



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен  
Денсаулық Сақтау  
Наука и  
Здравоохранение**



1' 2014

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

№ 1 2014 г.

Журнал основан в 1999 г.

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

### Учредитель:

Государственный  
медицинский университет  
города Семей

E-mail: selnura@mail.ru

### Адрес редакции:

071400, г. Семей  
ул. Абая Кунанбаева, 103  
контактный телефон:  
(7222) 56-42-09 (вн. № 1054)  
факс: (7222) 56-97-55

РНН 511700014852  
ИИК KZ416010261000020202  
БИК HSBKKZKX  
Региональный филиал «Семей»  
269900

АО «Народный банк  
Казахстана», г. Семей  
КБЕ 16  
БИН 990340008684

### Технический секретарь Сапаргалиева Э.Ф.

Ответственность за  
достоверность информации,  
содержащейся в рекламных  
материалах, несут  
рекламодатели

Мнение авторов может не  
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии  
Государственного  
медицинского университета  
г.Семей

Подписано в печать:  
28.02.2014г.

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

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

### Редакционный совет:

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

### Редакционная коллегия:

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

## Содержание

**Обзор литературы**

<b>Т.К. Рахыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, А.М. Елисинова, А.Ж. Кодашева</b>	<b>4</b>
Социально-демографическая характеристика женщин, отказавшихся от своего ребенка, и причины отказа (Обзор литературы)	
<b>Т.К. Рахыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, Н.М. Елисинова, А.Ж. Кодашева</b>	<b>8</b>
Финансовая поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов в Казахстане и за рубежом (Обзор литературы)	
<b>М.Р. Масабаева, Н.Е. Аукунов, С.Ю. Копашева, Н.Р. Баркибаева, Е.М. Смаил, М.О. Хамитова</b>	<b>11</b>
Молекулярно-генетические механизмы развития осложнений хронических вирусных гепатитов В и С (Обзор литературы)	
<b>А.О. Мысаев, К.Е. Сеилханов, Д.М. Дюсенбаев, Т.Ж. Амренов, С.С. Мусатаев, Алт.О. Мысаев</b>	<b>15</b>
Дорожно-транспортный травматизм. Часть 2: факторы риска и меры профилактики (Обзор литературы)	
<b>А.Б. Карагизова, Ж.Т. Толысбаева</b>	<b>21</b>
Прогресс в ликвидации йодной недостаточности. Современное состояние	
<b>А.М. Раушанова</b>	<b>24</b>
Обзор литературы по изучению тренировки рабочей памяти с помощью N-BACK	
<b>Г.Г. Батырханова</b>	<b>26</b>
Дифференциальный диагноз и подходы к лечению абдоминального болевого синдрома (Обзор литературы)	
<b>Вопросы организации здравоохранения Республики Казахстан</b>	
<b>В.В. Ли, Г.К. Каусова, Т.Н. Свитич, Л.К. Каражанова</b>	<b>31</b>
Результаты образовательной деятельности школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией – опыт 10 лет работы	
<b>В.В. Ли</b>	<b>34</b>
Качество жизни больных артериальной гипертензией и его динамика при проведении образовательной программы	
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Ю.М. Семенова, Г.К. Манабаева</b>	<b>37</b>
Оценка эффективности внедрения семейно-ориентированных технологий в городе Семей	
<b>Вопросы медицинского образования</b>	
<b>А.А. Касымова</b>	<b>39</b>
Әртүрлі оқыту үлгілеріндегі студенттердің ойлау қабілеттілігі мен оқу бағдарламаларының салыстырмалы гигиеналық сипаттамасы	
<b>Экология, радиация, здоровье</b>	
<b>К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, Т. Жунусова, Т.Ж. Мулдағалиев, А.В. Липихина</b>	<b>42</b>
Изучение состояния здоровья населения Казахстана, подвергшегося облучению в результате испытаний ядерного оружия, на основе идентификации случаев заболеваний и смерти	
<b>T. Zhunussova, B. Grosche, K. Apsalikov, T. Belikhina, L. Pivina, T. Muldagaliev</b>	<b>45</b>
The main directions of prospective cohort study of population living around the Semipalatinsk nuclear test site	
<b>Статьи</b>	
<b>Е.А. Юхневич-Насонова, Р.Х. Бегайдарова, Ш.С. Калиева, Г.М. Мулдаева, Е.О. Полякова</b>	<b>48</b>
Сравнительная оценка качества жизни пациентов с лямблиозом на фоне различных режимов терапии	
<b>Н.Е. Аукунов, М.Р. Масабаева, У.У. Хасанова</b>	<b>51</b>
Выделение и очистка нуклеиновых кислот. Состояние проблемы на современном этапе	
<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А. Тусупжанова, А. Оразғалиева, А. Саламатов, А. Строкань</b>	<b>53</b>
Эффективность лечения новых случаев туберкулеза органов дыхания	
<b>Л.К. Жазықбаева, Л.А. Осипанова, Г.С. Рамазанова</b>	<b>55</b>
Эффективность применения Фромилид УНО при инфекциях верхних и нижних дыхательных путей	
<b>А.С. Сарсекеева, А.Н. Жумағалиева, М.Ю. Фролова, Л.М. Пивина, Е.Б. Богачев, Ж.М. Уразалина, Г.Б. Батенова</b>	<b>57</b>
Проблема антибиотикорезистентности основных возбудителей внебольничной пневмонии и пути ее преодоления	
<b>Л.К. Жазықбаева, А.М. Бекбаева, Ж.К. Корғамбаева</b>	<b>59</b>
Применение Фромилида УНО при острой внебольничной пневмонии	
<b>Г.Г. Батырханова</b>	<b>61</b>
Дифференцированный подход к анемическому синдрому в клинической практике	

<b>Г.Н. Билялова</b>	<b>65</b>
Изучение комплаентности к терапии пациентов с высоким коронарным риском	
<b>Н.С. Смаилов</b>	<b>67</b>
Профилактика инсультов и оценка информированности о факторах риска	
<b>Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова</b>	<b>70</b>
Микробиоценоз влагалища и кишечника беременных женщин	
<b>Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова</b>	<b>72</b>
Факультативно-аэробная микрофлора репродуктивного тракта беременных, обследованных в дородовом периоде	
<b>Л.Г. Тургунова, Н.С. Умбеталина, И.В. Бачева, Т.А. Баешева</b>	<b>73</b>
Оптимизация лечения пиелонефрита у беременных	
<b>А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Э. Киримбаева, М.Е. Байсеитова, А.Е. Масалов</b>	<b>77</b>
Холедохотомия в экстренной неотложной абдоминальной хирургии внепеченочных желчных путей	
<b>М.С. Санбаев, М.Т. Аубакиров, А.Д. Жаркимбаева, К.Л. Исаков</b>	<b>79</b>
Способ герметизации бронхиального свища при эхинококкозе легких у детей	
<b>Е.О. Масалимов, М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсенбаев, М.С. Санбаев</b>	<b>82</b>
Емшек еметін жастағы балалардағы бас ми қанайналымының бұзылуы	
<b>Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаев, А.О. Сураужанова, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева, М.А. Пушкарев, Д.К. Жуманова</b>	<b>84</b>
«Криотур 600» аппаратының көмегімен гемангиоманы емдеу тәжірибемізбен бөлісу	
<b>К.А. Цикунов</b>	<b>85</b>
Ультразвуковая диагностика поражений паренхимы почки у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом	
<b>К.Д. Аймухамбетова</b>	<b>88</b>
Неврологическая патология среди профессиональных заболеваний в Восточно-Казахстанской области	
<b>Н.С. Косарева, М.В. Надеина, К.Н. Кусаинов</b>	<b>90</b>
Демографические и клиничко-социальные характеристики больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	<b>92</b>
Клиничко-иммунологические проявления хронического рецидивирующего афтозного стоматита	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	<b>94</b>
Иммунорегулирующая терапия хронического рецидивирующего афтозного стоматита	
<b>Г.А. Сапарова</b>	<b>96</b>
Иммунорегулирующая терапия красного плоского лишая слизистой полости рта	
<b>Г.А. Сапарова</b>	<b>98</b>
Клиничко-иммунологические исследования у больных красным плоским лишаем	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	<b>100</b>
Опыт применения реставрационной системы Estelite фирмы "Tokuyama Dental" в стоматологии	
<b>Г.А. Сапарова</b>	<b>102</b>
Сравнительный анализ эффективности композитной реставрации в стоматологии	
<b>Случаи из практики</b>	
<b>С.А. Изнаиров</b>	<b>104</b>
Случай успешного эндоскопического лечения правосторонней диафрагмальной грыжи у ребенка 12 лет	
<b>Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов</b>	<b>105</b>
Опыт лечения аппендикулярного перитонита у детей	
<b>Е.Ш. Мейрбаев</b>	<b>106</b>
Опыт трансуретральной литоэкстракции и литотрипсии при камнях нижней трети мочеточников и мочевого пузыря	
<b>К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева</b>	<b>108</b>
Опыт применения операции ACE (антеградное промывание толстого кишечника) у детей с постоперационным недержанием кала	
<b>Юбилей</b>	
<b>Султанбеков Зейнулла Кабдышевич (к 70-летию Юбилею)</b>	<b>110</b>

УДК 373.22 - 364

Т.К. Рахыпбеков<sup>1</sup>, Н.М. Елисинова<sup>2</sup>, Ю.М. Семенова<sup>3</sup>, А.М. Елисинова<sup>4</sup>, А.Ж. Кодашева<sup>5</sup>

Государственный медицинский университет города Семей

<sup>1</sup>Д.м.н., профессор, ректор ГМУ г. Семей,<sup>2</sup>Ассистент кафедры интернатуры по педиатрии ГМУ г. Семей<sup>3</sup>К.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГМУ г. Семей,<sup>4</sup>Ассистент кафедры детских инфекционных болезней и фтизиатрии ГМУ г. Семей<sup>5</sup>Докторант PhD по специальности «Медицина» ГМУ г. Семей

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ СВОЕГО РЕБЕНКА, И ПРИЧИНЫ ОТКАЗА (Обзор литературы)

### Аннотация

Характеристика женщин, отказавшихся от своего ребенка, отражающая их социально-демографические особенности, позволяет осознать, что не всегда выставляемые на первый план «социальные» причины являются истинными причинами отказа от ребенка. Более глубокие причины скрывают под собой шлейф проблем воспитания и формирования в женщине психологической установки на материнство, основы которого закладываются еще в раннем детстве девочки.

**Ключевые слова:** женщины, отказавшиеся от ребенка, отказ от ребенка, «отказницы», причины отказа, Казахстан.

В мире насчитывается 153 млн. детей, которые по различным причинам лишились родительской опеки, из них в странах Центральной и Восточной Европы и Содружества Независимых Государств, к числу которых относится Республика Казахстан, их количество в 2011 году достигло 7 млн. 300 тысяч [1]. Указанные цифры свидетельствуют о том, насколько остро во всем мире стоит проблема сиротства, в том числе социального.

Известно, что наиболее негативные последствия для дальнейшего развития ребенка, имеет ранняя материнская депривация в первые дни жизни [2], свидетелями которой часто становятся медицинские работники в родовспомогательных учреждениях.

Согласно исследованиям отказов от новорожденных детей, социальный портрет женщин, отказавшихся от ребенка, соответствует следующему описанию: большинство женщин юного или достаточно молодого возраста (до 25 лет, 19-35 лет, от 23 до 25 лет); не состоят в браке; возможно наличие других детей; низкий и средний уровень образования; временный характер работы; низкий уровень дохода; отсутствие отдельной жилой площади; отсутствие поддержки со стороны близкого окружения женщины (родителей, родственников, отца ребенка); нежеланность беременности, как для матери, так и для отца ребенка [3-9].

Репродуктивное поведение этих женщин характеризуется раннее начало половой жизни; низкая информированность о методах контрацепции и отсутствие заинтересованности в их применении; желание прервать беременность, но частое упущение допустимых для аборта сроков вследствие боязни его последствий или отсутствия средств, позднего обнаружения беременности; при этом наличие аборт в прошлом; повторные роды; поздний срок постановки на медицинский учет или же полное его отсутствие, невыполнение рекомендаций медицинского персонала, общее пренебрежение своим здоровьем и здоровьем ребенка [3, с.100; 5, с.1443; 6, с.16; 7, с.33; 8, с.149].

Семейное окружение этих женщин имеет свои особенности. Большинство женщин, отказавшихся от своего новорожденного ребенка, воспитывались в непол-

ных семьях [3, с.100; 8, с.159; 9, с.32]. Более половины ситуаций осложнялись «проблемным» детством женщин (физическое насилие со стороны родителей, злоупотребление родителями алкоголем, пренебрежение потребностями детей, скрытый отказ от воспитания, когда дети воспитываются дедушками, бабушками, подчеркивающими вынужденность заботы о внуках или воспитание в детском доме) [6, с.18; 9, с.32]. В предыдущих поколениях прослеживаются паттерны отказа от детей (в 94% обследованных семей) – детей отдавали в детские дома, на воспитание в семьи соседей или дальних родственников [10, с.92].

Обследование женщин, отказавшихся от своих новорожденных детей, показало, что для психологических установок на материнство у молодых женщин важное значение имел образ собственной матери и причина девиантного материнства кроется в драме взаимоотношений женщины с ее собственной матерью [9, с.32; 10, с.93]. По данным анализа семейных историй женщин, отказывающихся от новорожденных, следует, что девиантная мать с детства отвергалась собственной матерью. Эта материнская депривация сделала невозможным процесс идентификации с матерью, как на уровне психологического пола, так и на уровне формирования материнской роли [9, с.32]. Уже в детстве у таких женщин формируется своеобразная поведенческая матрица низкой толерантности к открытым формам агрессии, в силу которой они привычно разрешают жизненные конфликты агрессивными поступками, и в отношении собственного ребенка [11, 12]. Для этих женщин характерно чувство пустоты вокруг себя. Это делает их чрезмерно конформными, обнаруживает у них обостренную потребность в привязанности, «принятии», в позитивном отношении к себе [8, с.148; 9, с.35].

Беременность женщин, отказавшихся от новорожденного ребенка, часто является результатом либо непродолжительных, случайных отношений, либо долготерпимого сожительства [3, с.100; 9, с.34], которое прекратилось уже во время беременности [6, с.15]. В некоторых случаях отказ происходит в ситуации вне-

запного вдовства. В таких случаях имеют место и психологические причины, связанные с потрясением от смерти близких людей, но решающим фактором отказа в этой ситуации является отсутствие поддержки со стороны родственников [6, с.16]. В других случаях отказ от новорожденного происходит по причине того, что ребенок был зачат в результате изнасилования. В таких ситуациях отказ представляется абсолютно неизбежным, поскольку неприятие ребенка матерью имеет глубокие психобиологические основы [6, с.19].

При сравнительном изучении переживания беременности у «благополучных» беременных и женщин, отказавшихся от ребенка, было выявлено, что для «отказниц» характерно отсутствие или сильное снижение выраженности симптомов беременности [13; 14]. Анализ субъективных переживаний женщин, вынашивающих нежеланную беременность, показал, что при всем многообразии индивидуальных особенностей удается выявить общие черты и выделить **два крайних варианта психологического статуса** [14]:

**При первом варианте** всю беременность женщины чувствуют себя достаточно хорошо. Заметно реже, чем в случаях желанной беременности, у них встречаются явления раннего токсикоза. Такая пониженная чувствительность сохраняется и по отношению к шевелению плода. У женщины формируется своеобразная гипостезия телесных проявлений беременности и соответствующее ей особое психологическое состояние — атиофориогнозия (тиофорио — беременность), которое в «легких» случаях проявляется своеобразным «забыванием» беременности, игнорированием ее симптомов, а иногда и искажением представлений о ее сроках.

**Второй вариант** психологического состояния, возникающего при нежеланной беременности, характеризуется гиперэстезией телесных симптомов, выраженной ригидностью негативного аффекта — страхом, депрессией. У некоторых нежелательная беременность на всем протяжении сопровождается глубоким чувством отвращения, брезгливости и даже ненависти к будущему ребенку, что порождает яркие, мучительные «инфантицидные фантазии» [15].

Отрицание как попытка избегания невыносимой реальности было описано в случаях беременности в результате инцеста [12, с.511], а также у пациенток с психозами [16] и диссоциативными расстройствами [17]. В крайних случаях сокрытие и отрицание беременности может привести к трагичным последствиям, как детоубийство или отказ от новорожденного [18-25]. Для женщин, которые испытывают послеродовую депрессию и психоз, повышен риск, как самоубийства, так и детоубийства [26]. Распространенность послеродовой депрессии, согласно данным мета-анализа O'Hara M.W. & Swain A.M. (1996), составляет 10-15% [27], согласно исследованию Friedman SH & Resnick P.J. (2009), 10%-25% [28]. Согласно статистике до 4% матерей, страдающих послеродовым психозом, без лечения убивают своих младенцев [26, с.140]. Это вызывает особую озабоченность, когда бредовые убеждения сфокусированы на младенце [29; 30].

В противоположность неосознанному отрицанию, существует преднамеренное сокрытие беременности от окружающих, когда женщина считает, что никто не должен знать о ее беременности. Это часто обусловлено строгим религиозным воспитанием, запретами на добрачные половые связи, боязнью девочек-подростков и молодых незамужних женщин обще-

ственного мнения и неодобрения со стороны родителей [31-33].

Решение отказаться от новорожденного у женщин возникает, как правило, задолго до рождения ребенка [9, с.35]. «Отказницы» чаще всего встречаются среди тех женщин, которые поступили в родильный дом в тот момент, когда роды уже начались [7, с.34]. Большинство таких женщин поступают без обменных карт, редко кто из них наблюдается в женской консультации. В родильном доме о том, что женщина решила отказаться от ребенка, врачи узнают от нее самой или через медицинский персонал, с которым непосредственно общаются родильницы. Они демонстрируют свое отношение к ребенку, отказываясь брать его на руки, прикладывая к груди. Они отличаются безразличием или повышенной нервозностью; замыкаются в себе, не идут на контакт с другими женщинами, пытаются как можно быстрее подписать документы и уйти [7, с.34].

Для женщин с нежеланной беременностью характерна низкая вероятность начала и поддержания грудного вскармливания, чем для женщин с желанной беременностью [34], хотя поощрение раннего контакта матери и ребенка с налаживанием грудного вскармливания и их совместным пребыванием является дешевым и простым методом снижения отказов от новорожденных детей [35].

Среди частых причин отказов от ребенка в различных источниках фигурируют: бедность, отсутствие жилья, работы, наличие в семье нескольких детей, неполная семья, серьезные конфликты в семье, юный возраст матери, злоупотребление алкоголем или наркотиками [7, с.32-33]. Нередко причиной отказа является рождение больного ребенка, часто родители отказываются от детей с патологией из-за неуверенности в том, что высокотехнологичные виды медицинской помощи, в которых они часто нуждаются, особенно в первые месяцы жизни, будут им доступны [7, с.33]. Инвалидность или врожденные дефекты новорожденного часто рассматриваются как приемлемая причина для отказа от ребенка ввиду стигматизации и дискриминации инвалидов, трудностей социальной адаптации из-за недостаточной инфраструктуры и наличия барьеров на пути получения адекватной медицинской помощи для детей-инвалидов, вся забота о которых ложится на плечи родителей [7, с.33; 36; 37].

Одной из причин отказа от новорожденного ребенка может быть ВИЧ-инфицирование женщины. Так, отказы от детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на Украине были зарегистрированы на уровне 12% [4]. В России же примерно 20% ВИЧ-инфицированных матерей отказываются от своих новорожденных детей [37, с.162]. Однако результаты углубленного качественного исследования отказов от новорожденных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, методом интервьюирования женщин, отказавшихся от своих детей, а также женщин, которые не отказались от ребенка, их семей и медицинских работников из четырех регионов России, позволили сделать вывод, что ВИЧ-инфицированность не является основной причиной отказа [37, с.164]. Основными факторами, увеличивающими вероятность отказа от новорожденного ребенка, в указанном исследовании были: нежелательная беременность, отсутствие поддержки со стороны членов семьи, употребление наркотиков и алкоголя, страх рождения ребенка с врожденными пороками, негативное отношение со стороны медицинских работников, а также

наличие маргинального социально-экономического статуса. Среди указанных факторов самое сильное влияние на отказ имела нежелательная беременность. Этот фактор был самым основательным детерминантом отказа как для ВИЧ-инфицированных женщин и их родственников, так и для негативных по ВИЧ женщин, а также для экспертов. Важным фактором отказа от ребенка является отсутствие поддержки со стороны ближайших родственников. Во многих случаях семьи были не готовы принять ВИЧ-инфицированного ребенка из-за стигматизации. В ходе исследования также было установлено, что иногда женщинам рекомендуют или заставляют их отказаться от своих новорожденных детей члены их семей и медицинские работники.

Исследования подтверждают сильную связь отказов с дефицитом социальной поддержки, как для ВИЧ-инфицированных, так и для неинфицированных матерей [6, с.14]. Необходимо отметить, что предварительная антиретровирусная терапия способствует снижению отказов от детей ВИЧ-инфицированными матерями [38]. С отказами также связано и сочетание низкого уровня образования с весьма рискованным поведением [39; 40].

Таким образом, к факторам риска раннего социального сиротства можно отнести: нарушения здоровья матери или ребенка, психологические проблемы роженицы, а также сложный комплекс проблем, к которому применяют понятие «семейное неблагополучие». При этом бедность не является независимой причиной отказа, но скрывает за собой целый комплекс социальных проблем, которые, по мнению большинства женщин, возможно, решить при оказании им материальной, психологической помощи, изменении жилищных условий, социального положения, а также изменения отношения к жизни, образа жизни самой женщиной [41; 42]. Это свидетельствует о необходимости разработки мер по профилактике социального сиротства, направленных на оптимизацию социально-экономического положения семей и развитию осознанного родительства.

#### Литература:

1. The State of the World's Children 2011: Adolescence An Age of Opportunity. – United Nations Children's Fund (UNICEF), 2011. – 148 p. // [http://www.unicef.org/education/files/SOWC\\_2011.pdf](http://www.unicef.org/education/files/SOWC_2011.pdf)
2. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей / пер. с англ. В.В. Старовойтова. 2-е изд. – М.: Академический Проект, 2004. – 232 с.
3. Рассказова В.Н., Лучанинова В.Н., Иващенко В.П., Рассказова М.Е. Социально-медицинский статус ВИЧ-инфицированных женщин, отказавшихся от своих детей // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – №4. – С. 100.
4. Shapoval A. Socioeconomic profile of HIV positive mothers including those who abandon their infants in Ukraine // XVIII International AIDS Conference. - Mexico, 2008, August 3-8.
5. Bailey H., Semenenko I., Pilipenko T., Malyuta R., Thorne C. The Ukrainian European Collaborative Study Group. Factors associated with abandonment of infants born to HIV-positive women: results from a Ukrainian birth cohort // AIDS Care. – 2010, December. - №22 (12). – P. 1439–1448.
6. Исупова О.Г. Отказ от новорожденного и репродуктивные права женщины // Социологические исследования. – 2002. – №11. – С. 1-25.
7. Ярская-Смирнова Е.Р., Тепер Г.А., Грек Н.В. Брошенные дети: проблемы профилактики раннего социального сиротства // Женщина в российском обществе. – №3 (48). – С. 31-48.
8. Голомолзина Т.В., Волкова С.В. Исследование причин отказа от ребенка 0-3 лет в Карагандинской области. Детский фонд ООН ЮНИСЕФ в Республике Казахстан. Общественное объединение «Центр «Семья». - Караганда, 2011. – 196 с.
9. Панкратова М.Г., Брутман В.И., Ениколопов С.Н. Некоторые результаты обследования женщин, отказывающихся от своих новорожденных детей // Вопросы психологии. – 1994. – № 5. – С. 31-36.
10. Брутман В.И., Варга А.Я., Хамитова И.Ю. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 3. – С.81-97.
11. Дементьева И.Ф. Социальное сиротство: генезис и профилактика. – М.: ГНИИСиВ, 2000. – 48 с.
12. Bonnet C. Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide // Child Abuse Negl. – 1993. – Vol. 17, №4. – P. 501-513.
13. Брутман В.И. Психологические феномены, возникающие в связи с нежеланной беременностью // Психология сегодня. Ежегодник Российского психологического общества. – М., 1996. - Т. 2, вып. 4. – С. 150–151.
14. Радионова М.С. Динамика переживания женщиной кризиса отказа от ребенка // Перинатальная психология и психология родительства. – 2005. – №1. – С. 23-27.
15. Копыл О.А., Баз Л.Л., Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. – 1993. – № 4. – С. 35-42.
16. Miller LJ: Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management // Hosp Community Psychiatry. – 1990. – №41. – P. 1233–1237.
17. Brezinka C., Huter O., Biebl W., Kinzl J. Denial of pregnancy: obstetrical aspects // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 1994. - №15. – P. 1–8.
18. Byard R.W. Sudden death in infancy childhood and adolescence. - Cambridge: Cambridge University Press, 2004. - P. 616–617.
19. Meyer C.L., Oberman M. Mothers who kill their children: understanding the acts of moms from Susan Smith to the "Prom Mom". - New York: NY University Press, 2001. – 218 p.
20. Lusk J. Modern New Mexican neonaticide: tranquilizing with this jewel/the torments of confusion // Tex J Women Law. - 2001. - №11. – P. 93–129.
21. Craig M. Perinatal risk factors for neonaticide and infant homicide: can we identify those risks? // J R Soc Med. – 2004. - №97. – P. 57–61.
22. Resnick P.J. Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide: a review of literature // Am J Psychiatry. - 1970. - №126. – P. 1414–1420.
23. Lee A.C.W., Li C.H., Kwong N.S., So K.T. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy — newborn victimization associated with unwanted motherhood // Hong Kong Med J. – 2006. - №12. – P. 61-64.
24. Lusk J. Modern new Mexican neonaticide: tranquilizing with this jewel/the torments of confusion // Tex J Women Law. - 2001. - №11. - P. 93-129.
25. National Abandoned Infants Assistance Resource Center. Discarded infants and neonaticide: a review of literature. - Berkeley: Berkeley University of California, 2004. - P. 15.

