. Iztleuov, A.N. Zinalieva, M.K. Iztleuov</b>	93
Influence «Oil of licorice» on reparation surfactant of system of lungs during the period after action of bonds of chrome	
<b>G.O. Ilderbayeva, A.A. Rymbayeva</b>	95
Changes of immune reactivity of an organism under the influence of gamma-radiation with dose 0,2 gr in experiment	
<b>M.A. Kapaikova, B.K. Kabieva, A. Oralhan</b>	98
Aspirin resistance at patients with myocardial infarction and cerebral circulation failure	
<b>D.B. Kozubayeva, H.S. Zhetpisbayeva, O.Z. Ilderbayev, A.U. Orazalina, N.M. Khramykh-Overchenko, A. Myrzahmetova</b>	99
Influence of the herbal medicine «Topolin» on the immunity disorders (experimental investigation)	
<b>N.K. Kudaibergenova</b>	100
The conditions of the labour women on the garment factory «Murager» Semey city	
<b>D.I. Kupensheyeva, G.B. Umutbayeva, D.O. Karibayeva, G.M. Khaibullina, G.G. Gallamov</b>	102
Identification of early clinical signs of chronic hepatitis in a family - medical ambulatorii	
<b>A. Mergentay, B.A. Azanova, G.A. Musina, F.O. Temerbekov</b>	103
The Analysis of smoking among population of the PHC organizations	
<b>G.A. Musina, B.A. Azanova, A. Mergentay, F.O. Temerbekov</b>	105
Medical and social aspects of the problem of excess weight	
<b>A.O. Myssaev, N.B. Sayakenov, E.T. Masalimov</b>	109
A social profile of killed in road accident in Semey region	
<b>R.I. Nazimov, D.T. Bakerbekov, A.S. Musabekov, N. Bugrov, A.Pismareva</b>	111
The effectiveness of TBL technology in the lecture course of clinical discipline	
<b>D.T. Nurgaliyeva, ZH.I. Beshimbayeva</b>	113
Diagnostic and prognostic aspects of autoimmune thrombocytopenic purpura problem of optimization of treatment	
<b>N.B. Omarov</b>	114
Results of efficacy of excising of ulcerative substrate at perforated duodenal ulcers with use mini-invasive technologies	
<b>A.A. Rymbayeva, G.O. Ilderbayeva</b>	116
Influence of gamma radiation with dose 0.2 gr on metabolism and pol.	
<b>U.S. Samarova, D.M. Bitebayeva, K.D. Turlybekova</b>	118
The influence of social and hygienic factors on pupil's health condition	
<b>B.Zh. Satubaldinova, G.N. Baymusanova, S.M. Gamzaeva, N. Nahatova</b>	119
Analysis of the effectiveness of surgical hemostasis according data of Clinical Municipal Maternity Hospital	
<b>Ye.Yu. Sukhareva</b>	120
Background of inclusive education in Kazakhstan	
<b>G.B. Umutbayeva, D.O. Karibayeva, D.I. Kupensheyeva, G.G. Gallamov</b>	122
Clinical results of hirudotherapy in patients with II degree of arterial hypertension in family and medical ambulatory	
<b>A.B. Urazayeva, Z.K. Tashimova, D.S. Taskaliyeva, S. Gubasheva</b>	123
Dynamics of pulmonary tuberculosis morbidity	
<b>Z.A. Khismetova, K.D. Turlybekova, D.M. Bitebayeva</b>	124
Bases of healthy life Style	
<b>N.M. Khramykh-Overchenko, D.B. Kozubayeva, M. Mardamshina, A. Zhampeisova</b>	126
Antioxidant and regenerative therapy of the chronic eczema	
<b>N.Zh. Chaizhunusova, K.U. Kembayeva, A.A. Altynbekova, A.A. Bekzhigitova</b>	128
The pollution factors of environment	
<b>N.Zh. Chaizhunusova, K.U. Kembraeva, A.A. Bekzhigitova, A.A. Altynbekova</b>	129
Information about morbidity and mortality of the population on the ecologic unsuccessful area	
<b>Anniversary Zhumanbayeva Roza Myrzahanovna</b>	132

**Государственный медицинский университет г.Семей**

**Подписано в печать 28.10.2011 г.**

**Формат А4. Объем 16,8 усл.п.л. Тираж 300 экз.**

**Адрес: 071400, г. Семей, ул. Абая 103.**