26. Friedman S.H., Resnick P.J. Child murder by mothers: patterns and prevention // *World Psychiatry*. - 2007. - №6. - P. 137-141.
27. O'Hara M.W., Swain A.M. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis // *International Review of Psychiatry*. - 1996. - № 8. - P. 37-54.
28. Friedman S.H., Resnick P.J. Postpartum depression: an update // *Women's Health*. - 2009. - №5. - P. 287-295.
29. Friedman S.H., Resnick P.J., Rosenthal M. Postpartum psychosis: strategies to protect infant and mother from harm // *Curr Psychiatry*. - 2009. - №8. - P. 40-46.
30. Hornstein C., Trautmann-Villalba P. Infanticide as a consequence of postpartum bonding disorder // *PsychiatrischZent Nord*. - 2007. - Vol. 78, №5. - P. 580-582.
31. Milstein K.K., Milstein P.S. Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report // *J Clin Psychiatry*. - 1983. - №44. - P. 189-90.
32. Finnegan P., Mc Kinstry E., Robinson G.E. Denial of pregnancy and childbirth // *Can J Psychiatry*. - 1982. - №27. - P. 672-675.
33. Wessel J., Gauruder-Burmester A., Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk *Acta Obstetrica et Gynecologica*. - 2007. - №86. - P. 542-546.
34. Taylor J.S., Cabral H.J. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? // *J Fam Pract*. - 2002. - №51. - P. 431-436.
35. Lvoff N., Lvoff V., Klaus M. Effect of the Baby-friendly Initiative on Infant Abandonment in Russian Hospital // *Arch Pediatr Adolesc Med*. - 2000. - №154. - P. 474-477.
36. Сухарев А.Е., Беда Н.А., Ермолаева Т.Н. Отказы от новорожденных: информированность и оценка явления по данным анкетирования // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. - 2009. - №3. - С. 73-81.
37. Zabina H., Kissin D., Pervysheva E., Mytil A., Dudchenko O., Jamieson D., Hillis S. Abandonment of infants by HIV-positive women in Russia and prevention measures // *Reprod Health Matters*. - 2009. - № 17. - P. 162-70.
38. Khaldeeva N., Hillis S.D., Vinogradova E., Voronin E., Rakhmanova A., Yakovlev A. et al. HIV-1 seroprevalence rates in women and relinquishment of infants to the state in St Petersburg Russia 2002 // *Lancet*. - 2003, december. - Vol. 13. - №362 (9400). - P. 1981-1982.
39. Grjibovski A., Bygren L.O., Svartbo B. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in north-west Russia // *Pediatric and Perinatal Epidemiology*. - 2002. - №16. - P. 255-262.
40. Delpisheh A., Kelly Y., Rizwan S. et al. Socio-economic status, smoking during pregnancy and birth outcomes: an analysis of cross-sectional community studies in Liverpool (1993-2001) // *Journal of Child Health Care*. - 2006. - №10. - P. 140-148.
41. Филькина О.М., Кочерова О.Ю., Воробьева Е.А., Шанина Т.Г., Пыхтина Л.А., Абросимова Т.С. Социальный портрет матерей, отказавшихся от воспитания ребенка // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. - 2007. - Т. 7, №2. - С. 111-112.
42. Ибрагимов А.И. Состояние здоровья и пути оптимизации медико-социального обеспечения детей, оставшихся без попечения родителей: автореф. ... докт. мед. наук: 14.00.33 - М., 2006. - 40 с.

## Тұжырым

**БАЛАСЫНАН БАС ТАРТҚАН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ МЕН БАЛАДАН БАС ТАРТУ СЕБЕПТЕРІ**  
(Әдебиетті шолу)

**Т.Қ. Рақыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, А.М. Елисинова, А.Ж. Қодашева**  
*Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті*

Мақалада баласынан бас тартқан әйелдердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы мен баладан бас тарту себептеріне әдебиеттік шолу жасалған.

**Негізгі сөздер:** баласынан бас тартқан әйелдер, баладан бас тарту, баладан бас тарту себептері, Қазақстан.

## Summary

**SOCIAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF FEMALES ABANDONING THEIR CHILDREN AND CAUSES OF ABANDONMENT**  
(Literature review)

**T.K. Rakhypbekov, N.M. Yelissinova, Y.M. Semenova, A.M. Yelissinova, A.Zh. Kodasheva**  
*Semey State Medical University*

Social and demographic characteristics of females abandoned their children help us to understand that "social" causes of abandonment which are placed in the first row are not always the true causes. The deep analysis reveals a range of problems including upbringing and psychological readiness for maternity, the grounds of which are formed in early childhood.

**Key words:** females abandoned their children, abandonment, causes of abandonment, Kazakhstan.

УДК 2 - 486.7 - 053.2 - 336.563 (574)

Т.К. Рахымбеков<sup>1</sup>, А.М. Елисинова<sup>2</sup>, Ю.М. Семенова<sup>3</sup>, Н.М. Елисинова<sup>4</sup>, А.Ж. Кодашева<sup>5</sup>

Государственный медицинский университет города Семей

<sup>1</sup>Д.м.н., профессор, ректор ГМУг. Семей,<sup>2</sup>Ассистент кафедры детских инфекционных болезней и фтизиатрии ГМУг. Семей,<sup>3</sup>К.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ГМУ г. Семей,<sup>4</sup>Ассистент кафедры интернатуры по педиатрии ГМУ г. Семей,<sup>5</sup>Докторант PhD по специальности «Медицина» ГМУ г. Семей,

## ФИНАНСОВАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ В КАЗАХСТАНЕ И ЗА РУБЕЖОМ (Обзор литературы)

### Аннотация

На сегодняшний день в Казахстане система социальных выплат для детей инвалидов и их семей состоит в виде блок-финансирования, где каждый получатель не зависимо от своих потребностей получает фиксированную сумму денег. В качестве альтернативы блок-финансированию, в ряде зарубежных стран Австралии, Великобритании, США и Канаде используется индивидуальное финансирование.

**Ключевые слова:** ребенок-инвалид, блок-финансирование, индивидуальное финансирование, пособие.

В настоящее время социальная политика по инвалидности в Республике Казахстан формируется сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Согласно этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, патология. Данная модель ослабляет социальную позицию ребенка-инвалида, снижает его социальный статус, обрекает на признание своего неравенства в сравнении с другими детьми [1].

По результатам литературного обзора было выявлено, что на сегодняшний день социально-гигиенические характеристики семей, воспитывающих детей-инвалидов с ДЦП, являются недостаточно изученными отечественными учеными. Данные семьи часто нуждаются в финансовой поддержке со стороны государства, так как они испытывают множество медико-социальных проблем.

Традиционно государство на законодательном уровне предлагает различные виды социальной помощи в денежных измерениях, вне зависимости от того, насколько они удовлетворяют потребности семей, воспитывающих детей-инвалидов.

На основании законодательств Республики Казахстан, дети-инвалиды и их семья, наряду с другими семьями, имеют право на следующие виды социальной помощи: адресную социальную помощь, жилищные пособия, единовременное пособие в связи с рождением ребенка, ежемесячное социальное пособие для семей с ребенком в возрасте до 1 года, ежемесячное социальное пособие для семей с детьми в возрасте до 18 лет и доходом, не превышающим прожиточный минимум (ПМ) и другие виды пособий. Данные выплаты являются фиксированными и выражаются в минимальном расчетном показателе (МРП), сумма которой зависит от прожиточного минимума за соответствующий финансовый год.

В соответствии с Законом Республики Казахстан «О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан» от 16 июня 1997 года №126, государственное социальное пособие детям-инвалидам до 16 лет назначается в размере 1,0 прожиточного минимума. Размер этого пособия детям-инвалидам с 16 лет до 18 лет составляет: для первой группы 1,36 ПМ, для второй – 1,11 ПМ и на третью группу 0,87 ПМ [2]. На 2013 год ПМ составляет 18660 тенге, согласно Закону о

Республиканском бюджете [3]. Кроме этого, в соответствии с Законом Республики Казахстан «О специальном государственном пособии в Республике Казахстан» от 5 апреля 1999 года № 365, дети-инвалиды в зависимости от группы инвалидности и причины заболевания имеют право на получение специального государственного пособия [4]. Размеры этого пособия исчисляются от размера МРП, ежегодно утверждаемого Законом о Республиканском бюджете на соответствующий год. На 2013 год МРП утвержден в размере 1763 тенге [3, с.2]. Специальное государственное пособие выплачивается в следующих размерах: детям-инвалидам до 16 лет - 0,9 МРП, детям – инвалидам с 16 до 18 лет с первой и второй группы 1,4 МРП и на третью группу 0,6 МРП [4, с.5].

Дети с инвалидностью, наряду со специальными и социальными государственными пособиями, получают и другие формы государственной поддержки. В целях социальной поддержки данных семей, во всех регионах выплачивается материальная помощь, финансируемая из местных бюджетов, детям с инвалидностью, воспитывающимся в домашних условиях. Среднемесячная сумма денежных средств на период обучения ребенка составляет почти 4000 тенге. Согласно Закону РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам социальной поддержки отдельных категорий граждан» семье, воспитывающей ребенка-инвалида, с 2010 года введено ежемесячное пособие в размере одного минимального размера заработной платы (МРЗП) [5]. На 2013 год МРЗП установлен в размере 18660 тенге [3, с.2]. Это пособие назначается для поддержки родителей, которые вынуждены были оставить работу и посвятить себя уходу за ребенком с инвалидностью.

Несмотря на определенные позитивные изменения со стороны введения дополнительных видов пособий для семей детей-инвалидов, размеры всех пособий не достаточны (многие ежемесячные пособия до сих пор остаются ниже прожиточного минимума) для покрытия основных потребностей детей-инвалидов и их семей.

Также, согласно с Законом РК «О специальных социальных услугах» инвалидам в соответствии с индивидуальной программой реабилитации за счет средств местного бюджета предоставляется социальное обслуживание на дому (надомное обслуживание). Помимо

этого местными исполнительными органами инвалидам за счет средств местных бюджетов предоставляются санаторно-курортное лечение, протезно-ортопедическая помощь, кресло-коляски, технические вспомогательные (компенсаторные) средства (сурдо-тифлотехнические, обязательные гигиенические средства), оказываются услуги специалиста жестового языка для инвалидов по слуху, и индивидуального помощника инвалидам I группы, которые имеют затруднения в передвижении. Детям инвалидам, нуждающимся в постороннем уходе и помощи, предоставляется социальное обслуживание на дому, либо – в домах-интернатах для инвалидов, профилированных в соответствии с их возрастом и состоянием здоровья [6].

Согласно оценкам экспертов в Республике Казахстан, национальное законодательство в основной степени ориентировано на социальную защиту и реабилитацию инвалидов и исходит, главным образом, из устаревших подходов, рассматривающих инвалидов, как уязвимую категорию населения, которая должна получать в пределах разумного перечень благ, соразмерный возрастающему уровню экономического развития страны [7].

Таким образом, в Казахстане система социальных выплат для детей инвалидов и их семей состоит в виде блок-финансирования, где каждый получатель не зависимо от своих потребностей получает фиксированную сумму денег.

В качестве альтернативы блок-финансированию, в ряде зарубежных стран Австралии, Великобритании, Соединенных Штатах Америки и Канаде используется индивидуальное финансирование.

По данным G. Smith и G. Fortune (2008), выделение финансирования на личностном уровне расширяет возможности для разработки индивидуальных стратегий поддержки, способствует мобильности и обеспечивает индивидуальный выбор. Следовательно, объем финансирования, закрепляется за человеком, и, тем самым ему позволяет не быть привязанным к определенному виду услуг [8].

В Великобритании механизмы индивидуального финансирования, являются законодательно подкрепленными, с 1996 года и осуществляются как прямые выплаты [9;10]. Люди с инвалидностью могут использовать эти наличные средства непосредственно для закупок услуг, таких как найм персонала для обеспечения непосредственного ухода [11].

По результатам К. Mc Mullen (2003), исследование с участием 38 человек об опыте прямых платежей показало, что многим респондентам прямые выплаты обеспечили большую приемственность, чем при обеспечении помощи местными властями [12].

В Великобритании было проведено рандомизированное контролируемое испытание с участием почти 1000 пользователей услуг, проживающих в 13 различных местах по пилотированию системы индивидуальных бюджетов. Оценка показала, что люди, получающие индивидуальное финансирование, чувствовали контроль над своей повседневной жизнью, по сравнению с теми, кто получал обычную социальную поддержку. Индивидуальные бюджеты использовались на приобретение средств личной гигиены, помощь по хозяйству, социальную помощь, досуг и образование. Было выявлено незначительное различие в средней стоимости индивидуального бюджета и расходах на обычную социальную поддержку. Средняя недельная стоимость индивидуального бюджета составила 280 фунтов стерлингов, когда она была равна 300 фунтам стерлингов для людей, получающих обычную социальную под-

держку [13].

Согласно отчетам С. Moseley, R. Gettings, R. Cooreg(2005), в 2002 году в Соединенных Штатах Америки, форма индивидуального финансирования существовала в практически 75% исследованных из исследованных ими 43 штатов. В настоящее время индивидуальное финансирование становится основным механизмом финансирования в США [14].

В США исследовательский и учебный центр общественной жизни (2009) выявил основные причины, связанные с успехом использования индивидуального финансирования, которые включали в себя:

- отсутствие необходимости «подгонки» людей, с инвалидностью под положения конкретной программы;
- успех, испытанный людьми, после преодоления разочарования от традиционной службы;
- реальные изменения, происходящие в жизни людей;
- наем на работу людей по своему желанию и выбору, с меньшей текучестью кадров;
- достижение максимального разнообразия для пользователей услуг;
- более эффективное использование ресурсов; и
- сотрудничество между заинтересованными сторонами, с повышенным участием благодаря самостоятельной защите [15].

В Канаде были достигнуты огромные успехи в разработке индивидуального подхода, направленного на потребителя. В данной стране почти каждая провинция имеет ту или иную вариацию индивидуального финансирования, в частности, в таких областях, как поддержка людей с интеллектуальной или физической инвалидностью [16].

На сегодняшний день в Австралии в штате Квинсленд присутствует сочетание индивидуальных пакетов, с традиционным блок-финансированием услуг для лиц с инвалидностью, где проводится финансирование услуг для оказания поддержки совокупности лиц с инвалидностью. Согласно Актам услуг по инвалидности в Австралии, ресурсы, выделяемые для блок-финансирования, обычно не предусматривают измерения индивидуальных результатов в соответствии с требованиями [17;18].

Национальная служба инвалидности штата Квинсленд (2007) также заявила, что наиболее приемлемым для провайдеров является блок-финансирование фиксированных затрат и индивидуальное финансирование непостоянных затрат, где основную роль играет уровень и сложность потребностей [19].

Западная Австралия стала первым среди шести Австралийских штатов, принявших модель индивидуального финансирования. В ней существует один из самых удобных, но очень продуманных подходов к индивидуальному планированию и прямому финансированию [20]. На основании Закона 1993 года об услугах по инвалидности, был сформирован Местный координационный орган для повышения самостоятельности людей с инвалидностью с помощью индивидуальной координационной службы. Данная служба предоставляет целый ряд поддержек и стратегий с помощью местных координаторов, которые разрабатывают ресурсы и сеть поддержки в местных общинах; дают информацию и «состыковывают» пользователей услуг с местными ресурсами и сетью поддержки [21].

По результатам проведенного обзора в штате Виктория о предоставлении жилищных услуг и поддержки людям с инвалидностью было рекомендовано расширение ИФ, основанного на потребностях в поддержке

[18, p.53]. В штате Виктория прямые платежи были успешно использованы всеми пользователями прямых платежей, принявшими участие в исследовании [11, p.71].

В исследовании, проведенном в Новом Южном Уэльсе, было выявлено, что по сравнению с контрольной группой, лица с физическими нарушениями, получающие прямые выплаты, испытывали большее чувство личного благополучия, ощущали больше контроля над своей жизнью, имели более широкий выбор и диапазон для деятельности [22].

В ряде литературных источников приводятся данные, свидетельствующие о том, что индивидуальная поддержка и финансирование способствуют росту положительных результатов по показателям качества жизни, удовлетворенности, контроля, независимости и услуг здравоохранения для пользователей индивидуального финансирования [18, p.97;17, p.1; 23-29].

Согласно некоторым исследованиям, индивидуальное финансирование является либо экономически нейтральным, либо выгодным, по сравнению с традиционными способами финансирования [30;31].

Таким образом, мы представили данные об успешном использовании индивидуального финансирования для лиц с инвалидностью в ряде зарубежных стран.

#### **Литература:**

1. Махмутова А.М. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для оценки функционального статуса у детей школьного возраста больных хроническими неврологическими заболеваниями: дис.... PhD:6D110200. – Астана, 2011. – 86 с.

2. О государственных социальных пособиях по инвалидности, по случаю потери кормильца и по возрасту в Республике Казахстан: закон РК № 126 от 16 июня 1997 года.

3. О республиканском бюджете на 2013-2015 годы: закон РК № 54-V от 23 ноября 2012 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.06.2013 г.).

4. О специальном государственном пособии в Республике Казахстан: закон РК №365 от 5 апреля 1999 года.

5. О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам социальной поддержки отдельных категорий граждан: закон РК № 211-IV от 2 декабря 2009 года.

6. О специальных социальных услугах: закон РК № 114-IV от 29 декабря 2008 года.

7. Национальный план действий на долгосрочную перспективу по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в Республике Казахстан на 2012 – 2018 годы. – Астана, 2011. – С.15.

8. Smith G., Fortune, G. The Supports Intensity Scale and Resource Allocation // In R. L. Schalock, J. R. Thompson, & M. J. Tasse (Eds.). Resource allocation and the Supports Intensity Scale: For papers on issues and approaches. -Washington: American Association on Intellectual and Development Disabilities, 2008. – 52 p.

9. Weinbach H. Comparing structure, design and organisation of support for people with learning disabilities in Europe: The work of the Intellectual Disability Research Network (IDRESNET) // Tizard Learning Disability Review. - 2004. - Vol. 9, №1. - P. 2-6.

10. Leece D., Leece J. Direct Payments: Creating a two-tiered system in social care? // British Journal of Social Work. - 2006. – Vol. 36, №8. - P. 1379-1393.

11. LDC Group. Evaluation of the Direct Payments Project: Final Report. Department of Human Services. Vic. - 2007. – 88 p.

12. McMullen K. The Direct Approach: Disabled People's Experience of Direct Payments. - London: Scope, 2003. – 57 p.

13. Individual Budgets Evaluation Network (IBSEN) Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report. - New York: Social Policy Research Unit, 2008. – 51 p.

14. Moseley C., Gettings R., Cooper R. Having it your way: A national study of individual budgeting practices within the States // In R. J. Stancliffe & K. C. Lakin (eds.) Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities. - Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 2005. – P. 263-288.

15. Research and Training Center on Community Living and Employment, Institute on Community Integration (UCEDD), College of Education and Human Development, University of Minnesota. Implementation of Consumer-Directed Services for Persons With Intellectual or Developmental Disabilities: A National Study // Policy Research Brief. – 2009. – Vol. 20, №1. – P. 1-11.

16. Advocates and Families from South Fraser. North Shore and Capital regions. Proposal to implement individualise funding for people with disabilities. -British Columbia: Author, 1998. – 100 p.

17. Bleasdale M. Empowerment through individualised funding: challenges for people with disabilities, service providers and governments // Paper presented at the "Sharing the Road" Conference, Griffith University. - Brisbane, 2001, June 25- 26.

18. Parmenter T.R., Arnold S.R. C. Disability accommodation and support framework report. Prepared for the Victorian Department of Human Services by the Centre for Developmental Disability Studies. - 2008. – 118 p.

19. National Disability Services Queensland. Disability Services Queensland: the state of the sector 2007. - Brisbane: Author, 2007. – 201 p.

20. Ontario Federation for Cerebral Palsy. More choice and control for people with disabilities: review of individualised funding. - Toronto: Author, 2000. – 191 p.

21. Disability Services Act 1993, April – 8 // <http://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/DISABILITY%20SERVICES%20ACT%201993/CURRENT/1993.18.UN.PDF>.

22. Fisher K.R., Campbell-McLean C. Attendant Care Program Direct Funding Pilot Evaluation. Final report prepared for the NSW Department of Ageing, Disability and Home Care. - Sydney: Social Policy Research Centre, 2008. – 48 p.

23. Conroy J.W., Fullerton A.Y., Brown M., Garrow J. Outcomes of the Robert Wood Johnson Foundation's National Initiative on Self Determination for Persons with Developmental Disabilities: Final Report on 3 Years of Research and Analysis. - Narbeth: Centre for Outcome Analysis, 2002. – 98 p.

24. Dale S., Brown R., Phillips B. Does Arkansas' Cash and Counseling Affect Service Use and Public Costs? Final Report. - Princeton: Mathematic Policy Research, 2004. – 81 p.

25. Glasby J., Littlechild R. Social Work and Direct Payments. - Bristol: Policy Press, 2002. – 172 p.

26. Lord J., Hutchison P. Individualised support and funding: building blocks for capacity building and inclusion // Disability & Society. - 2003. – Vol. 18, №1. - P. 71-86.

27. Standing Committee on Community Affairs. Funding and operation of the Commonwealth State Territory Disability Agreement. - Canberra: The Senate, 2007. – p. 156.

28. Stainton 2006. Individualised funding: cost and resource issues. – 2008, June 1 // [http://www.communitylivingbc.ca/what\\_we\\_do/innovation/pdf/Brief\\_International\\_Research\\_Summary.pdf](http://www.communitylivingbc.ca/what_we_do/innovation/pdf/Brief_International_Research_Summary.pdf).

29. Stainton T., Boyce S. 'I Have Got My Life Back': User's Experience of Direct Payments // Disability and Society. - 2004. - Vol. 19, №5. – P. 443-454

30. Dawson C. Independent Successes: Implementing Direct Payments. - New York: Joseph Rowntree Foundation, 2000. – 4 p.

31. Stainton T., Boyce S. An Evaluation of Cardiff and the Vale Independent Living Scheme and the Implementation of Direct Payments. - Cardiff: Wales Office of Research and Development in Health and Social Care, 2002. – 52 p.

#### Тұжырым

### ҚАЗАҚСТАН ЖӘНЕ ШЕТЕЛДЕ МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫ ТӘРБИЕЛЕЙТІН ЖАҢҰЯЛАРҒА ҚАРЖЫЛЫҚ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ

(Әдебиетті шолу)

**Т.Қ. Рақыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, Н.М. Елисинова, А.Ж. Қодашева**  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бүгінгі күні Қазақстанда мүгедек балаларға және олардың жаңұяларына әлеуметтік төлеулер жүйесі блок-қаржыландыру түрінде, бұл жерде әрбір төлемалушы өзінің қажеттілігіне қарамастан ақшаны шектеулі түрде ғана алады. Блок-қаржыландыруға альтернатива ретінде, бір қатар шетелелдерде: Австралияда, Ұлыбританияда, АҚШ және Канадада жеке-қаржыландыру қолданылады.

**Негізгі сөздер:** мүгедекбала, блок-қаржыландыру, жеке-қаржыландыру, жәрдемақы.

#### Summary

### FINANCIAL SUPPORT TO FAMILIES RAISING CHILDREN WITH DISABILITIES IN KAZAKHSTAN AND OVERSEAS

(Literature review)

**T.K. Rakhypbekov, A.M. Yelissinova, Y.M. Semenova, N.M. Yelissinova, A.Zh. Kodasheva**  
Semey State Medical University

At present, in Kazakhstan financial support to the children with disabilities and their families is provided by means of block-funding, in which all recipients get fixed amount of money regardless their needs. As an alternative to block-funding, a range of developed nations (Australia, UK, USA and Canada) introduced the individual budgeting of disability.

**Key words:** child with disability, block-funding, individual funding, social support.

УДК 616.36 – 006 – 002 – 616 - 056.71

**М.Р. Масабаева, Н.Е. Ауқенов, С.Ю. Копашева, Н.Р. Баркибаева, Е.М. Смаил, М.О. Хамитова**

Государственный медицинский университет города Семей

### МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В И С (Обзор литературы)

#### Резюме

Вирусные гепатиты являются одной из значимых проблем гепатологии в мире. Хронические вирусные гепатиты, как известно, проявляют высокую склонность к трансформации в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному. В настоящей обзорной статье рассматриваются вопросы прогнозирования трансформации вирусного гепатита В и С в цирроз печени и гепатоцеллюлярную карциному.

**Ключевые слова:** вирусный гепатит, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома, полиморфизмы генов, цитокины.

Хронические гепатиты (ХГ) представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Актуальность обусловлена этиологическим разнообразием, высоким уровнем заболеваемости, смертности, повсеместным распространением гепатотропных вирусов.

Наиболее сложную проблему представляют хронические вирусные гепатиты, обусловленные парентальными формами передачи, вследствие высокой степени хронизации и перехода процесса в конечные стадии патологического процесса - цирроз печени или гепатоцеллюлярную карциному [1]. Частота хронических форм вирусных гепатитов в 5-6 раз превышает острые формы [2]. Хронические вирусные гепатиты широко

распространены среди населения всего земного шара. В настоящее время во всем мире насчитывается 350 миллионов человек с хронической формой вирусного гепатита В, из этого числа больных у 15-25% ожидается летальный исход от гепатоцеллюлярной карциномы или цирроза печени, что составляет в среднем 750000 смертельных исходов в год [3-5]. Маркеры вирусного гепатита В определяются среди населения от 4% - в странах с низкой эндемичностью (Северная Америка, Западная Европа и Австралия), и до 95% - в странах с высокой эндемичностью (Азия, Африка, Латинская Америка) [6-8]. Исход гепатита зависит от возраста, вероятность хронизации инфекции выше у лиц, инфицированных в молодом возрасте. Около 3% населения земного

шара инфицированы вирусом гепатита С, что составляет почти 170 миллионов человек. Хронический вирусный гепатит С через 20 лет от начала инфицирования в 20% случаев приводит к циррозу печени [9-11].

Высокая инфицированность населения вирусом гепатита В - HBV (около двух млрд. человек) и вирусом гепатита С - HCV (около 500 млн. человек) делает чрезвычайно высоким риск развития хронических гепатитов. Хронический вирусный гепатит В, как исход острого, формируется у 8-10% больных, у 50-80% хронический вирусный гепатит С. Более 1,5 млн. человек в мире ежегодно умирают от заболеваний печени связанных с хроническим вирусным гепатитом В. [12].

Казахстан, как известно по данным ВОЗ, является гиперэндемичным по вирусным гепатитам и входит в число стран с высоким процентом носительства HBs-антигена. В Республике по данным официальной статистики ежегодно 30-50 тыс. человек заболевают вирусными гепатитами. Не менее 25% больных, инфицированных HBV, и 65-75% инфицированных HCV, имеют высокий риск развития хронической патологии и осложнения заболевания таких, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома [13].

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является шестой наиболее распространенной из злокачественных новообразований и третьей ведущей причиной смерти, чаще встречающейся у мужчин, во всем мире [14]. Заболеваемость ГЦК не равномерна по всему миру. Наиболее высокая заболеваемость ГЦК наблюдается в Китае, странах Африки, Юго-Восточной и Центральной Азии [15]. Частота развития карциномы постоянно возрастает со второй половины XX века, в связи с увеличением числа больных вирусными гепатитами. Отмечается прогрессивный сдвиг частоты развития ГЦК в сторону молодого возраста [16-19].

На долю гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) приходится до 75-90% первичных новообразований печени. В настоящее время в мировой литературе принята точка зрения о том, что более чем в 80% случаев гепатоцеллюлярной карциномы последняя является результатом воздействия вирусов гепатита В и С [20, 21]. Таким образом, вирусные гепатиты являются основным фактором риска трансформации хронических вирусных заболеваний печени в ГЦК [22-24].

ГЦК представляет собой гетерогенную группу злокачественных новообразований с разнообразными молекулярными изменениями. При хроническом вирусном гепатите В возможно развитие гепатоцеллюлярной карциномы без предшествующего цирроза печени в отличие от ГЦК возникшей в следствии гепатита С и других этиологических факторов. Вирусный гепатит В может иметь прямое и косвенное влияние на онкогенность гепатоцитов [25-27]. Прямым доказательством является то, что вирусная ДНК может быть интегрирована в геном гепатоцитов, что приводит к нарушению стабильности хромосомных генов-супрессоров опухолей и активации прото-онкогенов [28,29]. Инфицирование вирусом гепатита В косвенно вызывает повреждение клеток печени посредством клеточного иммунного ответа, в результате канцерогенеза путем содействия гибели клеток, пролиферации и генетических мутаций.

Канцерогенез вирусного гепатита С отличается от связанного с HBV-инфекцией, в основном за счет косвенного воздействия вирусной инфекции. Вирусная ДНК никогда не интегрируется в геном гепатоцитов [30,31], но гепатит С может привести к накоплению генетических аномалий при дегенерации-регенерации. Вирусные

белки ядра в частности, могут помешать внутриклеточным сигнальным путям и взаимодействию с иммунной системой [32,33].

Уникальные молекулярные изменения встречаются при ГЦК, которые могут использоваться для ранней диагностики заболевания. Тем не менее, несколько исследований показали, что генетические изменения в предраковых или диспластических узелках, не обязательно могут быть найденными при ГЦК. Эти генетические различия показывают, что не каждые ранневыявленные геномные поражения являются необходимыми или достаточными для индукции злокачественной трансформации гепатоцитов [34,35]. Таким образом, большинство молекулярных изменений в предраковых поражениях не могут быть пригодны для диагностических целей. Хотя есть несколько генов-кандидатов молекулярных маркеров, которые оказались полезными для ранней гистологической диагностики ГЦК, но эти данные еще не были подтверждены в рутинной диагностике [36-38].

В связи с тем, что ключевую роль в прогрессировании фиброза у больных вирусными гепатитами играют особенности иммунного ответа организма хозяина на патоген, представлялось целесообразным сосредоточить внимание на полиморфизме генов цитокинов. При этом предполагалось включить в группу полиморфизмов, рекомендуемую для исследования при тестировании ДНК больных ХГС, ХГВ с целью прогнозирования течения заболевания, те из них, которые предварительно будут определены как функционально значимые для быстрого развития фиброза [39]. В свете решаемой задачи особый интерес представляют цитокины, участвующие в таких процессах, как воспаление, регенерация гепатоцитов и фиброгенез, типичными представителями которых, в частности, являются IL-1b, IL-6, IL-10 и TGF-b1. Поскольку считается, что до 50% индивидуальных различий в продукции цитокинов обусловлено наличием полиморфизмов (однонуклеотидных замен в пределах гена), закономерно было ожидать, что полиморфизмы, связанные с изменением продукции названных цитокинов, могут модифицировать естественное течение ХГС и служить маркерами прогрессирующего или доброкачественного течения заболевания.

Известно, что полиморфизм в промоторном участке гена IL-1b в положении (-511) с заменой С на Т приводит к увеличению продукции цитокина в эксперименте *in vitro* и обуславливает высокую активность воспалительных реакций [40]. В ряде публикаций показана ассоциация данного полиморфизма с формированием цирроза печени у больных ХГС и развитием гепатоцеллюлярной карциномы [41].

Промоторный регион гена IL-10 содержит три полиморфизма, наиболее изученным из которых является замена G на A в положении (-1082). В ряде исследований было показано, что у лиц с аллелем А в положении (-1082) лимфоциты, стимулированные митогеном, производят меньшее количество противовоспалительного цитокина IL-10 [42], что может приводить к усилению воспалительного процесса и способствовать фиброгенезу [43]. До настоящего времени опубликовано очень мало работ по изучению ассоциации данного полиморфизма с прогрессированием фиброза печени, и только в одном исследовании выявлена тенденция к преобладанию (-1082) AA генотипа у больных с быстрым развитием цирроза печени.

В отношении IL-6 известно, что он является маркером и участником воспалительных процессов, а также

регулирует пролиферацию и апоптоз гепатоцитов, однако достоверных данных, свидетельствующих о влиянии данного цитокина или полиморфизмов его гена на течение вирусных гепатитов, в литературе не имеется. Наиболее изученный полиморфизм в гене IL-6 относится к замене G на C по положению (-174) в промоторном регионе. Известно, что при наличии аллеля G в указанной позиции продукция IL-6 после стимуляции липополисахаридом (ЛПС) увеличивается значительно сильнее по сравнению с начальным уровнем, чем в случае аллеля C. Кроме того, в некоторых работах приводятся данные, указывающие на то, что (-174) G/C полиморфизм в гене IL-6 коррелирует с индексом массы тела и развитием сахарного диабета 2 типа [44].

#### Вывод

Снизить риск развития осложнений хронических вирусных гепатитов и увеличить выживаемость больных можно путем исследования полиморфизма генов цитокина у больных ХГС, ХГВ с целью прогнозирования течения заболевания и быстрого развития осложнений.

#### Литература:

- Усманова Н.Р. Клинико-лабораторные особенности и сравнительная оценка ущерба здоровью населения Кыргызстана от хронических поражений печени: дис. ... канд. мед.наук: 14.00.05:
- Русских А.В. Современные методы диагностики вирусных гепатитов. Архив журнала Фарматека, - 2013. - №14.
- Hu Z., Liu Y., Zhai X., Dai J., Jin G., et al. New loci associated with chronic hepatitis B virus infection in Han Chinese. *Nat Genet.* 2013 Dec; 45(12): 1499-503. doi: 10.1038/ng.2809. E pub 2013 Oct 27.
- Li S., Deng Y., Chen Z.P., Huang S., Liao X.C., Lin L.W., et al. Genetic polymorphism of interleukin-16 influences susceptibility to HBV-related hepatocellular carcinoma in a Chinese population. *Infection, Genetics and Evolution* 2011 Dec; 11 (8): 2083-8. DOI: 10.1016/j.meegid.2011.09.025. Epub 2011 12.
- Курманова К.Б., 1997г.; Соринсон С.Н., 1998г.; Огай Е.А., 2003 г.; Учайкин В.Ф., 2003г. Особенности клинического течения хронических парентеральных вирусных гепатитов (В и С) у детей из закрытых детских учреждений. Совершенствование методов лечения.
- Рачковский М.И., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В. и др. Клинические аспекты прогрессирования циррозов печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 5, Приложение № 30. – С. 93.
- Самоходская Л.М., Игнатова Т.М., Абдуллаев С.М., Прогностическое значение комбинации аллельных вариантов генов цитокинов и гемохроматоза у больных хроническим гепатитом. // РЖГГК. - 2007. - Т.17. - №2. - С.50-56.
- Mc Glynn KA, London WT. Epidemiology and natural history of hepatocellular carcinoma. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2005;19:3–
- Подымова С.Д., Азов А.Г. Вирусные гепатиты у пожилых пациентов. Особенности эпидемиологии, клинической картины, профилактики и лечения // Вирусные гепатиты: достижения и перспективы. – 2001. – №. 1. – С. 3-4.
- Richardson M.M., Powell E.E., Barrie H.D. et al. A combination of genetic polymorphisms increases the risk of progressive disease in chronic hepatitis C // *J. Med. Genet.* – 2005. – Vol. 42, N 7. – P. 45.
- Waly Raphael S., Yangde Z., Yuxiang C. Hepatocellular carcinoma: focus on different aspects of management // *ISRN Oncol.* – 2012. – Vol. 2012. – P. 1–12.
- Clark JM. The epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease in adults. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40 Suppl 1: S5-10.
- Mc Glynn KA and London WT. Epidemiology and natural history of hepatocellular carcinoma. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2005; 19: 3-23.
- Motola-Kuba D, Zamora-Valdes D, Uribe M and Mendez-Sanchez N. Hepatocellular carcinoma. An overview. *Ann Hepatol* 2006; 5: 16-24.
- Durr R and Caselmann WH. Carcinogenesis of primary liver malignancies. *Langenbecks Arch Surg* 2000; 385: 154-161.
- El-Serag HB and Mason AC. Risk factors for the rising rates of primary liver cancer in the United States. *Arch Intern Med* 2000; 160: 3227-3230.
- Zhang J.Y. The research progress of the relationship between hepatitis B, C infection and hepatocellular carcinoma. *Research and Practice in Viral Liver Diseases / Eds. J.Y. Zhang, P.Y. Zheng, Y. Zhang. Chinese. Science and Technology. Press. 1995. P. 148–167.*
- Э.И. Белобородова, Л.Е. Дунаева, Е.В. Белобородова, И.А. Гончарова, В.П. Пузырёв, М.Б. Фрейдin. Клинико-морфологические особенности течения хронических вирусных гепатитов в зависимости от иммуногенетического статуса больных. // РЖГГК. - 2007. - Т.17. - №3. - С.46-51.
- З.А. Исламбекова Принципы ранней диагностики рака печени, ассоциированного с хроническим гепатитом В и С. // Сибирский онкологический журнал. 2009. №1- С. 31.
- Кучерявый Ю.А., Оганесян Т.С., Стукова Н.Ю. Гепатоцеллюлярная карцинома: взгляд врача общей практики // *Consilium medicum.* – 2011. – № 1 (Прил. Гастроэнтерология). – С. 38–41.
- Waly Raphael S., Yangde Z., Yuxiang C. Hepatocellular carcinoma: focus on different aspects of management // *ISRN Oncol.* – 2012. – Vol. 2012. – P. 1–12.
- Paterlini-Brechot P, Vona G and Brechot C. Circulating tumorous cells in patients with hepatocellular carcinoma. Clinical impact and future directions. *Semin Cancer Biol* 2000; 10: 241-249.
- Brechot C, Gozuacik D, Murakami Y and Paterlini-Brechot P. Molecular bases for the development of hepatitis B virus (HBV)-related hepatocellular carcinoma (HCC). *Semin Cancer Biol* 2000; 10: 211-231.
- Gozuacik D, Murakami Y, Saigo K, Chami M, Mugnier C, Lagorce D, Okanou T, Urashima T, Brechot C and Paterlini-Brechot P. Identification of human cancer-related genes by naturally occurring Hepatitis B Virus DNA tagging. *Oncogene* 2001; 20: 6233-6240.
- Benn J and Schneider RJ. Hepatitis B virus HBx protein activates Ras-GTP complex formation and estab-

lishes a Ras, Raf, MAP kinase signaling cascade. Proc Natl Acad Sci U S A 1994; 91: 10350-10354.

29. Su F and Schneider RJ. Hepatitis B virus HBx protein activates transcription factor NF- $\kappa$ B by acting on multiple cytoplasmic inhibitors of rel-related proteins. J Virol 1996; 70: 4558-4566.

30. Terradillos O, Billet O, Renard CA, Levy R, Molina T, Briand P and Buendia MA. The hepatitis B virus X gene potentiates c-myc-induced liver oncogenesis in transgenic mice. Oncogene 1997; 14: 395-404.

31. Байкова Т.А., Лопаткина Т.Н. Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е.М. Тареева, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, МГУ им. М.В. Ломоносова. Внепеченочные проявления хронических вирусных гепатитов В и С, 2013.

32. Chen CM, You LR, Hwang L Hand, Lee YH. Direct interaction of hepatitis C virus core protein with the cellular lymphotoxin-beta receptor modulates the signal pathway of the lymphotoxin-beta receptor. J Virol 1997; 71: 9417-9426.

33. Block TM, Mehta AS, Fimmel CJ and Jordan R. Molecular viral oncology of hepatocellular carcinoma. Oncogene 2003; 22: 5093-5107.

34. Staib F, Hussain SP, Hofseth LJ, Wang XW and Harris CC. TP53 and liver carcinogenesis. Hum Mutat 2003; 21: 201-216.

35. Roncalli M, Bianchi P, Grimaldi GC, Ricci D, Laghi L, Maggioni M, Opocher E, Borzio M and Coggi G. Fractional allelic loss in non-end-stage cirrhosis: correlations with hepatocellular carcinoma development during follow-up. Hepatology 2000; 31: 846-850.

36. Sakamoto M, Mori T, Masugi Y, Effendi K, Rie I and Du W. Candidate molecular markers for histological diagnosis of early hepatocellular carcinoma. Intervirology 2008; 51 Suppl 1: 42-45.

37. Natoli G, Avantaggiati ML, Chirillo P, Costanzo A, Artini M, Balsano C and Levrero M. Induction of the DNA-

binding activity of c-jun/c-fos heterodimers by the hepatitis B virus transactivator X. Mol Cell Biol 1994; 14: 989-998.

38. Рачковский М.И., Белобородова Э.И., Белобородова Е.В. и др. Клинические аспекты прогрессирования циррозов печени / М.И. Рачковский, Э.И. Белобородова, Е.В. Белобородова и др. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 5, Приложение № 30. – С. 93.

39. Павлов Ч. С., Ивашкин В. Т. Как оценить и уменьшить риск фиброза, цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы у пациентов с хронической инфекцией вирусами гепатитов В и С // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17. № 5. – С. 16-24.

40. Бурневич Э. и др. Современные представления о гепатоцеллюлярной карциноме // Врач. – 2011. – № 12.

41. Bahr MJ, el Menuawy M, Boeker KHW, Musholt PB, Manns MP, Lichtinghagen R. Cytokine gene polymorphisms and the susceptibility to liver cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. Liver Int 2003; 23: 420-425.

42. Tanaka Y, Furuta T, Suzuki S, Orito E, Yeo AET, Hirashima N, Sugauchi F, et al. The impact of interleukin-1 beta polymorphism on development of hepatitis C virus-related hepatocellular carcinoma in Japan. J Infect Dis. 2003 (in press).

43. Lio D, Scola L, Crivello A, Colonna-Romano G, Candore G, Bonafé M, Cavallone L, Marchegiani F, Olivieri F, Franceschi C, Caruso C (2003) Inflammation, genetics, and longevity: further studies on the protective effects in men of IL-10 -1082 promoter SNP and its interaction with TNF- $\alpha$  -308 promoter SNP. Journal of medical genetics 40: 296-9.

44. Wang SC, Ohata M, Schrum L, Rippe RA, Tsukamoto H (1998) Expression of interleukin-10 by in vitro and in vivo activated hepatic stellate cells. J Biol Chem 273: 302-308.

#### Тұжырым

### В ЖӘНЕ С ВИРУСТЫ ГЕПАТИТТЕРДІҢ АСҚЫНУЫНЫҢ МОЛЕКУЛЯРЛЫҚ ГЕНЕТИКАЛЫҚ МЕХАНИЗМДЕРІ

(Әдеби шолуы)

**М.Р. Масабаяева, Н.Е. Ауқенов, С.Ю. Копашева, Н.Р. Баркибаява, Е.М. Смаил, М.О. Хамитова**  
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті**

Вирусты гепатиттері әлемдегі гепатологияның маңызды мәселелерінің бірі болып табылады. Созылмалы вирусты гепатиттер бауыр циррозы мен гепатоцеллюлярлы карциномаға өтуіне жоғары бейімділік көрсететіні жұртқа мәлім. Алайда ол жиі сәтсіздікке ұшырап, қосымша, әрі терең зерттеулерді талап етеді. Осы шолу мақаласында В және С вирусты гепатиттерінің бауыр циррозы мен гепатоцеллюлярлы карциномаға өту болжамына қатысты сұрақтар қарастырылмақ.

**Негізгі сөздер:** вирусты гепатиттер, бауыр циррозы, гепатоцеллюлярлы карцинома.

#### Summary

### MOLECULAR GENETIC MECHANISMS OF DEVELOPING COMPLICATIONS OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C

(Literature review)

**M. Massabayeva, N. Aukenov, S. Kopasheva, N. Barkibayeva, E. Smail, M. Khamitova**  
**Semey State Medical University**

Viral hepatitis is one of the serious problems of Hepatology in the world. Chronic viral hepatitis known to exhibit a higher susceptibility to transformation into cirrhosis and hepatocellular carcinoma. In this review article is examine the issues of predicting the transformation of viral hepatitis B and C into liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma.

**Key words:** viral hepatitis, cirrhosis, hepatocellular carcinoma, polymorphisms of genes, cytokines.

УДК 616 – 001 - 614.8

А.О. Мысаев<sup>1</sup>, К.Е. Сеилханов<sup>2</sup>, Д.М. Дюсенбаев<sup>3</sup>, Т.Ж. Амренов<sup>1</sup>, С.С. Мусатаев<sup>1</sup>, Алт.О. Мысаев<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup> Поликлиника №1 смешанного типа, г. Семей

**ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫЙ ТРАВМАТИЗМ.  
ЧАСТЬ 2: ФАКТОРЫ РИСКА И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ.  
(Литературный обзор)**

**Аннотация**

Дорожно-транспортные происшествия и связанные с ними травматизм является актуальной проблемой современного человечества. В статье приведен литературный обзор отечественных и зарубежных научных публикаций по теме дорожно-транспортного травматизма глубиной 15 лет. В поиске использовались базы данных Google scholar и Pub Med. В данной работе представлена часть 2, касающаяся факторов риска и мер профилактики изучаемого явления в мировом и региональном масштабе. «Часть 1: Эпидемиологии» опубликована в предыдущем номере и «Часть 3: Система оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях» будет опубликована в следующем номере журнала.

**Ключевые слова:** Дорожно-транспортный травматизм, факторы риска, профилактика.

Одну из научных гипотез снижения смертности на дорогах в 1972 г. предложил доктор В. Хэддон (врач, известный также как инженер, в конце 50-х годов XX в. работавший над «планом безопасных дорог» в США, предложил модель анализа опасных для здоровья людей ситуаций на дорогах на основе «эпидемиологической триады») [1].

Было отмечено, что ключевым моментом для установления контроля над большинством заболеваний и происшествий является «выделение их этиологических или причинных факторов, а также способы нанесения вреда здоровью людей». По этой схеме В. Хэддон классифицировал факторы риска применительно к ДТП, разработав матрицу, получившую название Матрицы Хэддона (таблица 1)

Таблица 1.

**Матрица Хэддона.**

Фаза	Факторы		
	Человек	Транспортное средство и оборудование	Окружающая среда
До аварии - предупреждение аварии.	- информированность; - поведенческие установки; - проблемы со здоровьем; - полицейский контроль.	- эксплуатационная пригодность дороги; - освещение; - состояние тормозной системы; - качество управления автомобилем; - соблюдение скоростного режима.	- дизайн и разметка дороги; - ограничения скорости; - сооружения и устройства для пешеходов.
Во время аварии - предупреждение травматизма во время аварии.	- использование ремней безопасности; - проблемы со здоровьем.	- наличие и использование ремней безопасности пассажиров; - другие приспособления для обеспечения безопасности; - противоаварийный дизайн автомобиля.	- дорожные объекты, предотвращающие аварии.
После аварии - поддержание жизни.	- навыки оказания первой помощи; - доступность медицинской помощи.	- легкий доступ к месту происшествия; - риск возгорания.	- наличие служб спасения; - наличие пробок на дорогах.

Суть Матрицы Хэддона состоит в следующем: на основе выделения определённых групп факторов риска по времени, предлагается система контрмер предупреждения /смягчения / снижения негативных последствий ДТП до аварии /во время аварии/ после аварии соответственно. Группы факторов риска, выделяемые по времени своего проявления, в каждой фазе влияют на «эпидемиологическую триаду – человек, машина, окружающая среда». По этой матрице возможно выявление факторов риска и разработка точечной и эффективной системы профилактики ДТП.

На сегодняшний день человечество обладает большим объемом знаний и опыта и многими инструментами, необходимыми для того, чтобы сделать транспортные системы надежными и безопасными для здоровья.

В случае ДТП основными факторами риска являются:

- особенности проектирования автомобильных дорог, в том числе, те особенности, которые подвергают риску наиболее уязвимых участников движения, когда они не отделены от транспортного потока (например, в связи с отсутствием пешеходных переходов или тротуаров);

- отсутствие эффективного регулирования и контроля за соблюдением установленных требований к техническому состоянию автомобиля, к подготовке и тренировке водителей и к опасному поведению за рулем;

- слабая водительская дисциплина: нарушение скоростного режима, неосторожность, вождение в нетрезвом виде, неиспользование ремней безопасности, шлемов и других средств защиты, а также пользование мобильными телефонами, особенно отправление текстовых сообщений, в процессе вождения [2; 3].

Создание более безопасных автомобилей и дорог, разработка инфраструктуры, обеспечивающей защиту пешеходов и велосипедистов, совершенствование общественного транспорта и улучшение нашего собственного поведения на дорогах могли бы привести к снижению травматизма и, в целом, способствовать повышению здоровья населения [4; 5].

Известно, что количество ДТП имеет тесную прямую корреляционную зависимость с численностью населения [6], количеством эксплуатируемых автомобилей [7; 8]. Плохие дороги стали причиной 2-3% ДТП [9]. Поэтому одним из ключевых вопросов является дорожно-транспортная инфраструктура [10]. Создание интегрированных интеллектуальных транспортных систем, как систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой урбанизированной территории, позволит повысить уровень организации дорожного движения: улучшить характеристики улично-дорожной сети, усовершенствовать дислокацию технических средств организации дорожного движения, оптимизировать процесс управления транспортными потоками на всех фазах движения, уменьшая транспортные задержки, что в итоге повышает безопасность движения [11].

В одной из глав Глобального плана [12] подчеркивается "необходимость повышения безопасности дорожной сети в интересах всех участников дорожного движения, особенно наиболее уязвимых: пешеходы, велосипедисты и мотоциклисты. Мероприятия включают в себя повышение безопасности сознательного планирования, проектирования, строительства и эксплуатации дорог ...". Например, оценка Федеральной автомагистрали № 2 в Малайзии, которая содержала отдельную полосу для мотоциклов, показала, что количество аварии было снижено на 39% после того, как эта полоса была построена [12]. Меры безопасности для автомобильных дорог должны включать в себя современное проектирование новых дорог и улучшение уже существующих [13].

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы устранение аварийно-опасных участков на дорогах является приоритетным мероприятием по обеспечению дорожно-транспортной безопасности Казахстана.

Географическая информационная система (ГИС) рассматривается как инструмент, который может быть использован в дополнении к анализу ДТП для того, чтобы точно определить факторы, способствовавшие возникновению ДТП, на основе трехмерного анализа [13]. ГИС разработана с целью снижения числа несчастных случаев путем определения горячих точек и пространственного анализа несчастных случаев, в том числе и ДТП [14].

ГИС технологии были использованы в анализе дорожно-транспортных происшествий в Турции [14; 15], Гонконге [16; 17], Бельгии [18; 19], США [20–22], Индии [23; 24], Великобритании [22], Австралии [25]. ГИС является очень важным и всеобъемлющим инструментом для управления безопасностью дорожного движения. Так, например, в Таиланде усиление контроля за потенциально пьяными водителями в «горячих местах» после ГИС анализа, привело к снижению общей аварийности на 76,8 %, а смертности и травм среди пьяных водителей на 32,4% и 5,1% [26]. Многие транспортные агентства используют ГИС для анализа аварии, исследования которых направлены на выявление аварийно-опасных участков автомагистралей [14].

ГИС анализ проводится по следующим критериям: плотность Кернела [14; 23; 27], К-средняя кластеризации [20; 27], одномерная и двумерная кластеризация [19], индекс Морана [23; 25], Getis-Ord Gi\* [23; 25], стратификационный анализ [22].

В доступной литературе мы нашли единичные публикации, посвященные выявлению горячих точек в городах, сельских районах, на автомагистралях Казахстана с использованием ГИС-технологий [28]. Однако в нем предложен алгоритм сбора первичных данных, но не пространственный анализ ДТП. Поэтому ГИС-анализ представляет собой эффективное, но не раскрытое в Казахстане, средство профилактики ДТП.

Аварийность часто обусловлена сознательным пренебрежением в обществе нормами и правилами, действующими в сфере обеспечения безопасности дорожного движения, а также состоянием дорожной и транспортной инфраструктуры [29], резким ростом автопарка страны, а высокая смертность и инвалидизация пострадавших - недостатками оказания медицинской помощи на месте происшествия, по пути эвакуации и в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) [30].

В России из каждых десяти происшествий восемь напрямую связаны с нарушением водителями правил дорожного движения [29]. По вине водителя совершается 54% ДТП (из них 24% в состоянии АО), по вине пешеходов – 42,1%, остальные 3,9% приходятся на мотоциклистов и велосипедистов [31]. Самая распространенная причина ДТП – превышение водителем скорости режима [32]. Наибольшее количество ДТП совершают водители в возрасте 30-40 лет (26,5%) и 40-60 лет (18,2%) [9].

В Казахстане 89-93,2% ДТП совершаются по вине водителей [32; 33]. Поэтому этап профилактики дорожно-транспортных происшествий является наиболее значимым.

Исторически, многие осуществляемые на практике меры по сокращению ДТТ со смертельным исходом направлены на защиту водителя и пассажиров автомобилей. Однако, как показывает доклад ВОЗ [4], ежегодно примерно половину жертв ДТП в странах мира составляют пешеходы, мотоциклисты, велосипедисты и пассажиры общественного транспорта. Соотношение погибших и пострадавших водителей и пассажиров автомобилей и пешеходов составили 61,5% и 38,5% соответственно [30].

Для всех пассажиров и водителей автомобилей основными причинами ДТП, ведущими к тяжелому травматизму или смерти, является превышение скорости, вождение под воздействием алкоголя или вождение автотранспортного средства в сонном или усталом состоянии [34]. По данным Организации Объединенных наций (ООН), в 72-80% случаев ДТП происходят по вине человека. Кроме того, несоответствие психофизиологических характеристик личности требованиям, предъявляемым профессией, обуславливает более 40% аварий на дорогах. Это же подтверждается и другими исследованиями [35–37]. В России доля таких ДТП составляет примерно 75-80%, в некоторых странах она доходит до 95% [38].

Под «человеческим фактором» необходимо понимать совокупность всех физических и психических свойств личности, засыпание за рулем, стрессовые состояния, ошибочные действия и их влияние на успешность трудовой деятельности водителя [39–41].

Из мировой практики известно, что отстранение от работы водителей, при психофизиологическом обсле-

довании, показавших отрицательные результаты, в Австрии привело к сокращению ДТП на 3 тыс. в год. В Парижской транспортной кампании за 10 лет после введения психофизиологического отбора, число пострадавших в ДТП, происшедших по вине водителей, сократилось на 30% [42; 43]. Также исследователи выявили предрасположенность водителей к созданию аварийных ситуаций [44]. Для оценки этой предрасположенности используют экспертные модели, помогающие значительно снизить риск ДТП по вине водителя [36; 37].

Причинами ошибочных действий водителей являются также использование сотового телефона во время управления ТС [45–48], наличие различных острых и хронических заболеваний [49; 50], прием лекарственных препаратов, употребление алкоголя [51–57], наркотиков [53; 58–60], курение [61]. Предрейсовый контроль состояния здоровья водителей пассажирского транспорта может устранить часть факторов риска ДТП [62; 63].

Алкогольное опьянение является значимой причиной возникновения ДТП [52; 54; 59; 64–69]. Согласно данным ГИБДД МВД России (2006), около 15% ДТП совершаются по вине пьяного водителя. Согласно данным специально проведенных исследований, коэффициент тяжести ДТП тем выше, чем больше степень алкогольного опьянения. Так, при алкогольном опьянении средней степени ранение людей происходит чаще в 1,2 раза, а гибель в 1,8 раза по сравнению с алкогольным опьянением легкой степени (Н.И. Шибанова 2003). Установлены следующие сильные корреляционные связи между количеством ДТП и алкоголизацией водителя: «ДТП, тяжелые последствия ДТП – контингент больных алкоголизмом», «ДТП, тяжелые последствия ДТП – заболеваемость алкоголизмом» и «ДТП, тяжелые последствия ДТП – число легковых автомобилей» [70]. Меры, направленные на ужесточение ответственности за употребление алкоголя водителями, способствуют снижению тяжести последствий дорожно-транспортного травматизма [71–74].

К числу наиболее уязвимых участников дорожного движения относятся пешеходы, велосипедисты, а также водители и пассажиры моторизованных двухколесных транспортных средств, у которых особенно высок риск ДТП и летального исхода в случае получения травмы на дороге. На их долю приходится около 29,6–54,5% всех погибших в ДТП во всем мире [2; 33; 75; 76]. Это, так называемые, «уязвимые участники дорожного движения». В более бедных экономиках мира эта цифра еще выше (страны Африки, Юго-Восточной Азии). Например, в странах с высоким доходом в Американском регионе 65% известных случаев смерти на дорогах имели место среди пассажиров транспортных средств, тогда как ситуация в странах с низким и средним доходом в Регионе Западной части Тихого океана заметно отличается: 70% зарегистрированных случаев смерти на дорогах имели место среди уязвимых участников дорожного движения [4; 77; 78].

Основными видами ДТП являются наезд на пешехода (38–65,6%), столкновение (29–39,3%) и опрокидывание (1,8–18%) [9; 79; 80]. Отмечается рост числа ДТП (32,2%), раненных (20%) и погибших (32,7%) по вине самих пешеходов [33]. В общем среди пешеходов 29,6% погибают и 35% получают ранения. Тяжесть последствий ДТП для жертвы наезда несоизмеримо выше, чем для жертвы аварии [3].

Ужесточение мер наказания за нарушение правил дорожного движения, как показывает опыт Италии, Великобритании, Германии, Швеции, США, Бразилии и

других развитых стран, представляется весьма эффективным средством воздействия на участников дорожного движения [71; 81–85]. В России проведены работы Исаева Н.Ю. [86] и Гвоздевой Е.В. [87] по совершенствованию уголовного и других отраслей законодательства в сфере безопасности дорожного движения, а также по дифференциации ответственности и индивидуализации наказания и разработки системы мер предупреждения уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств.

В Республики Казахстан с 01 августа 2008 года вступил в силу Закон Республики Казахстан от 4 июля 2008 года № 55-IV «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения» [88]. Вносимые изменения и дополнения в законодательство направлены на повышение уровня защиты жизни и здоровья граждан от дорожно-транспортных происшествий. С принятием этих мер прогнозируется снижение уровня аварийности на 10–15%. Однако на данный момент нет опубликованных работ об эффективности принятого Закона.

Особая актуальность травматизма для Казахстана определяется условиями специфичными для нашей Республики. Это, к сожалению, низкое качество дорог, большая территория при низкой плотности населения, что приводит к позднему оказанию медицинской помощи, а также затрудняет ее организацию [89]. За последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тыс. ДТП, в которых погибли более 25 тыс. и получили ранения более 151 тыс. человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд. тенге. Ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей [32; 90], а также различием показателей смертности в результате ДТП МЗ РК, МВД РК и Агентством РК по статистике (АРКС) [91], так же как и в других странах [92]. Так например, число погибших в результате ДТП в Республике Казахстан в 2009 году по данным МЗ РК составило 8,06 на 100 000 населения, по данным МВД РК – 18,16, по данным АРКС – 20,57. Поэтому с 2011 года в Казахстане создана единая база данных по учету количества ДТП и пострадавших в них лиц.

На сегодняшний день ДТП в Казахстане характеризуются двумя важными чертами. Первая – утяжеление травм с увеличением количества множественных и сочетанных травм. Вторая черта – его централизация, выход за пределы крупных городов, на автодороги и населенные пункты любой категории [32]. Поэтому время и качество оказания первой медицинской и квалифицированной медицинской помощи играет ключевую роль в спасении пострадавших в ДТП.

#### **Литература:**

1. Сысоев С. Матрица Хэддона // Электронная версия бюллетеня «Население и общество.» 2008. - Т. 331-332.
2. Patricio V. Marquez, George A. Banjo, Elena Y. Chesheva and S.M. Confronting “Death on Wheels”: Making Roads Safe in ECA., 2009.
3. Панов Б.В. Новые подходы к медицинскому обеспечению безопасности дорожного движения // Актуальные проблемы транспортной медицины. 2012. - Т. 4. № 30. - С. 48–60.
4. WHO. Global status report on road safety: time for action. Geneva: World Health Organization, - 2009.

5. Елфимов П.В., Кузнецова Н.Л., Подлужная М.Я., Рыбин А.В. Система профилактики травматизма в крупном индустриальном центре и его территориальном образовании // *Гений ортопедии*. - 2009. Т. 4. - С. 88–90.
6. Слесарев В.Г. Совершенствование системы экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в Республике Казахстан: автореф.дисс. ... докт.мед.наук / В.Г.Слесарев. - Алматы, - 2008. - С. 49.
7. Кулеша Н.В. Медико-социальная и экспертная оценка дорожно-транспортного травматизма в современных условиях (на примере Амурской области): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / Н.В.Кулеша. - Хабаровск, // - 2006. - С. 19.
8. Пахомова Н.П., Троицкий В.Г., Сальников С.С. Опыт усовершенствования медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях // *Анналы травматологии и ортопедии*. - 1995. Т. 3. - С. 25–7.
9. Краснов, А.Ф., Соколов В.А. О состоянии медицинской помощи при дорожно-транспортных травмах // *Анналы травматологии и ортопедии*. - 1995. Т. 3. - С. 9–16.
10. Queiroz, C., Lopez Martinez, A., Ishihara, S., Hommann K. Road Asset Governance Filter: Case Study Of Kazakhstan And Armenia, 2011.
11. Михеева Т.И. Структурно-параметрический синтез систем управления дорожно-транспортной инфраструктурой: автореф.дисс. ... докт.техн.наук / Т.И.Михеева. - Самара, // 2007. - С. 35.
12. World Health Organization. Decade of action for road safety 2011–2020: saving millions of lives, - 2011.
13. Mwatelah J.K.Z. Application of Geographical Information Systems (GIS) to Analyze Causes of Road Traffic Accidents (RTAs) – Case Study of Kenya // *International Conference on Spatial Information for Sustainable Development, Nairobi, Kenya*. - С. 1–7.
14. Erdogan S. и др. Geographical information systems aided traffic accident analysis system case study: city of Afyonkarahisar. // *Accid. Anal. Prev.* - 2008. Т. 40. № 1. - С. 174–81.
15. Gundogdu, Bulent I. Applying linear analysis methods to GIS-supported procedures for preventing traffic accidents: Case study of Konya // *Saf. Sci.* 2010. Т. 48. №6. - С. 763–769.
16. Lai, P.C., Chan W.Y. GIS for Road Accident Analysis in Hong Kong // *Geogr. informational Sci.* - 2004. Т. 10. № 1. - С. 58–67.
17. Loo, Becky P.Y. Validating crash locations for quantitative spatial analysis: a GIS-based approach. // *Accid. Anal. Prev.* - 2006. Т. 38. № 5. - С. 879–86.
18. Thomas I. Spatial data aggregation: exploratory analysis of road accidents. // *Accid. Anal. Prev.* - 1996. Т. 28. № 2. - С. 251–64.
19. Steenberghen T. и др. Intra-urban location and clustering of road accidents using GIS: a Belgian example // *Int. J. Geogr. Inf. Sci.* 2004. Т. 18. № 2. С. 169–181.
20. Nitz L.H., Levine N.E.D., Kim, Karl E. Spatial analysis vehicle crashes: of honolulu motor i . Spatial patterns' // 1995. Т. 27. № 5. - С. 663–674.
21. Shankar V., Mannering F., Barfield W. Effect of roadway geometrics and environmental factors on rural freeway accident frequencies. // *Accid. Anal. Prev.* - 1995. Т. 27. № 3. - С. 371–89.
22. Bello T. A stratified traffic accidents analysis case study: city of Richardson.
23. Prasannakumar V. и др. Spatio-Temporal Clustering of Road Accidents: GIS Based Analysis and Assessment // *Procedia - Soc. Behav. Sci.* 2011. Т. 21. - С. 317–325.
24. Bagaria V, Bagaria S. A geographic information system to study trauma epidemiology in India // *J Trauma Manag Outcomes*. 2007.
25. Truong, L.T., Somenahalli S.V.C. Using GIS to identify pedestrian-vehicle crash hot spots and unsafe bus stops // *J. public Transp.* - 2011. Т. 14. № 1. - С. 99–114.
26. P. lamtrakul, K. Hokao, Tanaboriboon Y. Analysis of motorcycle accidents in developing countries: a case study of khon kaen, thailand // *J. East. Asia Soc. Transp. Stud.* - 2003. Т. 5. - С. 147–162.
27. Anderson T.K. Kernel density estimation and K-means clustering to profile road accident hotspots. // *Accid. Anal. Prev.* - 2009. Т. 41. № 3. - С. 359–64.
28. Makenov, A., Balova, T., Kyrgyzshbayeva R. Perfection the systems of account and analysis of road accidents on highways of Republic of Kazakhstan // *Sci. Technol. road Ind.* - 2009. Т. 3. - С. 16–8.
29. Кимлацкий, О.А., Мачульская, И.Г., Пеньков И.А. Обеспечение безопасности дорожного движения в России // *Аналитический вестник Совета Федерации РФ*. - 2006. Т. 303. № 15.
30. Мироманов А.М. Травматизм – медико-социальная проблема XXI века. Пути преодоления // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая политика Забайкальского края: оценка и перспективы развития»*. Иркутск, - 2010. - С. 136–42.
31. Губа А.Д. Детский дорожно-транспортный травматизм в г. Тольятти и его профилактика // *Анналы травматологии и ортопедии*. - 1995. Т. 3. - С. 17–21.
32. Сергазин Б.Б. Медицинские и социальные аспекты дорожно-транспортного травматизма // *Травматология және ортопедия*. - 2009. Т. 2. - С. 36–8.
33. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К. Медико-социальные аспекты травматизма в Республике Казахстан и меры по его снижению // *Травматология және ортопедия*. - 2009. Т. 2. - С. 7–15.
34. Марченко Л.О., Серкова Е.В., Серков А.А. Субъективная оценка качества оказания медицинской помощи пациентам, перенесшим автодорожную травму (по данным анкетирования) // *Травматология және ортопедия*. - 2007. Т. 4. № 46. - С. 47–9.
35. Осипов В.В. Особенности дорожно-транспортного травматизма в регионе и научное обоснование путей уменьшения его медицинских и социально-экономических последствий (на примере Хабаровского края): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / В.В.Осипов. - Хабаровск, - 2004. - С. 155.
36. Окуневский В.Л., Радушкевич А.И. Оценка предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций – поиск путей влияния на автодорожный травматизм // *Скорая медицинская помощь реальность и перспективы*. - 2006. - С. 54.
37. Радушкевич А.И., Окуневский В.Л. Анализ факторов предрасположенности водителей автотранспорта к созданию аварийных ситуаций с целью влияния на дорожно-транспортный травматизм // *Производственная и клиническая трансфузиология: реальность и перспективы*, 2007. - С. 258–60.
38. Романов А.Н. Автотранспортная психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Академия, - 2002.

39. Petridou E., Moustaki M. Human factors in the causation of road traffic crashes. // *Eur. J. Epidemiol.* 2000. Т. 16. № 9. - С. 819–26.
40. Котик, М.А., Емельянов А.М. Природа ошибок человека-оператора на примерах управления транспортными средствами. Москва: М.: Транспорт, 1993.
41. Василенко В.А. Изучение надежности работы водителя в России и за рубежом // *Молодой ученый.* - 2013. Т. 3. - С. 37–9.
42. Page Y., Ouimet M.C., Cuny S. An evaluation of the effectiveness of the supervised driver-training system in France. // *Annu. Proc. Assoc. Adv. Automot. Med.* - 2004. Т. 48. - С. 131–45.
43. Vadeby A.M. Modeling of relative collision safety including driver characteristics. // *Accid. Anal. Prev.* - 2004. Т. 36. № 5. - С. 909–17.
44. Окуневский А.И. Разработка экспертной модели оценки предрасположенности водителей к созданию аварийных ситуаций и рационализация мер влияния на дорожно-транспортный травматизм: автореф.дисс. ... канд.мед.наук / А.И.Окуневский. - Воронеж, - 2008. - С. 21.
45. Braitman K. a, McCartt A.T. National reported patterns of driver cell phone use in the United States. // *Traffic Inj. Prev.* - 2010. Т. 11. № 6. - С. 543–8.
46. Caird J.K. и др. A meta-analysis of the effects of cell phones on driver performance. // *Accid. Anal. Prev.* - 2008. Т. 40. № 4. - С. 1282–93.
47. O'Brien N.P., Goodwin A.H., Foss R.D. Talking and texting among teenage drivers: a glass half empty or half full? // *Traffic Inj. Prev.* - 2010. Т. 11. № 6. - С. 549–54.
48. Young K.L., Rudin-Brown C.M., Lenné M.G. Look who's talking! A roadside survey of drivers' cell phone use. // *Traffic Inj. Prev.* - 2010. Т. 11. № 6. - С. 555–60.
49. Songer T.J., Lave L.B., LaPorte R.E. The risks of licensing persons with diabetes to drive trucks. // *Risk Anal.* 1993. Т. 13. № 3. - С. 319–26.
50. Lave L.B., Songer T.J., LaPorte R.E. Should persons with diabetes be licensed to drive trucks?--Risk management. // *Risk Anal.* - 1993. Т. 13. № 3. - С. 327–34.
51. Varga T., Jeszenszky E., Simonka J.A. Influence of alcohol 114 hospitalised victims of traffic accidents // *Forensic Sci. Int.* - 1999. Т. 103. - С. 25–29.
52. Shults R.A. и др. Association between state level drinking and driving countermeasures and self reported alcohol impaired driving. // *Inj. Prev.* - 2002. Т. 8. № 2. - С. 106–10.
53. Seymour a, Oliver J.S. Role of drugs and alcohol in impaired drivers and fatally injured drivers in the Strathclyde police region of Scotland, 1995-1998. // *Forensic Sci. Int.* - 1999. Т. 103. № 2. - С. 89–100.
54. Meliker J.R. и др. Spatial analysis of alcohol-related motor vehicle crash injuries in southeastern Michigan. // *Accid. Anal. Prev.* - 2004. Т. 36. № 6. - С. 1129–35.
55. Irwin S.T., Patterson C.C., Rutherford W.H. Association between alcohol consumption and adult pedestrians who sustain injuries in road traffic accidents. // *Br. Med. J. (Clin. Res. Ed).* - 1983. Т. 286. № 6364. - С. 522.
56. Holubowycz O.T. Age, sex, and blood alcohol concentration of killed and injured pedestrians. // *Accid. Anal. Prev.* - 1995. Т. 27. № 3. - С. 417–22.
57. Río M.C. del, Alvarez F.J. Alcohol use among fatally injured drivers in Spain. // *Forensic Sci. Int.* - 1999. Т. 104. № 2-3. - С. 117–25.
58. Elias W. и др. The detrimental danger of Water-Pipe (Hookah) transcends the hazardous consequences of general health to the driving behavior. // *J. Transl. Med.* - 2012. Т. 10. - С. 126.
59. Mir M.U. и др. Alcohol and marijuana use while driving--an unexpected crash risk in Pakistani commercial drivers: a cross-sectional survey. // *BMC Public Health.* - 2012. Т. 12. - С. 145.
60. Ramaekers J.G. и др. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. // *Drug Alcohol Depend.* - 2004. Т. 73. № 2. - С. 109–19.
61. Sacks J.J., Nelson D.E. Smoking and injuries: an overview. // *Prev. Med. (Baltim).* - 1994. Т. 23. № 4. - С. 515–20.
62. Рахыпбеков Т.К., Сарсекеев С.К., Кусанова А.Б. Совершенствование предрейсовых осмотров на базе автоматизированных информационных технологий // *Астана медициналык журналы.* - 2005. Т. 4. - С. 50–4.
63. Rey de Castro J., Gallo J., Loureiro H. [Tiredness and sleepiness in bus drivers and road accidents in Peru: a quantitative study]. // *Rev. Panam. Salud Publica.* - 2004. Т. 16. № 1. - С. 11–8.
64. Nordrum I., Eide T.J., Jørgensen L. Alcohol in a series of medico-legally autopsied deaths in northern Norway 1973-1992. // *Forensic Sci. Int.* - 2000. Т. 110. № 2. - С. 127–37.
65. Macharia W.M. и др. Severe road traffic injuries in Kenya, quality of care and access. // *Afr. Health Sci.* - 2009. Т. 9. № 2. - С. 118–24.
66. arap Mengech H.N. Alcohol-related road traffic accidents. // *East Afr. Med. J.* 1997. Т. 74. № 11. С. 673–4.
67. Mishra B. и др. Epidemiological study of road traffic accident cases from Western Nepal. // *Indian J. Community Med.* - 2010. Т. 35. № 1. - С. 115–21.
68. Bogstrand S.T. и др. Alcohol, psychoactive substances and non-fatal road traffic accidents--a case-control study. // *BMC Public Health.* - 2012. Т. 12. - С. 734.
69. Das A. и др. Alcohol, drugs, and road traffic crashes in India: a systematic review. // *Traffic Inj. Prev.* - 2012. Т. 13. № 6. - С. 544–53.
70. Сошников С.С. Роль алкогольного фактора в формировании потерь здоровья населения в результате дорожно-транспортных происшествий (на примере Москвы): автореф.дисс. ... канд.мед.наук / С.С.Сошников. - Москва, // 2008. С. 27.
71. Goss, C.W., Van Bramer, L.D., Gliner, J.A., Porter, T.R., Roberts, I.G., Diguiseppi C. Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2008. № 4.
72. Willis C., Lybrand S., Bellamy N. Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2004. № 3.
73. Cashman C.M. и др. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury ( Review ) // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2009. № 2.
74. Duke, T., Mathur, A., Kukuruzovic R.H., Mcguigan M. Hypotonic vs isotonic saline solutions for intravenous fluid management of acute infections // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2003. № 3.
75. Шубкин М.В. К вопросу оказания первой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях // *Вестник РГМУ. Специальный выпуск.* - 2011. Т. 1. - С. 434.
76. Kudryavtsev A. V и др. Explaining reduction of pedestrian-motor vehicle crashes in Arkhangelsk, Russia, in 2005-2010. // *Int. J. Circumpolar Health.* - 2012. Т. 71. - С. 19107.

77. Wong Z.H. и др. A review of fatal road traffic accidents in Singapore from 2000 to 2004. // Ann. Acad. Med. Singapore. - 2009. Т. 38. № 7. - С. 594–6.
78. Wang Y. и др. [Characteristics analyses of road traffic injury in Beijing in 2009]. // Beijing Da Xue Xue Bao. - 2011. Т. 43. № 5. - С. 735–8.
79. Губайдуллин, М.И., Сафин, Р.Я., Зарков С.И. Анализ дорожно-транспортного травматизма в городе Челябинске // Медицинский вестник Башкортостана. - 2011., Т. 6. № 2. - С. 350–354.
80. Губайдуллин М.И., Зарков С.И. Некоторые аспекты дорожно-транспортного травматизма в крупном промышленном городе // Вестник ЮжноУральского государственного университета Серия Образование здравоохранение физическая культура. - 2011, Т. 39. - С. 98–102.
81. Blais E. Assessing the Capability of Intensive Police Programmes to Prevent Severe Road Accidents: A Systematic Review // Br. J. Criminol. 2005. Т. 45. № 6. С. 914–937.
82. Castillo-Manzano J.I., Castro-Nuño M., Pedregal D.J. An econometric analysis of the effects of the penalty points system driver's license in Spain. // Accid. Anal. Prev. - 2010. Т. 42. № 4. - С. 1310–9.
83. Farchi S. и др. Evaluation of the health effects of the new driving penalty point system in the Lazio Region, Italy, 2001-4. // Inj. Prev. - 2007. Т. 13. № 1. - С. 60–4.
84. Poli de Figueiredo L.F. и др. Increases in fines and driver licence withdrawal have effectively reduced immediate deaths from trauma on Brazilian roads: first-year report on the new traffic code. // Injury. - 2001. Т. 32. № 2. - С. 91–4.
85. Redelmeier D. a, Tibshirani R.J., Evans L. Traffic-law enforcement and risk of death from motor-vehicle crashes: case-crossover study. // Lancet. - 2003. Т. 361. № 9376. - С. 2177–82.
86. Исаев Н.Ю. Уголовная ответственность за нарушение правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств: автореф. дисс. ... канд.юр.наук / Н.Ю. Исаев. - Москва, // 2009. С. 31.
87. Гвоздева Е.В. Предупреждение уголовно наказуемых нарушений правил дорожного движения и эксплуатации транспортных средств (по материалам Приволжского федерального округа): автореф. дисс. ... канд.юр.наук / Е.В.Гвоздева. - Москва, // 2007. С. 27.
88. Закон РК № 55-IV "О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам обеспечения безопасности дорожного движения" от 04 июля 2008 года.
89. Батпенов Н.Д., Баймагамбетов Ш.А., Оспанов К.Т. Современные подходы к оказанию экстренной травматологической помощи на догоспитальном этапе // Астана медициналық журналы. 2002. Т. 1. С. 24–6.
90. Шумилина, Л.Н. Роль образовательных программ в профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей школьного возраста // Информационно-методический журнал «Открытая школа». 2010. Т. 7. № 98. С. 53–4.
91. Батпенов Н.Д., Джаксыбекова Г.К., Бермагамбетова Г.Н. Об обеспечении безопасности дорожного движения и мониторинге дорожно-транспортного травматизма в Республике Казахстан // Травматология және ортопедия. - 2010. Т. 2. - С. 3–5.
92. Kudryavtsev A. V и др. Road traffic fatalities in Arkhangelsk, Russia in 2005-2010: reliability of police and healthcare data. // Accid. Anal. Prev. - 2013. Т. 53. - С. 46–54.

## Тұжырым.

**ЖОЛ-КӨЛІК ТРАВМАТИЗМ. 2 БӨЛІМ: ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ.**

(Әдебиеттік шолуы)

**А.О. Мысаев<sup>1</sup>, К.Е. Сеулханов<sup>2</sup>, Д.М. Дюсенбаев<sup>3</sup>, Т.Ж. Амренов<sup>1</sup>, С.С. Мусатаев<sup>1</sup>, Алт.О. Мысаев<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,<sup>2</sup> Семей қ. Жедел жәрдем медициналық көмек көрсету ауруханасы,<sup>3</sup> Аралас үлдегі емхана №1, Семей қ.

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

**Негізгі сөздер:** Жол-көлік травматизм, қатер факторлары, алдын алу шаралары.

## Summary

**ROAD TRAFFIC TRAUMATISM. PART 2: RISK FACTORS AND PREVENTION.**

(Literature review)

**A.O. Myssayev<sup>1</sup>, K.E. Seilkhanov<sup>2</sup>, D.M. Dusenbaev<sup>3</sup>, T.Zh. Amrenov<sup>1</sup>, S.S. Musataev<sup>1</sup>, Alt.O. Myssayev<sup>1</sup>**<sup>1</sup> Semey State Medical University,<sup>2</sup> Municipal Emergency Hospital, Traumatologic point, Semey,<sup>3</sup> Polyclinic №1 of mixed type, Semey

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

**Key words:** road traffic traumatism, risk factors, prevention.

УДК 616.441 - 006.5 – 084 - 055.2 (574.1)

А.Б. Карагизова, Ж.Т. Тольсбаева

Казахская Академия Питания, г. Алматы,  
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы**ПРОГРЕСС В ЛИКВИДАЦИИ ЙОДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ****Аннотация**

В обзорной статье рассмотрено современное состояние йододефицита в мире. За последние годы некоторые страны смогли достичь значительного прогресса благодаря эффективному сотрудничеству Правительства, производителей соли, неправительственного сектора и международных организаций.

**Ключевые слова:** йододефицит, йододефицитные заболевания, профилактика йододефицитных расстройств, всеобщее йодирование соли.

Йододефицит – это глобальная, медико-социальная и демографическая проблема современного общества [1]. Около 2 миллиардов жителей - 1/3 населения Земли живут в условиях йодного дефицита [2,3]. Международные организации, как ВОЗ, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Международный совет по контролю за йододефицитными заболеваниями (МСКИДЗ), особо выделяют значимость ликвидации йододефицита [4].

При длительном недостаточном поступлении йода в организме включается сложная цепь компенсаторных

процессов, призванных поддержать нормальный синтез и секрецию гормонов щитовидной железы. Хронический дефицит йода в организме человека часто является скрытой причиной многих заболеваний. Если кретинизм и зоб - это лишь видимая часть неблагоприятных воздействий дефицита йода, то остальные опасные проявления являются невидимой, скрытой частью всего «айсберга» негативного действия хронической йодной недостаточности (рис.1) [5].



Рисунок 1. Негативное воздействие йодной недостаточности.

Мероприятия, проводимые в целях ликвидации йодной недостаточности, привели к устранению проблемы микронутриента практически во всех странах Юго-Восточной Европы и во многих государствах бывшего СССР.

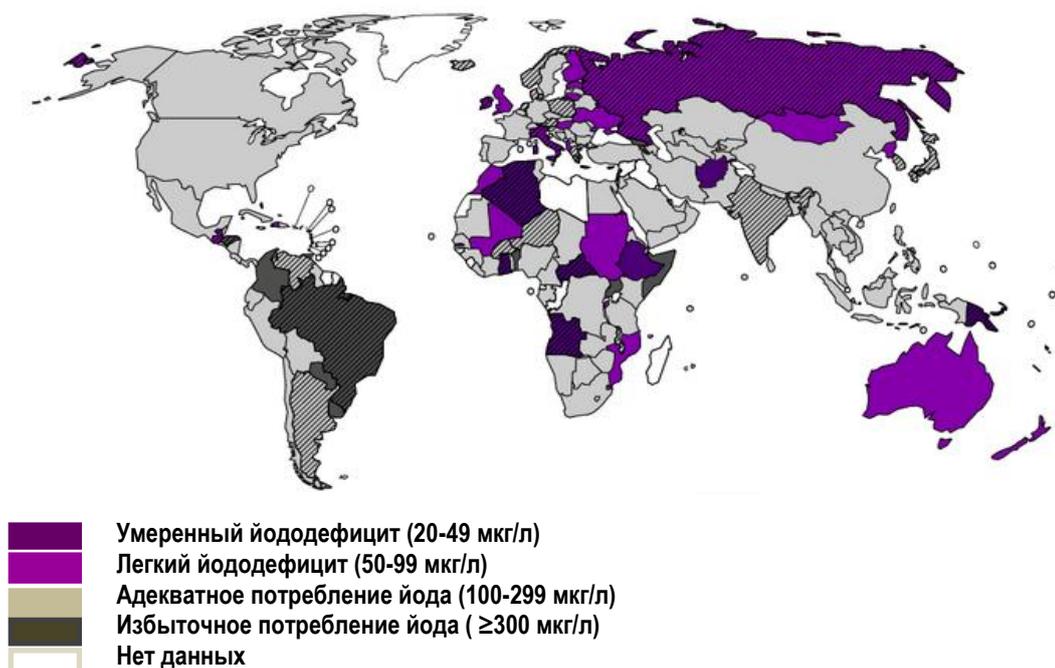
Однако в таких странах как Российская Федерация, страны Европы (Италия, Ирландия), Африканские страны (Ангола, Эфиопия, Алжир, Гана, Центральноафриканская республика), также Афганистан, Папуа-Новая Гвинея и Гватемала наблюдается умеренный дефицит йода (20-49 мкг/л).

Легкий йододефицит (50-99 мкг/л) все еще отмечается в странах Европы (Финляндия, Великобритания, Украина, Эстония, Латвия), Центральной Азии (Монголия), Восточной Азии (Северная Корея), Африки (Мозамбик, Судан, Мали, Марокко), в Австралии, Новой Зеландии.

Благодаря многолетним, кропотливым усилиям в сфере ликвидации йододефицита с 2003 по 2011 годы снизилось число стран с дефицитом йода с 54 до 32 (рис. 2) и возросло число стран, потребляющих йод в пределах нормы, с 67 до 105 [1, 6].

Общеизвестно, что причина йододефицитных заболеваний кроется в неустраняемой экологической йодной недостаточности в окружающей среде. Следовательно, для его устранения и предотвращения необходимо дополнительное поступление йода в организм. В глобальном смысле наилучшим решением остается обогащение тех или иных продуктов. Однако, как показывает практика отдельных стран, в реализации данной стратегии могут возникнуть некоторые сложности вследствие отсутствия законодательной основы.

Рисунок 2. Национальный статус йода на 2013г.



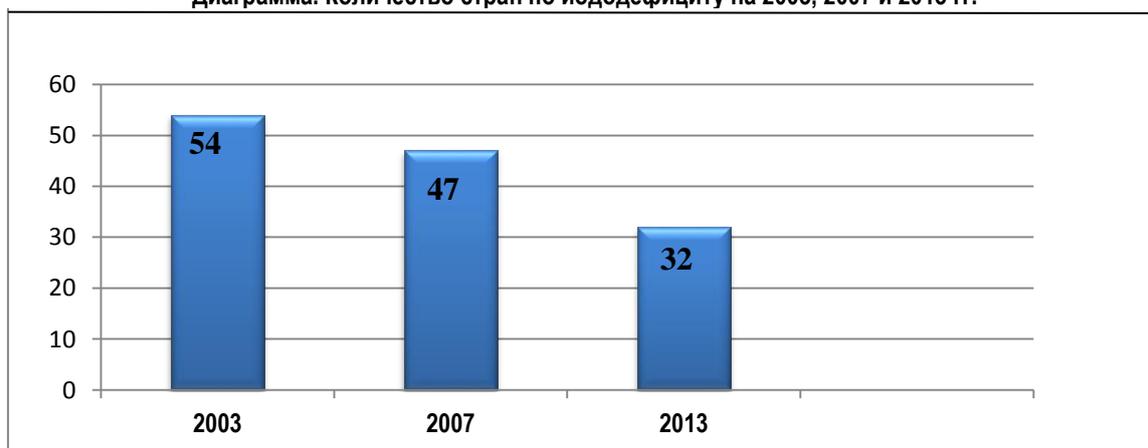
Так, Украина остается в числе тех стран, где ликвидация проблемы йододефицитных заболеваний маловероятно в ближайшем будущем [8]. 50000 детей ежегодно рождаются с замедлением умственного развития ввиду пренатального дефицита йода (UNICEF, 2010). В Украине на законодательном уровне пока не принята национальная программа по профилактике йододефицита.

Российская Федерация входит в число немногих стран, где проблема йододефицита не решена. «С 1995 года в России действует Национальная программа по скринингу, мониторингу, и профилактике йододефицитных состояний, однако пока потребление йода в стране в 3 раза меньше суточной нормы»,

– уточнила профессор Е.А. Трошина (зав. терапевтическим отделением ФГУ ЭНЦ МЗиСР РФ, д.м.н.). Директор института клинической эндокринологии ФГУ ЭНЦ МЗ РФ академик РАМН Мельниченко Г.А. уверен в том, что Российской Федерации необходим закон об использовании йодированной соли, как основного метода профилактики йододефицитных состояний.

Австралия, Великобритания - страны, которые раньше не сталкивались с проблемами йододефицита. Сейчас потребление йода в этих странах падает, что связано с отсутствием национальной программы по йодированию пищевых продуктов и, как следствие, сказывается на состоянии здоровья граждан [9].

Диаграмма. Количество стран по йододефициту на 2003, 2007 и 2013 гг.



Принимая во внимание тот факт, что приблизительно 400 миллионов человек в Китае подверглись риску дефицита йода, в 1993 году была запущена Национальная программа ликвидации и профилактики йододефицитных заболеваний путем йодирования соли. К 1999 году йодированная соль потреблялась на 94% территории страны, по сравнению с 80% в 1995 году, и качество соли заметно улучшилось. В результате, по-

следствия дефицита йода стали снижаться. Распространенность зоба у детей в возрасте от 8 до 10 лет снизилась с 20,4% в 1995 году до 8,8 процента в 1999 году. На данный момент 95% домохозяйств в Китае используют йодированную соль [10].

В Казахстане очаги эндемического зоба зарегистрированы в 11 из 14 областей, а недостаток йода в почве, воде и пищевых продуктах был установлен на половине

его территории. Наиболее сложная ситуация – в Южном и Восточном регионах [11]. В целом, от 20 до 70% населения республики поражено эндемическим зобом (Зельцер М.Е., 2002 г.). На сегодняшний день всеобщее йодирование пищевой и кормовой соли в Казахстане регламентируется Законом Республики Казахстан «О профилактике йододефицитных заболеваний» от 14.10.2003 г. № 489–ПЗРК. Благодаря принятому закону в феврале 2010 года Республика Казахстан была сертифицирована международной Сетью устойчивого устранения дефицита йода как страна, достигшая устранения дефицита йода путем всеобщего йодирования соли (ВИС).

Вместе с тем, в странах Южной Америки (Парагвай, Уругвай, Бразилия и Колумбия), Центральной Америки (Гондурас) и в Африканских странах (Сомали, Уганда, Тоголезская республика) медиана йодурии составила 200-299 мкг/л, то есть классифицируется как риск йод-индуцированного гипертиреоза.

Таким образом, сложившаяся ситуация в мировой практике показывает, что необходим систематический мониторинг населения по адекватной обеспеченности йодом.

Йодный дефицит нельзя ликвидировать раз и навсегда. Это реальная угроза всему человечеству, поэтому в качестве основного метода ликвидации дефицита йода в мировом масштабе ВОЗ, ЮНИСЕФ, ICCIDD и другие международные организации, рекомендуют всеобщее йодирование соли (ВИС). Повсеместное йодирование пищевой (поваренной) соли позволило оградить населения стран, где успешно проводится стратегия ВИС, от развития нарушений, связанных с хронической недостаточностью данного микроэлемента. Опыт различных стран показывает, что любые даже временные послабления системы мониторинга в силу различных причин могут привести к возвращению ИДЗ либо риску развития йод-индуцированного гипертиреоза.

#### Литература:

1. Bruno de Benoist, Erin McLean, Maria Andersson, and Lisa Rogers. Iodine deficiency in 2007: Global progress since 2003. Food and Nutrition Bulletin, vol. 29, no. 3, 2008, - 195-202.
2. ICCIDD/UNICEF/WHO. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide

for program managers, Second edition. WHO/NHD/01.1, 2001.

3. WHO. Global health risks, parts 2 results. – 27.
4. Тронько Н.Д., Герасимов Г.А., Кравченко В.И. Все, что вы хотели бы знать о йододефицитных заболеваниях и йодированной соли. – Киев, 2004. – 41с.
5. Тажибаев Ш.С., Оспанова Ф.Е., Ергалиева А.А., Сарсембаева А.П. О профилактике анемии, йододефицита и дефицита витаминов у школьников. – Алматы, 2008. - 139с.
6. Maria Andersson, Vallikkannu Karumbunathan, and Michael B. Zimmermann. The Journal of Nutrition/Nutritional Epidemiology//Global Iodine Status in 2011 and Trends over the Past Decade1–3.// The Journal of Nutrition. – 2012. - 142: 1128. -1-7.
7. Владимир Савченко. Йодный дефицит в Украине: законодательные шаги к решению проблем. //ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я • ПОГЛЯД ФАХІВЦЯ. - 2012. – С. 12-13.
8. IDD newsletter, UK. August - 2011. – P. 1-4.
9. Center for Global Development//CASE 15: Preventing iodine deficiency disease in China.
10. UNICEF. Оценка адекватности йодирования соли и её потребления в Казахстане. – Алматы, 2005. – 81с.
11. WHO, UNICEF, ICCIDD. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers.3rd ed. Geneva: WHO; 2007. – P.1-99.
12. UNICEF. The State of theWorld's Children 2011: adolescence: an age of opportunity. New York: United Nations Children's Fund; 2011. – 140p.
13. Andersson M, Takkouche B, Egli I, Allen HE, De Benoist B. Current global iodine status and progress over the last decade towards the elimination of iodine deficiency. Bull World Health Organ 2005. - 83, P.7-518.
14. McLean E, Cogswell M, Egli I, Wojdyla D, de Benoist B. Worldwide prevalence of anaemia, WHO Vitamin and Mineral Nutrition Information System, 1993–2005. Public Health Nutr. 2009;12:444–54.
15. Institute of Medicine of the National Academies. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. Washington, DC: National Academy Press; 2001. – 773.

#### Тұжырым

### ЙОД ТАПШЫЛЫҒЫН ЖООДЫҢ ДАМУЫ. ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫ

А.Б. Карагизова, Ж.Т. Толысбаева

Қазақ Тағамтану Академиясы, Алматы қ.,

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.

Мақалада әлемдегі йодтапшылықтың заманауи жағдайы көрсетілген. Соңғы жылдары мемлекеттер Үкіметпен, тұз өндірушілерімен, үкіметтік емес ұйымдармен және халықаралық мекемелермен қарым-қатынас жасай отырып, үлкен нәтижелерге жетті.

**Негізгі сөздер:** йодтапшылық, йодтапшылық аурулар, йодтапшылық бұзылыстарының алдын алу, жалпы йодталған тұз.

#### Summary

### PROGRESS IN ELIMINATING IODINE DEFICIENCY. MODERN STATE

A.B. Karagizova, Z.T. Tolysbaeva

Kazakh Nutrition Academy, Almaty,

Kazakh National Medical University named after C.D. Asfendiyarov, Almaty

The current status of iodine deficiency in the world is considered in a review article. Recent years some countries have been able to make significant progress thanks to effective cooperation by the Government, the salt industry, non-governmental sector and international organizations.

**Key words:** iodine deficiency, Iodine Deficiency Disorders (IDD), preventive measures of iodine deficiency disorders, universal salt iodization.

УДК 159.928.235

А.М. Раушанова

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

## ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ИЗУЧЕНИЮ ТРЕНИРОВКИ РАБОЧЕЙ ПАМЯТИ С ПОМОЩЬЮ N-BACK

## Резюме

Рабочая память отвечает за наши когнитивные функции, в том числе управляет вниманием, и играет важнейшую роль в осуществлении многих интеллектуальных операций и логическом мышлении.

**Ключевые слова:** N-back, тренировка памяти.

**Актуальность темы:**

Теория рабочей памяти была создана Аланом Бэддли и Грахамом Хитчем [1]. Рабочая память характеризует способность человека манипулировать информацией, хранящейся короткое время в его памяти. Такая манипуляция лежит в основе процессов мышления: рассуждения, обучения, понимания.

Рабочая память включает три служебные подсистемы (буферы повторения): артикулярную петлю, сохраняющую в течение короткого времени (порядка двух секунд) продукты фонематического анализа; зрительно-пространственный блокнот, удерживающий в течение нескольких секунд зрительную (форма и цвет) или пространственную информацию и эпизодический буфер, обеспечивающий взаимодействие рабочей и долговременной памяти. Контроль, распределение внимания, переработку и перезагрузку информации в буферах повторения осуществляет «управляющий орган» - центральный администратор рабочей памяти [2].

Как синоним иногда используется термин «кратковременная память», однако понятие «рабочая память» лучше подчеркивает её предназначение и сейчас стало общепризнанным. Рабочая память характеризует способность человека манипулировать информацией, хранящейся короткое время в его памяти. Такая манипуляция лежит в основе процессов мышления: рассуждения, обучения, понимания [1].

Известно, что человек в сжатые сроки может овладеть большим объемом информации (например, за ночь подготовиться к экзамену). Но в обычном состоянии это сделать очень трудно, как и забыть избирательно какой-то факт. Поэтому развитие памяти, совершенствование процессов запоминания, сохранения и воспроизведения информации являются необходимыми задачами для человека в современном обществе. Без совершенствования собственной памяти современный человек рискует отстать от динамичного развития общества, потеряться в огромном потоке информации [3].

Роль рабочей памяти особенно существенна на начальном этапе обучения, она является необходимой составляющей процессов, лежащих в основе чтения и письма, поскольку от объема рабочей памяти зависит количество символов и понятий, которыми можно оперировать в единицу времени для достижения лучшего понимания текста в целом.

Рабочая память – это одна из основных когнитивных функций человека, на которой базируются все высшие проявления умственной деятельности – такие, как речь, умение верно вести себя в экстремальной ситуации и принимать правильные решения в повсе-

дневной жизни». Различные научные работы, доказывающие факт «пластичности» мозга (то есть его способности претерпевать изменения в зависимости от того или иного полученного опыта) и основанные на использовании разнообразных электромагнитных методик, позволили учёным как никогда отчётливо понять всю глубину потенциала рабочей памяти [4].

Доказательством этого аспекта умственной деятельности стала так называемая «задача n-назад» ("n-back" task), позволяющая перебирать в памяти сразу несколько предметов. Человеку один за другим предъявляется ряд образов (визуальных, звуковых, реальных). При этом человек должен определить и указать, встречался ли предъявляемый образ 1 позицию назад (задача 1-назад), или 2 позиции назад (задача 2-назад), или 3 позиции назад (задача 3-назад), и так далее. Также в задачу могут быть включены звуки различного рода, либо человеку может демонстрироваться более 1 ряда символов (двойная, тройная задача n-назад, и т.д.).

**Задача N-back** — известная задача непрерывного выполнения (англ. *Continuous Performance Task, CPT*), разработанная психологом В.К. Кирхнером в 1958 году. Применяется в нейрофизиологических исследованиях для стимулирования активности определённых зон мозга, а также в психологии для оценки и развития рабочей памяти, логического мышления, способности к концентрации внимания и в целом подвижного интеллекта (англ. *fluid intelligence, Gf*; способность мыслить логически, воспринимать и запоминать новое, решать новые непривычные проблемы) [5].

Исследование, проведённое в 2008 году Сюзанной Джегги и её коллегами, показало [5], что регулярные тренировки в выполнении этой задачи способны за короткий период значительно развить подвижный интеллект, расширить рабочую память человека, улучшить логическое мышление и способность концентрироваться. Корректность оценки результатов исследования была подвергнута критике учёным Дэвидом Муди, считавшим, что финальные замеры были проведены неверно. Но Джегги оспорила критику Муди и в 2010 году исследование с некоторыми изменениями было проведено ещё раз, подтвердив первоначальные результаты [6,7].

В 2009 году в журнале «Science» было опубликовано исследование, указывавшее, что регулярная тренировка в выполнении n-back задачи на протяжении 5 недель (в общей сложности 14 часов тренировки) привела к физическому изменению плотности рецепторов дофамина в коре головного мозга [8].

Сюзанна Джегги и Мартин Б. в 2010 г. провели обзор литературы, где в заключении, они указали о су-

ществовании до сих пор неизвестных переменных, механизмы которых лежат в основе улучшения интеллекта. Для изучения этих переменных, еще предстоит проработать много исследований [9].

Российские ученые З.А. Меликян, Ю.В. Микадзе, А.А. Потапов, О.С. Зайцев, Н.Е. Захарова провели обзор литературы «Оценка нарушений когнитивных функций в разные периоды после черепно-мозговой травмы» в 2011 г. Где приводят доводы о важности сочетания нейropsychологического подхода (с применением теста n-back на рабочую память) с методами нейровизуализации, при получении важной информации о механизмах возникающих нарушений в различные периоды после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) [10].

Исследователи Adrian M. Owen, Kathryn M. McMillan, Angela R. Laird, and Ed Bullmore в проведенном 2005 г. мета-анализе, также находят доказательства в пользу использования n-back для изучения активации лобной и теменной областей коры головного мозга [11].

#### Литература:

1. Baddeley, A. D. (2002). Fractionating the central executive. In D. Stuss & R. T. Knight (Eds.), Principles of frontal lobe function (pp. 246–260). New York: Oxford University Press.
2. Baddeley A.D. (2003). Working memory: looking back and looking forward // Nature Reviews Neuroscience, Oct 1, 2003, pp. 829–839].
3. Mayer Richard E. Should There Be a Three-Strikes Rule Against Pure Discovery Learning? January 2004 - American Psychologist Copyright 2004 by the American Psychological Association, Inc. Vol. 59, No. 1, pp. 14–19.
4. Conway AR, Kane MJ, Engle RW (December 2003). "Working memory capacity and its relation to gen-

eral intelligence". Trends Cogn. Sci. (Regul. Ed.) 7 (12): pp. 547–52. doi: 10.1016/j.tics.2003.10.005. PMID 14643371.

5. Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., Perig, W. J. (2008), Improving fluid intelligence with training on working memory, Proceedings of the National Academy of Sciences, vol. 105 pp. 19

6. Kirchner, W. K. (1958), Age differences in short-term retention of rapidly changing information. Journal of Experimental Psychology, 55(4), pp. 352–358

7. Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., Perig, W.J. The relationship between N-back performance and matrix reasoning -- implications for training and transfer // Intelligence (2010) 38 (6): pp. 625-635. DOI:10.1016/j.intell.2010.09.001. ISSN 0160-2896.

8. Fiona McNab, Andrea Varrone, Lars Farde, Aurelija Jucaite, Paulina Bystritsky, Hans Forsberg, Torkel Klingberg Changes in Cortical Dopamine D1 Receptor Binding Associated with Cognitive Training // Science 6 February 2009: Vol. 323. no. 5915, pp. 800–802

9. Martin Buschkuhl, Susanne M. Jaeggi University of Michigan, Ann Arbor, USA. «Improving intelligence: a literature review». S W I S S M E D W K L Y 2 0 1 0 ; 1 4 0 ( 1 9 – 2 0 ): pp. 2 6 6 – 2 7 2.

10. Меликян З.А., Микадзе Ю.В., Потапов А.А., Зайцев О.С., Захарова Н.Е. Оценка нарушений когнитивных функций в разные периоды после черепно-мозговой травмы. // Неврология и психиатрия, 7, 2011 (Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2011;111:7:88 pp.17-19).

11. Adrian M. Owen, Kathryn M. McMillan, Angela R. Laird and Ed Bullmore N-Back Working Memory Paradigm: A Meta-Analysis of Normative Functional Neuroimaging Studies // Human Brain Mapping 25:46–59(2005), pp. 125.

#### Тұжырым

#### **N-БАСК АРҚЫЛЫ ЖАДЫНЫ МАШЫҚТАУДЫ ЗЕРТТЕУЛЕРІ ТУРАЛЫ ӘДЕБИЕТТЕН ШОЛУ**

**А.М. Раушанова**

**С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ.**

Адамның ақпаратты күнделікті меңгеру қабілеті жұмыс жадында ақпаратты сәтті өңдеуге байланысты. Бұл үрдіс адамнан қысқа мерзімді жадыдан ұзақ мерзімді жадыға ақпаратты көшіруді талап етеді.

**Түйінді сөздер:** N-back, жадыны машықтау.

#### Summary

#### **LITERATURE REVIEW FOR THE STUDY TRAINING OF THE WORKING MEMORY WITH N-BACK**

**A.M. Raushanova**

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

Working memory is responsible for our cognitive functions, including controls attention and plays a critical role in many intellectual and logical thinking.

**Key words:** N-back, memory training

УДК 616.34 - 009.74 – 071 - 08

Г.Г. Батырханова

Железнодорожная больница, г. Павлодар

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (Обзор литературы)

### Аннотация

Абдоминальные колики являются очень частой причиной обращения пациентов за медицинской помощью. Но зачастую чтобы разобраться с происхождением данных симптомов используются врачи разных специальностей, инструментальные и лабораторные обследования. Поэтому в данной статье проведена работа по систематизации абдоминального синдрома и рассмотрены основные подходы в лечении.

**Ключевые слова:** диагностика, колика, лечение.

Абдоминальный болевой синдром на протяжении тысячелетий остается серьезной проблемой в медицине. По существующим статистическим данным, в 5 крупнейших странах Европы около 49 млн человек страдают от боли в животе и 11,2 млн – от боли высокой интенсивности. В относительных величинах это составляет примерно 19% всего населения. При этом наличие боли всегда сопряжено с ухудшением качества жизни, высокими затратами общества на диагностику и лечение и существенным снижением трудоспособности [1]. У половины пациентов после первичного обследования причина боли так и остается невыясненной [2].

Любой болевой синдром в зависимости от длительности можно подразделить на хронический и острый. Под острой болью понимают болевой приступ продолжительностью до 48 ч. В США до 10% ежедневных посещений неотложных отделений и обращений к врачам до 8 млн пациентов в год вызвано синдромом острой боли. До 13% пациентов с диагнозом «острая абдоминальная боль» требуют хирургического вмешательства [3].

Широко используемый термин «колика» является одним из вариантов течения острого абдоминального болевого синдрома и следствием патологического процесса либо со стороны органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), либо со стороны мочевого выделительной системы. Термин этот, по сути, включает субъективную характеристику болевого синдрома. В педиатрической практике острая боль длится до недели, соответственно, хроническая – больше 7 дней согласно принятым в Голландии стандартам [4].

Боль всегда мультифакториальна [1, 3, 5]. Поэтому с патофизиологических позиций её возможно классифицировать по-разному. Так, по механизмам формирования боль может подразделяться на висцеральную, париетальную, иррадирующую и психогенную. Необходимо иметь в виду, что основным механизмом формирования колики является висцеральный [5].

Висцеральная боль обычно носит характер спастический, жгучий, грызущий, не имеет четкой локализации. Нередко она сопровождается разнообразными вегетативными проявлениями: потливостью, беспокойством, тошнотой, рвотой, бледностью. Из-за синергической связи между висцеральными афферентными нейронами и нейронами в основании задних корешков вследствие двойной иннервации боль нередко приобретает иррадирующий характер. Обычно зонами отражения болевых ощущений могут быть кожные области

повышенной чувствительности (зоны Захарына-Геда). Иррадирующая боль плохо локализована и возникает в месте проекции других органов, коже, глубоких тканях, иннервируемых тем же сегментом спинного мозга, что и вовлеченный орган.

Появление боли связано с активацией ноцицепторов, содержащих окончания афферентных волокон нескольких типов вследствие воспалительных или функциональных расстройств, как результат растяжения, напряжения стенки полого органа, мышечного спазма и т.д. Колика может быть проявлением, как органических заболеваний, так и функциональных расстройств.

Раздражение ноцицепторов приводит к передаче сигналов по афферентным волокнам через спинальные ганглии на ретикулярную формацию, лимбическую систему и передние отделы головного мозга, где в постцентральной извилине происходит осознание ощущения боли. Эфферентные волокна идут на периферию в составе блуждающего нерва и оказывают влияние на состояние гладкой мускулатуры, иногда еще более усугубляя ее спазм.

Другим вариантом разделения боли по происхождению является выделение боли воспалительного генеза, нейропатического и дисфункционального [1].

В настоящее время активно изучаются механизмы, влияющие на восприятие боли, и ответ на ее терапию. Так, выделение биологически активных субстанций – брадикинина, серотонина, гистамина, простагландинов и др. вследствие воспаления, ишемии меняет порог чувствительности сенсорных рецепторов. Эти же субстанции самостоятельно могут участвовать в формировании мышечного спазма. Функционирование отделов центральной нервной системы (ЦНС) также оказывает влияние на восприятие боли.

Таким образом, необходимо понимать, что одной из причин, провоцирующих болевые ощущения, является мышечный спазм; но также сокращение гладкой мускулатуры – мышечный спазм – может быть ответом на болевые импульсы со стороны нервной системы. Наиболее активно в последнее время в связи с развитием молекулярной генетики изучаются генетические факторы, влияющие на возникновение болевых синдромов, их восприятие и ответ на лечение [1]. На основании клинических наблюдений понятно, что такие болевые синдромы, как мигрень, боль в спине, нижних отделах спины, шее у женщин, фибромиалгия имеют наследственный генез. Обсуждается более 300 генов-кандидатов, которые, вероятно, участвуют в формиро-

вании болевых ощущений и определяют ответ на анальгетические вмешательства.

Одним из активно изучаемых ферментов является катехол-О-метилтрансфераза (COMT), которая участвует в формировании острых и хронических болевых ощущений. Некоторые аллели COMT ассоциированы с высоким риском возникновения хронических болевых синдромов после повреждения. COMT принимает участие в метаболизме катехоламинов и энкефалинов, тем самым модулируя нейротрансмиссию боли. У носителей редкого аллеля met158 COMT отмечается более постоянный характер боли, возникающей в ответ на разнообразные раздражители, и в 11 раз более низкая активность COMT, чем у гомо- или гетерозигот более часто встречающегося варианта аллеля 158 (val/val).

Другой активно изучаемый ген имеет отношение к опиоидным рецепторам m1 (OPRM1). С его полиморфизмом связывают не только ощущение боли, но и формирование зависимости от опиоидных анальгетиков и развитие побочных эффектов. Синергетический эффект некоторых аллелей COMT и OPRM1 предрасполагает к различным вариантам течения болевого синдрома.

Недавние исследования показали, что экспрессия опиоидных рецепторов может быть модифицирована генами трансферами афферентных нейронов. Полиморфизм генов SCN9A натриевых каналов, CNA1B каналов кальция, KCNQ2 и KCNQ339 калиевых каналов также вносит вклад в особенности течения болевого синдрома и реакции мышечной клетки в ответ на разные стимулы.

В связи с отсутствием пока широкого генотипирования больных активно разрабатываются тесты для оценки качественной и количественной сенсорной способности пациента отвечать на механические, термические и электрические раздражители. Таким образом, проведение этого теста позволяет оценить риски и особенности возникновения болевого синдрома после оперативных вмешательств [1].

Несмотря на огромный прорыв в области молекулярных механизмов восприятия боли с клинических позиций, взгляды на диагностику острого болевого синдрома не претерпели существенной динамики. Так, по-прежнему в зависимости от источника возникновения выделяют билиарную, почечную, кишечную колики.

Билиарная колика возникает при обструкции общего желчного или пузырного протока – чаще всего конкрементами, вызывая висцеральную боль разной выраженности [6, 7]. В целом она соответствует критериям билиарной боли [6, 7], только носит крайне острый характер – «режущий», или вызывает ощущения «переполнения», «напряжения» с локализацией в эпигастрии или правом квадранте живота, иррадирует в подлопаточную область, начинается остро и длится от 15 мин. до 5 ч и более. Боль может сопровождаться тошнотой или рвотой, возникать в любое время суток. Иногда боль провоцируется приемом пищи, в т.ч. жирной. Примерно в 30% случаев эпизод бывает единственным и в дальнейшем не рецидивирует. Примерно в 50% случаев боли рецидивируют и сопровождаются осложнениями с частотой 1–3% в год. При наличии в анамнезе билиарной колики частота осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) возрастает [6]. Причиной билиарных болей, в т.ч. и билиарной колики, помимо обтурации просвета протоков желчевыводящих путей

может быть дисфункция сфинктера Одди (СО). Этот термин обозначает нарушение функции СО с частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера. Патология может иметь как структурную (вследствие наличия препятствия в виде конкрементов различного размера), так и функциональную (нарушение двигательной активности – спазм) природу и клинически проявляется болями и нарушением оттока желчи и/или панкреатического сока. Дисфункция СО может быть следствием холецистэктомии [7].

Для выяснения причины билиарной боли и колики помимо ультразвукового трансабдоминального исследования органов брюшной полости и малого таза, эндоскопического исследования области дуоденального сосочка высокоинформативным методом считается на сегодняшний день магнитно-резонансная холангиопанкреатография, позволяющая выявить или исключить обструкцию билиарного тракта опухолью, стенозом, конкрементами, а также оценить состояние протоковой системы поджелудочной железы. В целом дисфункция СО может быть преимущественно связана либо с билиарным трактом, либо с вирсунговым протоком поджелудочной железы, либо носит сочетанный характер.

К диагностическим критериям дисфункции СО билиарного типа относят наличие билиарных болей в сочетании со следующими признаками, свидетельствующими о билиарной гипертензии: повышение активности аминотрансфераз в сыворотке крови, щелочной фосфатазы,  $\gamma$ -глутамилтрансферазы, связанного билирубина и/или расширение общего желчного протока при ультразвуковом исследовании (УЗИ) или панкреатохолангиографии, а также замедление выделения контраста из протоков. Важным является проведение обследований на высоте приступа болей. В зависимости от типа дисфункции наряду с билиарными болями присутствуют либо все вышеперечисленные признаки (тип I), либо только некоторые (тип II), либо только боль (тип III).

В диагностике дисфункции СО, особенно у пациентов после холецистэктомии, помогает холесцинтиграфия с  $^{99m}Tc$ , позволяющая оценить поступление радиоактивной метки в двенадцатиперстную кишку. Из-за большого количества осложнений в настоящее время ретроградная холангиопанкреатография не рассматривается как основной метод диагностики дисфункции СО. Только при стойкости изменений и обсуждении возможности оперативного лечения (сфинктеротомия или постанова панкреатического стента) возможно проведение этого исследования одновременно с манометрией СО. При оценке результатов манометрии единственным надежным критерием состояния СО является его базальное давление.

Панкреатический тип дисфункции СО клинически проявляется характерной для панкреатита эпигастриальной болью, носящей нередко острый, приступообразный характер, напоминающий или трудно отличимый от колики. Боль может иррадиировать в спину и, сопровождаться повышением активности сывороточной амилазы и липазы. При отсутствии традиционных причин панкреатита (холелитиаз, злоупотребление алкоголем, аномалии протоковой системы и др.) обычно выставляется диагноз идиопатического рецидивирующего панкреатита. В общей группе пациентов с таким диагнозом при манометрическом исследовании дисфункция СО выявляется в 39–90% случаев [7]. В основном болеют женщины в возрасте около 40 лет.

С учетом стандартных критериев оценки тяжесть панкреатита оценивается как невысокая.

При дисфункции СО мониторинг диаметра панкреатического протока в ответ на введение секретина после его прекращения выявляет длительное расширение протока. Чувствительность метода низкая, что не позволяет пока его широко использовать. Магнитно-резонансная томография (МРТ) также помогает оценить протоковую систему поджелудочной железы, как и саму структуру органа. Эндоскопическое УЗИ позволяет оценить и исключить такие причины острого возвратного панкреатита, как микролитиаз. Наиболее информативным методом подтверждения диагноза дисфункции СО панкреатического типа и в этом случае также является манометрия.

Но большое число осложнений – прежде всего эпизоды острого панкреатита в сроки от 24 до 72 ч после процедуры – требует тщательного отбора пациентов и профилактики осложнений перед проведением этого инвазивного исследования. В качестве скрининг-теста предложено введение ботулотоксина в область сфинктера. Купирование боли и эпизодов панкреатита на срок до 3 мес. считается подтверждением спазма сфинктера, лежащего в основе симптомов. Таким образом, при наличии эпизодов болей в сочетании с повышением уровня амилазы/липазы для исключения структурных аномалий (микролитиаз, *pancreas divisum*, панкреатит известной этиологии) необходимо проведение абдоминального УЗИ, МРТ или эндоскопического УЗИ, а затем при необходимости – ретроградной панкреатохолангиографии с исследованием желчи и манометрией СО.

При отсутствии эффекта от консервативной спазмолитической терапии лечение основывается на сфинктеротомии и разделении СО на билиарный и панкреатический отделы.

Кишечная колика также характеризуется приступом болей в животе, обычно высокой и средней интенсивности. Причины ее также различны и связаны с растяжением, спазмом, усиленными сокращениями стенки кишечника. В ряде случаев колика может носить весьма «безобидный» характер с точки зрения последствий и возникать вследствие избыточного газообразования, нарушений моторики кишки, особенно у лиц с висцеральной гиперчувствительностью. Ситуация может провоцироваться возникновением препятствия для пассажа содержимого по кишечнику вследствие объемных образований, рубцов и спаек в брюшной полости. Кишечная колика может сопровождаться многочисленными вегетативными симптомами: тошнотой, рвотой, вздутием живота и чувством распирания. К органическим причинам, вызывающим приступы кишечной колики, относятся заворот сигмовидной кишки, вызванный операциями на кишечнике или долихосигмой, стеноз вследствие воспалительных заболеваний кишечника, объемные процессы в кишечнике, функциональная непроходимость – синдром *Ogilvie*. В некоторых случаях острый аппендицит может сопровождаться болями в виде колики, локализованной в правой подвздошной области. Только детальное обследование ЖКТ позволяет установить причину кишечной колики [7]. Статистические данные о частоте и вариантах кишечной колики различны и зависят от региона, лечебного учреждения и уровня его диагностических возможностей [8–11].

Одной из нечастых причин классической кишечной колики является отравление свинцом. Как и при любом

варианте колики, возникают приступы сильных абдоминальных болей, сочетающиеся с когнитивными нарушениями, психическими отклонениями, повышенной раздражительностью, нарушениями сна, головными болями, необратимой стойкой неврологической симптоматикой, расстройствами половой функции, металлическим привкусом во рту. Свинцовая интоксикация сопровождается анемией вследствие гемолиза, повреждением почек и кардиоваскулярной системы. Избыточное поступление свинца происходит при контакте с некоторыми видами топлива, на производствах, через воду и растения, содержащие повышенную концентрацию данного металла. Чаща страдают мужчины. Ситуации в основном встречаются в развивающихся странах. Лечение направлено на выведение свинца, в т.ч. с применением хелатов. Прогноз определяется концентрацией свинца в сыворотке крови [12].

Особое место в диагностике и лечении занимает почечная колика. Высокоинтенсивные боли в животе, поясничной области, с иррадиацией в паховую область сопровождаются учащенным мочеиспусканием, гематурией. Приступы могут провоцироваться физическим напряжением, тряской, изменением характера питания. Нередко сопровождаются многочисленными вегетативными проявлениями: тошнотой, рвотой, что в целом характерно для болей висцерального генеза. Высокая частота уролитиаза, рецидивирующих болей – почечной колики, требующей дифференциальной диагностики с другими причинами боли, а также неотложного вмешательства для ее купирования, остается крайне актуальной проблемой.

Важнейшим методом диагностики этой патологии остается ультразвуковой метод, в ряде случаев – рентгенологические методы диагностики, включая компьютерную томографию (КТ) [13, 14]. Магнитно-резонансный метод диагностики является невысоко чувствительным для выявления конкрементов мочевыделительной системы, но он способен выявлять последствия и осложнения уролитиаза, в т.ч. и воспалительный процесс, который может вызывать коликоподобную симптоматику. Магнитно-резонансная нефроурография позволяет оценивать функциональное состояние системы [15].

Перечисляя основные методы диагностики причин, вызывающих острый болевой синдром и прежде всего абдоминальную колику, необходимо назвать, помимо рутинных клинических методов, рентгенологическое исследование брюшной полости, позволяющее диагностировать перфорацию полых органов, абдоминальную обструкцию, наличие инородного тела в пищеварительной системе. УЗИ брюшной полости позволяет исключить органическую патологию билиарного тракта (прежде всего ЖКБ), осложнения почечной колики, патологию органов малого таза. К числу высокоспецифичных и чувствительных тестов относится мультисрезовая рентгенологическая КТ [16, 17].

Алгоритм купирования боли различается в зависимости от причины, локализации и характера патологического процесса, вызвавшего колику, принятых в стране или ЛПУ стандартов. Каждый из вариантов колики имеет свои особенности ведения. Мультифакторный характер болевых синдромов определяет и разнообразие, и комплексность подходов к их купированию. Безусловно, наиболее эффективным методом является устранение причины боли, если это возможно.

Так, Всемирной организацией здравоохранения предложен следующий поэтапный подход к купированию боли: 1-я ступень – неопиоидные анальгетики, 2-я ступень – добавляются мягкие опиоиды, 3-я ступень – опиоидные анальгетики. Среди неопиоидных анальгетиков класса нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) предпочтительнее назначать парацетамол из-за меньшего числа побочного влияния на ЖКТ [1, 18–20]. Эффект НПВП усиливают антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты.

Широкому применению опиоидов препятствуют их многочисленные побочные эффекты: развитие толерантности, аддикции, формирование аномальной чувствительности ЖКТ, когнитивные дисфункции, гормональные изменения и дисмодуляция иммунной системы [1].

Широкое применение опиоидов для больных с незлокачественной патологией в настоящее время приводит нередко к возникновению порочного круга: необходима эскалация дозы из-за неадекватной анальгезии, одновременно увеличение частоты и выраженности побочных эффектов требует снижения дозы, что приводит к неадекватному эффекту купирования боли и т.д. [21].

Поскольку автономная нервная система вовлечена в процесс регулирования состояния гладкой мускулатуры органов ЖКТ, билиарной системы и мочевыводящих путей, для купирования приступов боли как в гастроэнтерологии, так и в урологии очень давно применяются и антимиокаринные препараты – как самостоятельно, так и в комплексном лечении.

Наряду с такими подходами существуют и давно испытанные методы терапии с включением спазмолитиков [22]. Среди спазмолитических препаратов важное место занимает гиосцинабутилбромид. Появляются на мировом рынке новые классы лекарственных препаратов, в т.ч. и опиоиды, лишенные способности формировать зависимость.

Помимо вышеперечисленных генетических факторов, принимающих участие, как в возникновении болевого синдрома, так и в ответе на лечение, существенную роль играют также ферменты, участвующие в метаболизме лекарственных препаратов. К ним относят систему цитохрома C450 (CYP450). Эта ферментная система важна для активации/инактивации опиоидов и других лекарственных препаратов (антиконвульсантов, трициклических антидепрессантов и др.), применяющихся для купирования боли.

Определение генетической вариабельности этих генов в будущем позволит оценить токсичность лекарственных средств и, возможно, предсказать ответ больных на некоторые лекарственные препараты. Например, аллельные варианты 70 CYP2D6 имеют различную скорость метаболизма ксенобиотиков, в т.ч. некоторых анальгетиков: очень быструю, быструю, умеренную, плохую. Плохие метаболизеры имеют дефективный метаболизм, сопряженный с высокой частотой побочных эффектов из-за аккумуляции препарата или недостаточной его эффективности, если препарат нуждается в активации вследствие взаимодействия с ферментной системой (например, кодеин). Очень быстрые метаболизеры повышают риск побочных эффектов лекарственных препаратов из-за воздействия большого количества быстрообразующихся метаболитов или приводят к недостаточной эффек-

тивности препаратов из-за их расщепления до неактивных соединений [1].

К другим методам анальгезии относятся локальная анестезия в эпидуральное пространство и периферическая блокада нервных окончаний. Эти методы имеют побочные эффекты (местная травма от иглы, локальная нейротоксичность, параличи, неврологические дефекты, парестезии после спинномозговой анестезии). Может использоваться анестезия перитонеальной полости [1, 30].

#### **Заключение.**

Часто встречающимся в практике врачей разных специальностей болевым синдромом является острая приступообразная боль – колика. Она характеризуется болью высокой интенсивности, имеет висцеральное происхождение, нередко с иррадирующим компонентом, и в зависимости от локализации подразделяется на билиарную (или билиарную боль), кишечную, почечную. Существуют четкие алгоритмы для диагностики причины боли и ее купирования. Учитывая многокомпонентность возникновения болевых синдромов, для их купирования применяется большой арсенал различных средств и подходов.

#### **Литература:**

1. Allegri M., Clark M.R., De Andres J., Jensen T.S. Acute and chronic pain: where we are and where we have to go // *Minerva Anesthesiol.* 2012 Feb. Vol. 78 (2).P. 222–235.
2. Glasgow R.E., Mulvihill S.J. Abdominal pain, including the acute abdomen. Sleisenger & Fordtrans's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia – London – Toronto – Montreal – Sydney – Tokyo. 2003. Vol. 1. P. 80–90.
3. Rothschild J.G. Acute Abdominal pain / Therapy of digestive disorders, Elsevier, 2006. Section 8. P. 961–969.
4. Eizenga W.H., Gieteling M.J., Berger M.Y., Geijer R.M. Summary of the NHG guideline 'Abdominal pain in children', the 100th NHG guideline // *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013. Vol. 157 (15). P. 6191–6199.
5. Вилей Дж. Оценка и значение боли в животе. Гл. 1. В кн.: Хендерсон Дж. Патофизиология органов пищеварения. СПб.: Невский диалект, 1997. 275 с.
6. Schmidt M., Dumot J.A., Soreide O., Sondenaa K. Diagnosis and management of gallbladder calculus disease // *Scand J Gastroenterol.* 2012 Nov. Vol. 47 (11).P. 1257–1265.
7. Behar J., Corazziari E., Guelrud M., Hogan W., Sherman S. Functional Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders // *Gastroenterology.* 2006. Vol. 130. P. 1498–1509.
8. Petroianu A. Diagnosis of acute appendicitis // *Int J Surg.* 2012. Vol. 10 (3).P. 115–119.
9. Palma S., Leitao J., Lopes da Silva H., Tavora I. Acute abdomen: transverse colonic volvulus // *Acta Med Port.* 2011 Jul-Aug. Vol. 24 (4).P. 625–628.
10. Tolver M.A., Rosenberg J., Bisgaard T. Early pain after laparoscopic inguinal hernia repair. A qualitative systematic review // *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012 May. Vol. 56 (5).P. 549–557.
11. Wilkins T., Jarvis K., Patel J. Diagnosis and management of Crohn's disease // *Am Fam Physician.* 2011 Dec. 15. Vol. 84 (12).P. 1365–1375.
12. Tzung-Hai Yen, Ja-Liang Lin, Cheng-HaoWeng, Chung-Chih Tang. Colic induced by lead // *CMAJ.* 2010. 15. Vol. 182 (9).P. 381.

13. Tseng T.Y., Stoller M.L. Medical and medical/urologic approaches in acute and chronic urologic stone disease // *Med Clin North Am.* 2011 Jan. Vol. 95 (1). P. 169–177. Epub 2010, Oct 8.
14. Edmonds M.L., Yan J.W., Sedran R.J., McLeod S.L., Theakston K.D. The utility of renal ultrasonography in the diagnosis of renal colic in emergency department patients / *EM Advances // CJEM.* 2010. Vol. 12 (3). P. 201–206.
15. Kalb B., Sharma P., Salman K., Ogan K., Pattaras J.G., Martin D.R. Acute abdominal pain: is there a potential role for MRI in the setting of the emergency department in a patient with renal calculi? // *J Magn Reson Imaging.* 2010 Nov. Vol. 32 (5).P. 1012–1023.
16. Del Arco Galin C., Parra Gordo M.L., Garcia-Casasola Sanchez G. Imaging tests in acute abdominal pain // *Rev Clin Esp.* 2008 Nov. Vol. 208 (10). P. 520–524.
17. Mellado J.M., Martin J., Solanas S., Yanguas N., Salceda J., Cozcolluela M.R. Uncommon causes of acute abdominal pain: multidetector computed tomography pearls and pitfalls for the radiologist on call // *Curr Probl Diagn Radiol.* 2012 Sep-Oct. Vol. 41 (5).P. 179–188.
18. Grissa M.H., Claessens Y.E., Bouida W., Bou-baker H., Boudhib L., Kerkeni W., Boukef R., Noura S. Paracetamol vs piroxicam to relieve pain in renal colic. Results of a randomized controlled trial // *Am J Emerg Med.* 2011 Feb. Vol. 29 (2). P. 203–206. Epub 2010, Oct 8.
19. Ливзан М.А. Болевой синдром в гастроэнтерологии – алгоритм терапии // *Медицинский совет.* 2010. № 3-4. С. 68–70.
20. Ernst E. Chiropractic treatment for gastrointestinal problems: a systematic review of clinical trials // *Can J Gastroenterol.* 2011 Jan. Vol. 25 (1).P. 39-40.
21. Quinlan J., Carter K. Acute pain management in patients with persistent pain // *Curr Opin Support Palliat Care.* 2012 Jun. Vol. 6 (2).P. 188–193.
22. Duquenne S., Hellel M., Godinas L., De Leval J. Spasmolytics indication in renal colic: a literature review // *Rev Med Liege.* 2009 Jan. Vol. 64 (1).P. 45–48.
23. Tytgat G.N. Hyoscinebutylbromide - a review on its parenteral use in acute abdominal spasm and as an aid in abdominal diagnostic and therapeutic procedures // *Curr Med Res Opin.* 2008.
24. Mertz H. How effective are oral hyoscinebutylbromide and paracetamol for the relief of crampy abdominal pain? // *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* - 2007 Jan. Vol. 4 (1).P. 10-11.
25. Mueller-Lissner S., Tytgat G.N., Paulo L.G., Quigley E.M., Bubeck J., Peil H., Schaefer E. Placebo- and paracetamol-controlled study on the efficacy and tolerability of hyoscinebutylbromide in the treatment of patients with recurrent crampy abdominal pain // *Aliment Pharmacol Ther.* 2006 Jun 15. Vol. 23 (12).P. 1741–1748.
26. Lacy B.E. on behalf of the study group. Fei Wang, Sujata Bhowal, Eckhard Schaefer, 2012, Feb. 21US Pilot Manuscript.
27. Maitai C.K., Njoroge D.K. A comparative study of two antispasmodic products: Buscopan and No-spa // *East Afr Med J.* 1985. Vol. 62.P. 480–485.
28. Samuels L.A. Pharmacotherapy Update: Hyoscine Butyl bromide in the Treatment of Abdominal Spasms, Clinical Medicine // *Therapeutics.* 2009. Vol. 1. P. 647–655.
29. Белоусова Е.А., Никулина Н.В. Место холинолитиков в купировании абдоминальной боли при функциональных расстройствах ЖКТ // *Фарматека.* - 2012. № 7.
30. Cowlshaw P.J., Scott D.M., Barrington M.J. The role of regional anesthesia techniques in the management of acute pain // *Anaesth Intensive Care.* 2012 Jan. Vol. 40 (1).P. 33–45.

**Тұжырым**

**АБДОМИНАЛДЫ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫНЫҢ АЖЫРАТУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ТӘСІЛДЕРІ**

**Г.Г. Батырханова**

**Павлодар қ. Темір жолының ауруханасы**

*Абдоминалды шаншулар болып табып дәрігерлік көмекке емделушілерді үндеудің себебі жіп-жиі. Бірақ симптомдардың мәліметтерін текпен түсініс әртүрлі мамандықтардың дәрігері, аспапты және лабораториялық тексерулерді пайдалану үшін көбінесе. Сондықтан осы бапта абдоминалды синдромның жүйелеуі арналған жұмыс өткізілген және емдеуде негізгі тәсілдемелер қарапшыққан.*

**Негізгі сөздер:** диагностика, шаншу, емдеу.

**Summary**

**THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND APPROACHES TO TREATMENT OF THE ABDOMINAL PAIN SYNDROME**

**G.G. Batyrkhanova**

**Railway Hospital, Pavlodar**

*Abdominal gripes are very frequent reason of the address of patients behind medical care. But often to deal with an origin of these symptoms doctors of different specialties, tool and laboratory inspections are used. Therefore in this article work on systematization of an abdominal syndrome is carried out and the main approaches in treatment are considered.*

**Key words:** diagnostics, colic, treatment.

УДК 614.2 - 616.12 - 008.331

В.В. Лу<sup>1</sup>, Г.К. Каусова<sup>1</sup>, Т.Н. Свитич<sup>2</sup>, Л.К. Каражанова<sup>3</sup><sup>1</sup>Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы;<sup>2</sup>Управление здравоохранения, г. Семей;<sup>3</sup>Государственный медицинский университет города Семей

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ – ОПЫТ 10 ЛЕТ РАБОТЫ

### Аннотация

Проведено сравнительное ретро- и проспективное исследование эффективности обучения больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях Школы здоровья в течение 10 лет ее функционирования (2004-2013 гг.) в г.Семей.

Проанализированы 628 случаев АГ (репрезентативная выборка из числа больных, проходивших обучение в Школе). Исследование распределено на 2 периода: 2004-2006 гг., 2007-2009 гг. и 2010-2013 гг.

Полученные результаты дают основания утверждать, что внедрение программы, используемой в Школе здоровья для больных артериальной гипертензией, ориентированной на обучение и коррекцию поведенческих факторов, информационное воздействие на пациента, может приводить к улучшению результатов лечения у лиц не только с мягкой, но и с умеренной гипертензией.

В динамике за период исследования отмечалась тенденция к повышению результативности проведения занятий в ШАГ, что может быть связано с совершенствованием методик и накоплением опыта данного вида деятельности.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, Школа здоровья.

Артериальная гипертензия является важнейшей неинфекционной пандемией XX века, которая, продолжается и в XXI веке и представляет собой одну из ведущих проблем современного здравоохранения вследствие высокой значимости медико-социальных последствий – основной причиной инвалидизации и смертности лиц различных возрастных групп [1-3].

Несмотря на понимание важности данной проблемы, наличия большого количества современных антигипертензивных препаратов (АГП), достичь целевых значений АД в условиях реальной практики удается не более чем в 5-31% случаев [4].

Клинические исследования, проведенные зарубежными и отечественными учеными, свидетельствуют о возможности улучшения жизненного прогноза у больных АГ при проведении адекватной терапии, позитивной мотивации и приложении больших усилий со стороны самого больного по преодолению своего недуга; большая роль в профилактике отводится терапевтическим школам обучения больных с АГ - «Школам артериальной гипертензии» [5,6].

**Цель исследования** – определение эффективности деятельности Школы здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в г. Семей за 10-летний период.

### Материалы и методы.

Проведено сравнительное ретро- и проспективное исследование эффективности обучения больных артериальной гипертензией (АГ) в условиях Школы здоровья в течение 10 лет ее функционирования (2004-2013 гг.) в г.Семей.

Проанализированы 628 случаев АГ (репрезентативная выборка из числа больных, проходивших обучение в Школе). Исследование распределено на 2 периода: 2004-2006 гг., 2007-2009 гг. и 2010-2013 гг. Соответственно по периодам сбор и анализ данных осуществлен у 186, 203 и 239 пациентов в возрасте от 30 до 75 лет, в том числе у 330 женщин и 298 мужчин. Средний возраст по группе составил 48,6±1,5 года.

Больные направлялись в Школу здоровья терапевтами и семейными врачами амбулаторий города или врачами стационаров терапевтического профиля. Диагноз артериальной гипертензии устанавливался на осно-

вании критериев ВОЗ-МОАГ, контроль адекватности установления диагноза проводился врачами-сотрудниками Школы.

Программа обучения состояла из 5 занятий продолжительностью 2 часа каждое. Темы занятий: 1. «Что такое гипертензия? Самоконтроль»; 2. «Основы правильного питания»; 3. «Физическая нагрузка»; 4. «Гипотензивная терапия. Кризы»; 5. «Соль. Алкоголь. Мониторинг».

К обучению привлекались врачи общетерапевтического профиля, прошедшие специальную подготовку.

Повторные обследования проводились через 6 месяцев после прохождения обучающей программы.

Анкетирование проводилось в течение всего периода исследования путем применения специально разработанной на момент создания Школы анкеты. Исследования уровня АД осуществлялись согласно стандартам клинического обследования (тонометрия по Короткову) и (в ряде случаев, указанных в соответствующих разделах публикации) путем суточного мониторирования.

Статистический анализ результатов исследования проведен с использованием параметрических и непараметрических методов, соответствующих задачам анализа. Подготовка данных проводилась путем внесения в таблицы MS Excel. Конвертированные базы данных подвергались анализу в программе SPSS.

### Результаты исследования:

Анализ эффективности обучающей программы для больных артериальной гипертензией проводился по следующим направлениям:

- оценка знаний больного о своем заболевании, факторах риска и путях профилактики;
- определение отношения пациента к лечению и вторичной профилактике;
- определение наличия и динамики факторов риска
- определение наличия и динамики клинических проявлений АГ (мониторирование АД);
- определение частоты осложнений АГ и связанных с данной патологией госпитализаций в течение 1 года.

Сравнительная характеристика результатов анкетного скрининга за период исследования представлена в таблице 1.

Таблица 1.

**Динамика результатов анкетного скрининга в результате проведения обучения в Школе здоровья для больных АГ.**

Группа вопросов	Периоды исследования					
	2004-2006 гг., n=186		2007-2009 гг., n=203		2010-2013 гг., n=239	
	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ
1. Факторы риска АГ (% правильных ответов)	89,8±2,2	97,8±1,1	88,2±2,3	99,0±0,7	85,3±2,3	99,2±0,6
2. Постоянное следование советам медработников по лечению и вторичной профилактике (%)	40,9±3,6	86,6±2,5*	41,9±3,5	88,7±2,2*	39,5±3,2	80,7±2,6*
3. Наличие помех в следовании советам медработников по лечению и вторичной профилактике (%)	75,3±3,2	17,2±2,8*	78,8±2,9	15,3±2,5*	72,3±2,9	14,3±2,3*
4. Обсуждение с врачом результатов диагностических обследований (%)	59,7±3,6	88,2±2,4*	57,6±3,5	90,6±2,0*	52,9±3,2	90,3±1,9*
5. Регулярный прием антигипертензивных препаратов (%)	46,2±3,7	81,2±2,9*	45,3±3,5	86,2±2,4*	35,3±3,1	81,9±2,5*
6. Адекватные представления о диспансеризации (%)	79,6±3,0	97,8±1,1*	73,4±3,1	98,5±0,8*	66,0±3,1	96,2±1,2*
<i>Примечание</i> - * - различия между показателями до и после занятий в ШАГ статистически значимы, p<0,05						

Во все три периода исследования отмечалось значительное повышение уровня знаний обследованных больных в отношении факторов риска и лечения АГ. Заметно, что наиболее выраженное превышение имело место в отношении к приверженности к лечению, взаимодействия с лечащим врачом. В то же время, за последние годы несколько снизились относительно достигнутого в 2007-2009 гг. уровни показатели регулярности применения антигипертензивных

препаратов. Данный результат на фоне улучшения базисного уровня знаний о причинах АГ представляется в большей мере связанным с экономическими факторами.

Данные, характеризующие наличие у обследованных больных основных регулируемых факторов риска артериальной гипертензии и их динамику в результате проведения обучающей программы (через 1 год), представлены в таблице 2.

Таблица 2.

**Динамика регулируемых факторов риска артериальной гипертензии в результате проведения обучающей программы (%).**

Факторы риска	Периоды исследования					
	2004-2006 гг., n=186		2007-2009 гг., n=203		2010-2013 гг., n=239	
	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ
Курение	43,5±3,6	40,3±3,6	45,8±3,5	39,4±3,4	52,9±3,2	37,0±3,1*
Ожирение I ст.	44,6±3,6	35,5±3,5	46,8±3,5	29,6±3,2*	38,2±3,2	22,7±2,7*
Ожирение II ст.	6,5±1,8	4,3±1,5	7,4±1,8	5,4±1,6	8,0±1,8	6,3±1,6
Гиперхолестеринемия	53,8±3,7	43,5±3,6	56,2±3,5	44,3±3,5	58,4±3,2	41,2±3,2*
Гиподинамия	75,8±3,1	45,7±3,7*	76,8±3,0	45,3±3,5*	71,4±2,9	42,4±3,2*
<i>Примечание</i> - * - различия между показателями до и после занятий в ШАГ статистически значимы, p<0,05						

Частота регулируемых факторов риска у обследованных до проведения обучающей программы была весьма значительной. Более половины всех больных имели 2-3 и более факторов риска, имелась тенденция по времени к нарастанию частоты курения, ожирения II ст., гиподинамии.

В результате проведения обучающей программы было достигнуто снижение частоты факторов риска. В

частности, статистическая значимость различий прослеживалась по частоте курения (в 3 периоде исследования), ожирения (во 2 и 3 периодах), гиперхолестеринемии (в 3 периоде) и особенно гиподинамии (во всех периодах исследования).

В таблицах 3 и 4 представлена динамика среднего уровня АД по группе обследованных и частота достижения целевого АД за период исследования.

Таблица 3.

**Показатели АД у больных артериальной гипертензией и их динамика в результате проведения обучающей программы.**

Средний уровень АД	2004-2006 гг., n=186		2007-2009 гг., n=203		2010-2013 гг., n=239	
	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ
Систолическое (САД)	159	141	162	139	160	133
Диастолическое (ДАД)	98	87	100	88	98	85
Среднее гемодинамическое	125	107	128	106	125	102
<i>Примечание</i> - * - различия между показателями до и после занятий в ШАГ статистически значимы, p<0,05						

Видно, что после проведения обучающей программы было достигнуто статистически значимое снижение

АД у больных, прошедших обучение, по сравнению с контрольной группой.

Таблица 4.

**Частота достижения целевого АД (%).**

Средний уровень АД	2004-2006 гг., n=186		2007-2009 гг., n=203		2010-2013 гг., n=239	
	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ	после занятий в ШАГ	до занятий в ШАГ
САД	10,8	41,4*	11,3	44,3*	12,6	50,6*
ДАД	12,9	45,7*	11,3	46,8*	12,1	51,9*

*Примечание* - \* - различия между показателями до и после занятий в ШАГ статистически значимы, p<0,05

Частота достижения целевого уровня АД (<140/90 мм рт.ст.) исходно была очень невысокой (11-12%). В контрольной группе на всем протяжении наблюдения он практически не менялся. После проведения обучающей программы и коррекции лечения данный показатель значительно улучшался. Повторное исследование было проведено в срок 6 месяцев после проведения обучения в ШАГ. В первом периоде исследования различия по частоте между исходом и повторным анализом составили 3,9-3,5 раза и в третьем 4,0-4,3 раза. Заметна позитивная тенденция данного показателя на протяжении всего периода исследования.

**Обсуждение полученных результатов.**

Таким образом, полученные результаты дают основания утверждать, что внедрение программы, используемой в Школе здоровья для больных артериальной гипертензией, ориентированной на обучение и коррекцию поведенческих факторов, информационное воздействие на пациента, может приводить к улучшению результатов лечения у лиц не только с мягкой, но и с умеренной гипертензией. Проведенный анализ позволяет говорить, что у больных данной категории, регулярно выполняющих рекомендации в рамках обучающей программы, чаще наступает стабилизация заболевания.

В динамике за период исследования отмечалась тенденция к повышению результативности проведения занятий в ШАГ, что может быть связано с совершенствованием методик и накоплением опыта данного вида деятельности. Однако, существенную роль в повыше-

нии наиболее значимого результата – частоты достижения целевого АД – могло играть улучшение эффективности применяемых медикаментозных препаратов. Тем не менее, сам переход больных на современные высокоэффективные средства лечения является достижением, связанным с деятельностью ШАГ.

**Литература:**

1. Чазова И.Е. Артериальная гипертензия. Стандарты сегодняшнего дня и нерешенные проблемы // Сердце. 2002.
2. Staessen J.A. Blood pressure reduction and cardiovascular prevention: An update including the 2003-2004 secondary prevention trials // Hypertens Res. - 2005. - Vol.28. - P.385-407.
3. Бубнова М.Г., Оганов Р.Г. Лечение пациентов с артериальной гипертензией и дополнительными факторами риска в клинической практике, программа наблюдения «ПРОГНОЗ» // Терапевтический архив. - 2009. - Т.81, №9. - С.1-4.
4. Erdine S. How well hypertension controlled in European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Update on Hypertension Management. - 2007. Vol.8. №3. - P.1-2.
5. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Роль образовательных программ в профилактике хронических заболеваний // Военно-медицинский журнал. — 2006. № 3. - С. 34-38.
6. Калинина А.М. Обучение пациентов как фактор эффективного контроля артериальной гипертензии — программа НОКТИОРН // Кардиоваск. тер. профил. - 2006. - Т.5, №3. - С.5-14.

**Тұжырым**

**АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕР ҮШІН ДЕНСАУЛЫҚ МЕКТЕБІНІҢ БІЛІМ БЕРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ – 10 ЖЫЛДЫҚ ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ**

**В.В. Ли, Г.К. Каусова, Т.Н. Свитич, Л.К. Каражанова**

**Жалпы денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы;**

**Денсаулық сақтау басқармасы, Семей қаласы;**

**Семей қаласы мемлекеттік медицина университеті**

Артериялық гипертензиямен (АГ) ауыратын науқастарға Семей қаласындағы Денсаулық мектебінің 10 жылдық (2004-2013 жж.) қызметіне оқудың тиімділігіне байланысты ретро - және проспективті салыстырмалы зерттеу жүргізілді.

АГ-мен ауыратын 628 науқастың жағдайлары талданды (АГ мектебіндегі науқастарға жүргізілген оқу нәтижесінде олардан репрезентативті іріктеу арқылы). Зерттеу 3 кезеңге бөлінді: 2004-2006 жж., 2007-2009 жж. және 2010-2013 жж.

Алынған мәліметтер Семей қаласындағы Денсаулық мектебінің бағдарламасын АГ-мен ауыратын науқастарға енгізу, оларға бағыттық оқу, тәртіптік факторлар коррекциясы және пациентке ақпараттық әсер етуі емдеу нәтижелерінің жақсаруына, оның ішінде шамалы гипертензиясы бар науқастарға да оң нәтиже береді.

Зерттеу кезеңдеріндегі жүргізілген оқулардың тиімділігі жоғарылап оң динамика анықталуы, осы АГ мектебі қызметінің әдістемелілігін жетілдірумен және тәжірибенің жинақталуымен байланыстылығын көрсетеді.

**Негізгі сөздер:** артериялық гипертензия, денсаулық мектебі.

**Summary****RESULTS OF EDUCATIONAL ACTIVITY OF SCHOOL OF HEALTH FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION – EXPERIENCE OF 10 YEARS OF WORK****V.V. Li, G.K. Kausova, T.N. Svitich, L.K. Karazhanova***The higher school of public health care, Almaty;**Department of health care, Semey town;***Semey State Medical University**

Comparative retro- and prospective research of learning efficiency of patients with the arterial hypertension (AH) in the conditions of Health School within 10 years of its functioning (2004-2013) is carried out.

628 cases of AH (representative group of the patients number who were trained at School) are analysed. Research is divided for 2 periods: 2004-2006, 2007-2009 and 2010-2013.

The received results give the grounds to claim that introduction of the program used at School of health for patients with arterial hypertension, focused on training and correction of behavioural factors, information impact on the patient, can lead to improvement of results of treatment at persons not only with soft, but also with moderate hypertension.

In dynamics during research the tendency to increase of productivity of carrying out occupations in the AHS that can be connected with improvement of techniques and accumulation of experience of this kind of activity was noted.

**Key words:** arterial hypertension, the Health School.

**УДК 614.2 - 616.2 - 008.33****В.В. Ли****Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы****КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЕГО ДИНАМИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ****Аннотация**

Цель исследования - оценка зависимости качества жизни больных артериальной гипертонией от степени повышения АД и оценка влияния занятий в Школе здоровья для больных артериальной гипертонией на качество жизни.

Проведено исследование эффективности обучения больных артериальной гипертонией (АГ) в условиях Школы здоровья в течение 10 лет ее функционирования (2004-2013 гг.) в г. Семей в отношении качества жизни больных.

Выявлено, что у больных артериальной гипертонией развивается снижение уровня качества жизни согласно данным опросника SF-36. Степень снижения качества жизни больных артериальной гипертонией четко связана со степенью повышения АД. Проведение образовательной программы для больных АГ в рамках Школы здоровья позволяет значительно повысить показатели качества жизни, по крайней мере, на срок до 6 месяцев после ее завершения.

**Ключевые слова:** артериальная гипертония, Школа здоровья, качество жизни.

Показатель качества жизни относится в настоящее время к числу наиболее важных в медицинской науке и практике развитых систем здравоохранения [1,2]. Практически все крупные медицинские исследования, проводимые в экономически развитых странах, используют показатели качества жизни как интегрированные, позволяющие оценить ключевой результат лечения – его воздействие на больного, как личность и члена общества [3].

Особая роль качества жизни у больных артериальной гипертонией подчеркивается тем фактом, что в большинстве случаев они не сопровождаются высокой летальностью и развитием стойкой инвалидности, однако значительно снижают трудоспособность и общее физическое и психическое состояние больных [4,5].

Цель исследования - оценка зависимости качества жизни больных артериальной гипертонией от степени повышения АД и оценка влияния занятий в Школе здоровья для больных артериальной гипертонией на качество жизни.

**Материалы и методы исследования**

Проведено сравнительное исследование эффективности обучения больных артериальной гипертонией (АГ) в условиях Школы здоровья в течение 10 лет ее функционирования (2004-2013 гг.) в г. Семей.

Проанализированы 628 случаев АГ (репрезентативная выборка из числа больных, проходивших обучение в Школе). Исследование распределено на 2 периода: 2004-2006 гг., 2007-2009 гг. и 2010-2013 гг. Соответственно по периодам сбор и анализ данных осуществлен у 186, 203 и 239 пациентов в возрасте от 30 до 75 лет, в том числе у 330 женщин и 298 мужчин. Средний возраст по группе составил  $48,6 \pm 1,5$  года.

Больные направлялись в Школу здоровья терапевтами и семейными врачами амбулаторий города или врачами стационаров терапевтического профиля. Диагноз артериальной гипертонии устанавливался на основании критериев ВОЗ-МОАГ, контроль адекватности установления диагноза проводился врачами-сотрудниками Школы.

Программа обучения состояла из 5 занятий продолжительностью 2 часа каждое. Темы занятий:

1. «Что такое гипертония? Самоконтроль»;

2. «Основы правильного питания»;
3. «Физическая нагрузка»;
4. «Гипотензивная терапия. Кризы»;
5. «Соль. Алкоголь. Мониторинг».

К обучению привлекались врачи общетерапевтического профиля, прошедшие специальную подготовку.

Первичное исследование качества жизни было проведено у всех больных, повторное – в динамике, через 3 месяца после первичного.

Исследование КЖ проводилось с использованием общего «Опросника качества жизни» SF-36 [6].

В качестве контрольной группы обследованы 60 практически здоровых лиц, без эпизодов повышения АД и других заболеваний сердечно-сосудистой системы в анамнезе, репрезентативных основной группе по возрастно-половому составу.

**Результаты исследования и их обсуждение**

В исходном периоде исследования была проведена сравнительная оценка показателей качества жизни у обследованных пациентов в зависимости от нозологии, степени АГ.

Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Показатели качества жизни у больных АГ в зависимости от степени повышения АД (по данным опросника SF-36).**

Критерии	Контроль, здоровые лица, n=60	Больные АГ 1 степени, n=64	Больные АГ 2 степени, n=91	Больные АГ 3 степени, n=28
ФА	87,1±2,8	64,5±3,7**	47,2±2,5***#	35,8±2,2***##^
РФ	74,6±2,6	47,9±2,4***	25,2±1,9***##	17,0±1,5***##^
ТБ	75,2±3,1	36,5±2,1***	25,8±1,3***#	19,6±1,4***##^
ОЗ	82,0±2,9	54,6±3,2***	45,8±3,3***	25,1±1,8***##^
ЖС	68,4±2,4	61,3±2,6*	40,8±2,0***##	27,5±2,0***##^
СА	82,5±3,5	75,2±5,0	55,0±3,2***#	36,9±2,6***##^
РЭ	69,7±3,3	41,6±3,0***	33,2±1,8***#	28,8±1,4***#
ПЗ	73,5±3,2	57,4±2,8*	43,3±2,6***#	24,4±1,2***##^
СС	61,3±3,0	62,8±3,1	67,2±3,4	55,9±2,6^

*Примечания*

ФА – физическая активность, РФ – роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, ТБ – телесная боль, ОЗ – общее восприятие здоровья, ЖС – жизнеспособность, СА – социальная активность, РЭ – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, ПЗ – психическое здоровье, СС – сравнение самочувствия с предыдущим годом.

\* - различия с показателем контрольной группы статистически значимы, p<0,05, \*\* - p<0,01.

# - различия с показателем АГ 1 степени статистически значимы, p<0,05, ## - p<0,01, ### - p<0,001

^ - различия с показателем АГ 2 степени статистически значимы, p<0,05, ^^ - p<0,01, ^^ - p<0,001.

Применение опросника SF-36 у больных АГ позволило выявить значительные различия между подгруппами в зависимости от степени повышения АД. Если в подгруппе с 1 степенью наличие заболевания оказывало лишь минимальные изменения параметров СА, ЖС и ПЗ, то при 3 степени все показатели качества жизни, кроме СС, были значимо сниженными.

Кроме того, значимые различия (p<0,01) при сравнении с подгруппой больных с 1 степенью АГ при 2 степени были выявлены по шкалам РФ и ЖС. У больных с 3 степенью повышения АД те же различия отмечались по всем шкалам, кроме РЭ и СС (p<0,001).

Более того, значимые различия при сравнении подгрупп больных со 2 и 3 степенью повышения АД были выявлены по всем критериям, кроме РЭ.

Таким образом, использование опросника SF-36 в анализе показателей качества жизни больных АГ (в том числе в зависимости от степени повышения АД) позволило дополнительно конкретизировать значимость некоторых показателей состояния больных в формировании качества жизни больных.

Дальнейший анализ динамики показателей качества жизни был проведен на материале обследования больных АГ 2 степени в динамике лечения (таблица 2).

Таблица 2.

**Динамика показателей качества жизни у больных АГ 2 степени после проведения обучения в ШАГ (по данным опросника SF-36).**

Критерии	Контроль, n=60	Больные АГ 2 степени, n=91		
		исходно	после обучения в ШАГ, 3 мес.	после обучения в ШАГ, 6 мес.
ФА	87,1±2,8	47,2±2,5***	62,8±3,4***#	58,7±2,6***#
РФ	74,6±2,6	25,2±1,9***	41,4±3,2***##	37,5±2,3***#
ТБ	75,2±3,1	25,8±1,3***	39,1±2,1***##	36,2±1,8***##
ОЗ	82,0±2,9	45,8±3,3***	57,0±4,2***#	56,4±2,9***#
ЖС	68,4±2,4	40,8±2,0***	53,2±2,7*#	53,8±2,3*#
СА	82,5±3,5	55,0±3,2**	61,4±3,7*	62,0±3,2*
РЭ	69,7±3,3	33,2±1,8***	42,7±2,4***#	45,7±2,2***#
ПЗ	73,5±3,2	43,3±2,6***	48,1±3,0**	49,4±2,6*
СС	61,3±3,0	67,2±3,4	68,4±3,6	66,1±3,4

*Примечания*

\* - различия с показателем контрольной группы статистически значимы, p<0,05, \*\* - p<0,01.

# - различия с исходным показателем статистически значимы, p<0,05, ## - p<0,01, ### - p<0,001

Проведение образовательной программы у больных АГ 2 степени обеспечивало значительный эффект. Он заключался в статистически значимом росте средних значений 6 из 9 показателей, характеризующих качество жизни (ФА, РФ, ТБ, ОЗ, ЖС, РЭ) через 3 месяца после осуществления образовательной программы. При этом данные показатели оставались значимо ниже, чем в контрольной группе здоровых лиц.

Лишь минимальная динамика была зарегистрирована при анализе показателей СА, ПЗ и СС, значения первых двух из них сохраняли значимые различия с контрольной группой.

Через 6 месяцев отмечалась умеренная и статистически незначимая динамика к снижению достигнутого уровня показателей качества жизни по шкалам ФА, РФ и СС, но тенденция к росту – по ЖС, СА и особенно РЭ.

Таким образом, проведенное исследование показателей качества жизни больных артериальной гипертензией, в том числе после проведения образовательной программы в ШАГ позволило определить

1. У больных артериальной гипертензией выявляется снижение уровня качества жизни согласно данным опросника SF-36.

2. Степень снижения качества жизни больных артериальной гипертензией четко связана со степенью повышения АД.

3. Проведение образовательной программы для больных АГ в рамках Школы здоровья позволяет значимо повысить показатели качества жизни, по крайней мере, на срок до 6 месяцев после ее завершения.

#### **Литература:**

1. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика: внутренние болезни – интернология. Практическое руководство. – 2001. – 494 с.

2. Померанцев В.П. Диагноз, лечение и качество жизни // Клиническая медицина. – 1989. – №9. – С. 3-8.

3. Парохонский А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертензией // Фундаментальные исследования. – 2006. – №12. – С. 33-35.

4. Месникова И.Л., Хурса Р.В., Романенко З.В. Качество жизни больных артериальной гипертензией на амбулаторном этапе реабилитации // Бел. мед. журн. – 2007. – №1. – С. 97-100.

5. Остроумова О.Д., Мамаев В.И. Влияние гипотензивной терапии на качество жизни // Кардиология. – 2003. – №3. – С. 99-102.

6. Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. The RAND-36 Item Health Survey questionnaire (Version 1.0) // Health Economics – 1993. – Vol.2. – P. 217-227.

#### **Тұжырым**

### **АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САПАСЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ДИНАМИКАСЫ**

**В.В. Ли**

**Жалпы денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы**

*Зерттеу мақсаты – артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардың АҚ жоғарылау дәрежесіне байланысты өмір сапасын бағалау және артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардың Денсаулық мектебіндегі жаттығулардың әсеріне байланысты өмір сапасын бағалау.*

*Артериялық гипертензиямен (АГ) ауыратын науқастарға Семей қаласындағы Денсаулық мектебінің 10 жылдық (2004-2013 жж.) қызметіндегі оқудың тиімділігіне байланысты олардың өмір сапасына салыстырмалы зерттеу жүргізілді.*

*SF-36 сауалнамасының мәліметтеріне сәйкес артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардың өмір сапасы деңгейінің төмендеуі дамитыны анықталды. Артериялық гипертензиямен ауыратын науқастардың өмір сапасы деңгейінің төмендеу дәрежесі олардың АҚ дәрежесінің жоғарылауымен тығыз байланысты. АГ ауыратын науқастарға Денсаулық мектебі аясында білім беру бағдарламасын жүргізу олардың өмір сапасы көрсеткіштерін жоғарылатуға мүмкіндік береді, кем дегенде бағдарлама аяқталғаннан кейінгі 6 ай мерзімде.*

**Негізгі сөздер:** артериялық гипертензия, денсаулық мектебі, өмір сапасы.

#### **Summary**

### **QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH THE ARTERIAL HYPERTENSION AND ITS DYNAMICS WHEN CARRYING OUT THE EDUCATIONAL PROGRAM**

**V.V. Li**

**The higher school of public health care, Almaty**

*Research objective was an assessment of dependence of quality of life of patients with an arterial hypertension from extent of increase the arterial blood pressure and an assessment of influence of occupations at Health School for patients with an arterial hypertension (AH) on quality of life.*

*Research of learning efficiency of patients by the AH in the conditions of Health School within 10 years of its functioning (2004-2013) in is conducted concerning quality of life of patients.*

*It is revealed that at patients with an arterial hypertension decrease in a level of quality of life according to SF-36 given a questionnaire develops. Extent of decrease in quality of life of patients is accurately connected by an arterial hypertension with extent of increase the ABP. Carrying out an educational program for sick AH within School of health allows to raise significantly indicators of quality of life, at least, for a period of up to 6 months.*

**Key words:** arterial hypertension, the Health School, quality of life.

УДК 614.2 - 618.4

М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Ю.М. Семенова, Г.К. Манабаева

Государственный медицинский университет города Семей

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ**

**Аннотация**

В статье представлено ретроспективное изучение течения и исход родового акта для матери и плода при партнерских родах. Для исследования набиралась отдельная группа первородящих и первобеременных женщин. У 266 женщин роды были проведены без участия партнера (группа сравнения), а у 268 пациенток роды были проведены с участием партнёра.

**Ключевые слова:** партнерские роды, эффективные технологий, исходы родов.

Одна из наиболее эффективных технологий в родах - постоянная поддержка «одна женщина - одна акушерка». Её роль заключается не только в регистрации всех важных клинических симптомов, но и в физиологической и эмоциональной поддержке женщины во время родов. По результатам исследования, ярко выраженное положительное влияние на прогресс родов, их исход, адаптацию матери в послеродовом периоде, отношения между матерью и ребенком и грудное вскармливание, а также на адаптацию супругов к родительской роли оказывает поддержка роженицы партнером [1]. По данным ВОЗ одним из важных условий благополучного протекания родов является поддержка роженицы со стороны родного и близкого человека (мужа, мамы), который может присутствовать во время родов, проводить приемы, направленные на уменьшение чувства боли, эмоционально поддерживать роженицу.

Семейно-ориентированные (партнерские) роды – практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности [2]. В Республике Казахстан возросло количество партнерских родов в 2008 году - 26%, а в 2011 году - 81% [3].

С учетом сказанного, на сегодняшний день является актуальным разработка и внедрение в практическое

здравоохранение высокоэффективных средств мониторинга эффективности новых перинатальных технологий, что позволит повысить качество оказания медицинских услуг населению.

**Целью** проведенного нами исследования явилась оценка результатов внедрений семейно-ориентированных технологий в городе Семей Восточно-Казахстанской области.

**Задачей исследования** явилось изучение исходов по партнерским родам.

**Материалы и методы исследования:** ретроспективное выборочное изучение историй родов при помощи карты для выкопировки данных. Были сформированы 2 группы. Для исследования набиралась отдельная группа первородящих и первобеременных женщин. У 268 женщин роды были проведены без участия партнера (группа сравнения), а у 266 пациенток роды были проведены с участием партнёра.

Средний возраст рожениц в группе с партнером 23 (ДИ:19,24-26,76) лет и 26,2лет (ДИ:21,63-30,77) средний возраст супруга. В контрольной группе средний возраст рожениц 23,8 (ДИ:19,16-28,44) и средний возраст супруга 27 (ДИ:22,08-31,92) лет.

Образование в сравниваемых группах представлена в таблице 1. Необходимо отметить (таблица 1), что партнерские роды чаще выбирали женщины с более высоким уровнем образования и социальным статусом с неотягощенным акушерским анамнезом.

Таблица 1.

**Образование рожениц.**

Образование	Высшее	Средне-специальное	Среднее	Незаконченное высшее
Группа с партнером	47,1% (n=126)	31,8% (n=85)	14,6% (n=39)	6,5% (n=18)
Группа без партнера	27,9% (n=74)	44,3% (n=118)	19,7% (n=53)	8,2% (n=21)

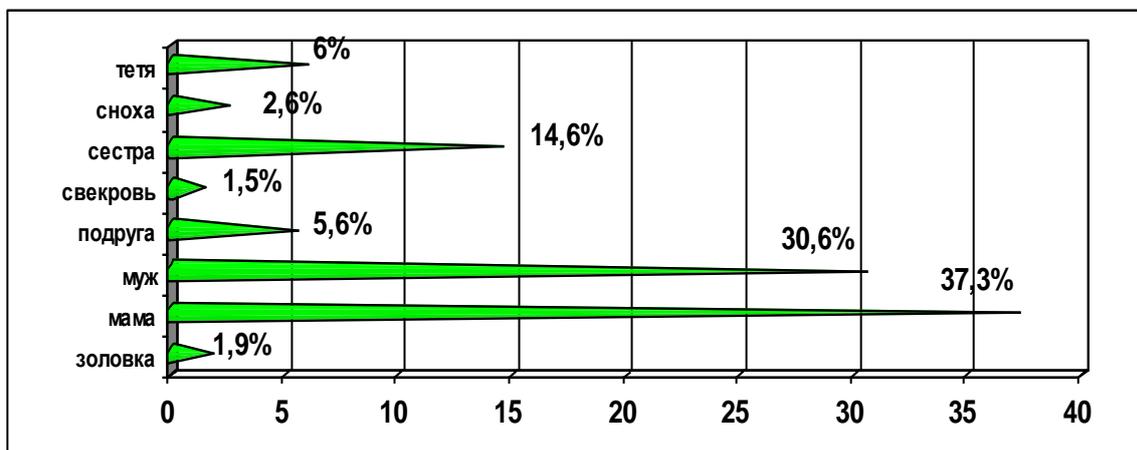


Рисунок 1. Выбор партнера роженицей.

Супруги со средним образованием (3,6%) неохотно соглашались на партнерские роды, партнерские роды имели место быть у супругов с высшим образованием (47,6%).

Выбор партнера роженицами распределился таким образом: мама (37,3%), муж (30,6%), другие (32,1%). (рис.1.)

Уровень кровопотери составил от 100 до 500 мл и статистически значимо не отличался в изученных подгруппах у женщин.

Роды вместе с партнером протекали более длительно, что подтверждают и данные корреляционного анализа ( $G=0,42$ ,  $p<0,0001$ ): продолжительность родов увеличилась на 15% ( $p<0,00001$ .) группе с партнерскими родами. На 16 % ( $p<0,00001$ ) в группе с партнером уменьшилось число случаев быстрых и стремительных родов.

Средний рост и вес новорожденных не отличались в исследованных группах (95% доверительные границы от 2912 до 3689, 4 гр). Состояние новорожденных по Апгар представлены на рисунке 2.



Рисунок 2. Новорожденный с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов

По данному рисунку видно, что в группе без партнера новорожденные с легкой степенью асфиксии меньше, чем в группе с партнером 2,56%.

Одним из важных моментов исхода родов являются осложнения со стороны матери - травмы мягких тканей родовых путей. По нашим данным при родах с партнером имело место больше разрывов промежности на 3,6% и разрывов влагалища на 5,9%. RR при разрыве влагалища = 2,4 при разрыве промежности RR=2. Это означает, что присутствие партнера влияет на увеличение травм.

При анализе данных по травматизму в аспекте влияния партнера на осложнения со стороны матери, установлено на (рис.2. и 3.), что такие виды травм как разрывы промежности (54,5%) и влагалища (45,3%) чаще встречались при партнере «мама».

В то же время, по ВОЗ и источников из России при партнерские роды способствуют снижению показателей материнского травматизма [2,3]. Исследования, проведенные нами в 2009 году по партнерским родам показывают, что травмы со стороны матери в основной группе в 4 раза меньше, чем в контрольной. Поскольку в 2009 году в городе Семей проводилась подготовка партнеров в роды эти показатели ниже, так как был постоянный мониторинг со стороны ЮНИСЕФ и МЗ РК. По данным исследования 2011 года мы можем предположить, что были не подготовлены должным образом к оказанию ухода в родах на должном уровне, так как в г. Семей отсутствуют самостоятельно функционирующие школы матерей, в которой беременные женщины и их партнеры должны пройти соответствующую подготовку. В наших родильных стационарах на сегодняшний день партнеры выступают в большей степени наблюдателями за ведением родов.

**Выводы:** в родах с партнером больше разрывов промежности на 3,6 %, увеличено количество разрывов слизистой влагалища на 5,9%. Исследования, проведенные нами, в 2009 году по партнерским родам показывают, что травмы со стороны матери в родах с партнером в 4 раза меньше, чем без партнера. Данные по продолжительности и материнскому травматизму не совпадают с данными ВОЗ и литературных данных, поэтому необходимо проведение дополнительных исследований.

#### Литература:

1. Improving the Reliability of Health Care. IHI Innovation Series white paper. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2004. Online information retrieved 14 September 2005.

2. Гребенюк О.А. Возможности неагрессивных технологий в акушерском стационаре высокого риска / О.А. Гребенюк, Е.Б. Рудакова, В.В. Ралко // Актуальные вопросы сохранения репродуктивного здоровья женщины: материалы конференции, посвященной 50-летию кафедры акушерства и гинекологии №1 Алтайского ГМУ. – Белокуриха, 2008. – С. 40-43.

3. Деларю А.В. Партнерские роды как медико-социальный феномен // Автореф. диссертации – 2007.

#### Тұжырым

### СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАНҰЯ - БАҒЫТТЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЕҢГІЗІЛУІНІҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлубаева, Ю.М. Семенова, Г.К. Манабаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада ретроспективті зерттеу арқылы серіктестік босандырудың ана және нәрестеге әсері көрсетілген. Зерттеуге алғаш босанатын және алғаш жүкті болған әйелдер алынды. Барлық зерттелушілердің 266 әйелі серіктессіз босандырылса (салыстыру тобы), 268 әйел серіктестің көмегімен босандырылды.

**Негізгі сөздер:** серіктестік босандыру, тиімді технологиялар, босану нәтижесі.

#### Summary

### ASSESSMENT OF EFFICIENCY IMPLEMENTATION OF FAMILY-ORIENTED TECHNOLOGIES IN SEMEY CITY

M.A. Dauletyarova, G.Zh. Kailubayeva, Y.M. Semenova, G.K. Manabaeva

State Medical University of Semey

The article presents retrospective study of the course and outcome of childbirth for the mother and fetus during labor partnerships. To study recruited separate group of primiparas and primiparous women. Women in 266 childbirth were held without a partner (control group) and 268 patients in childbirth were conducted involving a partner.

**Key words:** childbirth partner, effective technologies, birth outcomes.

ЭОЖ 613.865 - 057.875

А.А. Касымова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,  
Тағамтану және гигиеналық пәндер кафедрасының магистранты

## ӘРТҮРЛІ ОҚЫТУ ҮЛГІЛЕРİNДЕГІ СТУДЕНТТЕРДІҢ ОЙЛАУ ҚАБІЛЕТТІЛІГІ МЕН ОҚУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

### Аннотация

Жоғарғы мектепке жаңа білімдік технологиялар мен әдістерді, кең педагогикалық жаңартпаларды енгізу дегеніміз - бағдарламалардың, дәстүрлі әдістемелердің және оқыту тәртібінің өзгеруімен қатар жаңа техникалық, аудиовизуалдық және басқа да оқыту тәсілдерін қолданылуы. Бұл оқыту және тәрбие жұмысын ұйымдастыруға зор ықпал етеді және оқушылардың денсаулығына әсер ететін жаңа қауіп факторларының пайда болуына әкеп соғуы мүмкін.

**Кілтті сөздер:** студенттердің ойлау қабілеттілігі, оқу бағдарламасы, кредиттік оқу технологиясы, сызықтық оқыту жүйесі.

Европаның және басқа елдердің медициналық жоғарғы оқу орындары мен факультеттері ұзақ талқылау нәтижесінде Болон процессінің жоғарғы медициналық мектептердің дамуына қолайлы және мақсатты деп санайтын бағыттарын анықтады. 2010 жылы Будапештте Қазақстанның Болон декларациясына қосылу туралы нақты шешім қабылданды. Қазақстан – Европаның білім кеңістігінің толық құқылы мүшесі ретінде танылған алғашқы Орта Азия мемлекеті. Бұл - шығару біліктілігін мойындату, академиялық мобильділікті дамыту, кредиттік жүйе мен білім сапасын басқару жүйесін енгізу дегеніміз. Мұның бәрі профессорлық-оқытушылар құрамымен қоса білім алушыларға да қосымша талаптар қояды.

Студент дегеніміз - жүйке-эмоционалды күш салу және әлеуметтік қорғансыздық сияқты факторлардың әсеріне көбіне сезімтал келетін ерекше әлеуметтік топ. Болашақ медицина мамандарын кәсіби қызметке сәтті дайындау дегеніміз олардың психосоциалды мүмкіндіктеріне, тұлғалық қасиеттеріне жоғары талап қою деп білеміз. Оқу үрдісі жүктемелері жеткіншектердің психосоциалды дайындық деңгейіне сай келмейді. Сонымен қатар олардың денсаулық деңгейі, функционалды резервтері есепке алынбайтыны анық [1].

Оқыту үрдісіне жаңа технологиялар мен стандарттарды енгізу қоғамдық денсаулықты қалыптастырудағы бар және жаңа жағымсыз тенденциялардың күшейуіне әкелетіні мәлім [2]. Сонымен қатар жастардың денсаулық жағдайын бағалау бойынша жүргізілген көптеген зерттеулер нәтижесі бойынша студенттердің өмір сапасының төмендеуі, аурушаңдықтың жоғарлауы, физикалық дамуының және жалпы денсаулық жағдайларының нашарлауы байқалады [2,3,4,5,6].

### Мақсаты:

Семей қ. ММУ студенттерінің білім алу жағдайын гигиеналық-физиологиялық бағалау.

### Міндеті

Оқу жылының барысында сызықтық оқыту жүйесімен және кредиттік оқыту технологиясымен оқитын тәлімгерлердің ойлау қабілеттілігіне салыстырмалы сипаттама беру және студенттер ағзасының функционалды жағдайын анықтау.

### Зерттеу әдістері

Берілген ЖОО іске асырылып жатқан оқу бағдарламасының (сызықтық оқыту жүйесі және кредиттік оқыту технологиясы) талдамын жүргіздік. Студенттердің ойлау қабілеттілігінің деңгейін анықтау үшін дозалы корректуалық тапсырмалар әдістемесі (Анфимов кестесі және Лондольт сақиналары бар кесте бойынша) қолданылды. Зерттеу оқу жылының барысында 400 білім алушыға жүргізілді. Дифференциялық қоздырғышқа көрсететін реакцияның сипаты мен жасырын уақытты анықтауға негізделген хронорефлексометрия пайдаланылды. Қан-тамыр жүйесіне оқу жүктемесінің әсерін жүректің соғу жиілігімен, артериалдық қысым көрсеткішімен анықтадық.

### Зерттеу нәтижелері

Сызықтық оқыту жүйесі кезіндегі тұлғаның белгілі бір ынталы және міндетті оқу бағдарламасының талабына немесе оқу нормативтеріне сай білімі мен мүмкіндіктерін күштеу жоғары уәждемені қалыптастырмайтыны белгілі. Сонымен қатар, білім алушылардың өз бетімен пән таңдау мүмкіндіктерінің жоқ болуы жалпы білімдік дайындықты кеңейтіп, толықтыруға және де болашақ медициналық мамандықтың бағытын қалыптастыруға жағдай туғызбайды. Осының бәрі білімнің дифференциациялануына, оқушының ақпаратты қабылдаудың өзіндік тәсіліне, яғни бір жағынан білім алушының қызығушылығы мен мүмкіндіктерінің дамуына, екінші жағынан оның тұлғалық денсаулығын сақтауға кедергі жасайтыны анық.

Заманауи жоғарғы мектепке қойылған талаптарға сай зерттелініп отырған білім мекемесінде сызықтық оқыту жүйесімен қатар біртіндеп кредиттік оқу технологиясына көшу іске асып жатыр. Өзінің теориялық негізінде бұл бағыт заманауи білім концепциясына толық сай келеді. Себебі, тұтынушы деңгейін, тұлғаның қабілеттілігі мен мүмкіндігін есепке алатын оның сипатты ерекшелігі болып оқу вариациялылығы табылады. Бұл студенттің индивидуальді қарқынмен жұмыс істеуіне жағдай тудырумен қол жетімді болып келеді және өз бетімен оқу-танымдық қызметке қажетті уәждемені қалыптастыру сияқты мақсатты көздейді.

Оқу жылы барысындағы ойлау қабілеттілік динамикасының талдамы бойынша ойлау қабілеттілігінің барлық көрсеткіштері кредиттік оқу

технологиясында біртіндеп жоғарылағанын көрсетеді, ал сызықтық оқыту жүйесімен оқитын факультеттер студенттерінің ойлау қабілеттілігінің жылдық

динамикасында олардың ойлау қабілеттілігі оқу жылының соңына қарай төмендеуімен сипатталды. (кесте 1)

Кесте 1.

Әр түрлі оқу түрі кезіндегі студенттердің зейін концентрациясының орташа көрсеткіштері (А и Р), көру ақпаратының көлемі (Q) және оны өңдеу жылдамдығы (S).

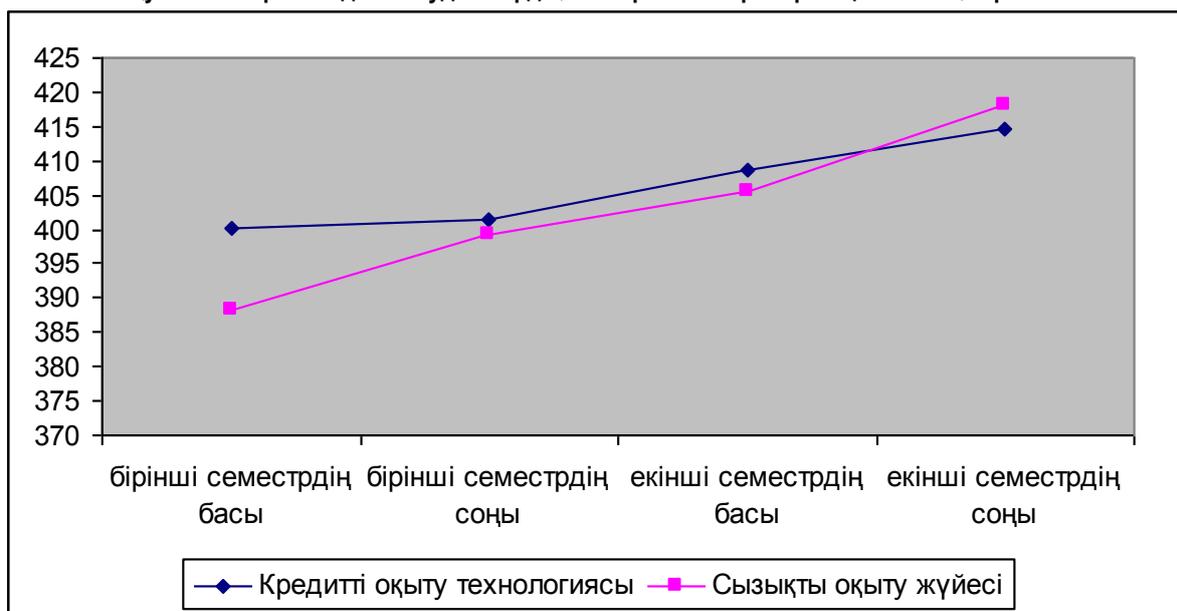
Көрсеткіштер	Семестр	Оқу түрі	
		Кредитті оқыту технологиясы	Сызықтық оқыту жүйесі
Тапсырман орындаудың нақтылық коэффициенті	1 семестр	0,93	0,94
	2 семестр	0,94	0,86
Ойлау өнімділігінің коэффициенті	1 семестр	1212	1218
	2 семестр	1225	1157
Көру ақпаратының көлемі	1 семестр	380	381
	2 семестр	390	175
Ақпаратты өңдеу жылдамдығы	1 семестр	1,67	1,70
	2 семестр	1,73	1,31

Орталық жүйке жүйесінің функционалды күшейту деңгейіне оқу жүктемесінің әсерін көру-моторлы реакцияның және сенсорлы-моторлы реакцияның латентті уақыты бойынша анықтадық. Бір жыл ішіндегі

сенсорлы-моторлы реакцияның латентті уақытындағы бағытының, интенсивті жылжуының талдамы бірбағыттылықты көрсеткенмен, әртүрлі шамамен сипатталды. (кесте 2.)

Кесте 2

Оқу жылы барысындағы студенттердің сенсорлы-моторлы реакциясының көрсеткіші.



Күні бойындағы, апта бойындағы зерттелінген қан-тамыр жүйесінің функционалды жағдайының көрсеткіштерінде айтарлықтай өзгерістер жоқ. Бұл

дегеніміз тәлімгерлердің қан-тамыр жүйесінің жеткілікті компенсаторлық мүмкіндігін дәлелдейді. (кесте 3.)

Кесте 3.

Студенттердің оқу жылы барысындағы гемодинамикалық көрсеткіштері (17—24 жас).

Гемодинамикалық көрсеткіштер	Күннің уақыты	Оқу түрі	
		Кредитті оқыту технологиясы	Сызықтық оқыту жүйесі
Жүректің соғу жиілігі (соққы/с)	Басы	72	71
	Соңы	73	72
Систоликалық қысым	Басы	110	110
	Соңы	110	110
Диастоликалық қысым	Басы	75	80
	Соңы	70	75

Қорыта келгенде, сызықты оқу жүйесінде оқитын білім алушылардың ойлау қабілеттілігінің динамикасы кредиттік технология бойынша оқитын оқушыларға қарағанда жағымсыз сипатқа ие. Жылдың соңына қарай орталық жүйке жүйесінің қажуын барлық оқу түрінде байқадық, бұл қажу үрдісінің әртүрлі деңгейде дамып келе жатқанын аңғартады.

**Әдебиеттер:**

1. Ионова М.Х., Кенчешаов В.С., Койчуева А.С. Влияние адаптивной образовательно-оздоровительной среды на формирование потребности в здоровом образе жизни у молодежи. Научно-теоретический журнал. Научные проблемы гуманитарных исследований. - 2009. №11(1).-С.14-25

2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже ты-

сячелетий. - М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. - 2008. - 216 с.

3. Манюхин А.И., Кретова И.Г., Серебрякова Н.Б., Русанова М.Е. Влияние образовательного процесса на состояние здоровья учащихся. Вестник СамГУ – Естественно-научная серия. - 2007. №8(58) – С.153-160.

4. Аслоньянц А.М., Нефёдова Л.В., Нефёдов П.В. Структура заболеваемости студенток медицинских колледжей. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2009. № 6 - С. 26-27.

5. Блинова Е.Г. Качество и образ жизни студентов. Гастроэнтерология. - 2008. №6(46) - С. 73-75.

6. Онищенко Г.Г. Социально-гигиенические проблемы состояния здоровья детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2001. №5. – С. 7-12.

**Резюме**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УЧЕБНЫХ ПРОГРАММ И РАБОТОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТОВ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ОБУЧЕНИЯ**

**А.А. Касымова**

**Государственный медицинский университет города Семей,  
Магистрант кафедры питания и гигиенических дисциплин**

*Динамика умственной работоспособности учащихся линейной системы обучения имеет менее благоприятный характер по сравнению со сверстниками обучающихся по кредитной технологии. К концу года угнетение функций центральной нервной системы мы наблюдали у студентов при обеих формах обучения, что свидетельствует о развитии процессов утомления разной степени.*

**Ключевые слова:** умственная работоспособность студентов, учебная программа, кредитная технология обучения, линейная система обучения.

**Summary**

**COMPARATIVE HYGIENIC CHARACTERISTICS OF EDUCATIONAL PROGRAMS AND MENTAL CAPACITY IN DIFFERENT FORMS OF TRAINING**

**A.A. Kassymova**

**Semey State Medical University**

**Master of chair of nutrition and hygiene disciplines**

*Dynamics of student's mental capacity of learning linear system has a less favorable character in comparison with their peers enrolling by the credit education technology. There is oppression of the central nervous system of the students in both forms of education. This is suggesting about the development of the fatigue processes of various degrees.*

**Key words:** mental capacity, education program, credit education technology, linear learning system.

УДК 614.876 - 314.14 – 616 – 021 - 004.234

<sup>1</sup> К.Н. Апсаликов, <sup>1</sup> Т.И. Белихина, <sup>2</sup> Л.М. Пивина, <sup>3</sup> Т. Жунусова, <sup>1</sup> Т.Ж. Мулдагалеев, <sup>1</sup> А.В. Липихина<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан;<sup>2</sup> Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан;<sup>3</sup> Институт радиационной защиты, Осло, Норвегия.

## ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ОБЛУЧЕНИЮ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПЫТАНИЙ ЯДЕРНОГО ОРУЖИЯ, НА ОСНОВЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СМЕРТИ

### Аннотация

В статье представлены методы отбора групп исследования, достоверных источников информации, способы верификации случаев смерти и заболеваний, расчета доз облучения для изучения состояния здоровья населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне. Дана информация о Государственном научном автоматизированном медицинском регистре населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию.

**Ключевые слова:** радиация, регистр, источники информации, смертность, заболеваемость.

В течение 40 лет на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне проведено 458 наземных, воздушных и подземных ядерных взрывов, что привело к загрязнению обширных территорий Казахстана и облучению населения территорий, прилегающих к полигону.

В современной радиобиологии проблема малых доз ионизирующих излучений была и остается наиболее сложной, имеющей не только радиобиологическое, но и социально-экономическое значение. В результате антропогенного радиоактивного загрязнения повысился уровень радиационного фона, основным источником которого являются испытания ядерного оружия, а также длительное пребывание в окружающей среде продуктов распада долгоживущих радионуклидов. Одним из примеров многолетнего загрязнения окружающей среды радионуклидами служит бывший Семипалатинский полигон, в результате деятельности которого радиоактивному загрязнению подверглись территории Семипалатинской (54% площади полигона), Павлодарской (39% площади полигона) и Карагандинской (7% площади полигона) областей Республики Казахстан.

В качестве объекта исследования мы рассматриваем население, экспонированное радиацией в период испытаний ядерного оружия, прежде всего в период наземных и воздушных ядерных испытаний (1949-1963 гг.), а также их потомков во II-IV поколениях. Информация о таких лицах собирается из следующих источников:

- Похозяйственные книги, в которых за отдельные периоды времени (3-5 лет) собирается информация обо всех семьях, проживавших на территории конкретного населенного пункта с указанием главы семейства и всех членов семьи, степени родства, выбывших лицах с указанием места выбытия и умерших лицах с указанием даты смерти. Похозяйственные книги заполнялись сотрудниками администрации села (сотрудниками сельсовета) путем подворных обходов и по мере обращения граждан за официальными документами.

Эта информация была собрана при формировании Государственного Научного Автоматизированного Медицинского Регистра населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию (ГНАМР). В похозяйственных книгах доступна информация по истории проживания граждан с 1935 года по настоящее время. На каждого члена регистра оформлялась регистрационная карта.

- Кроме похозяйственных книг, в качестве уточняющей информации использовали данные городского

и сельских архивов ЗАГСа. Эта информация основывалась на официальных документах и отличалась более высокой точностью. В ЗАГСе имеются следующие документы:

- свидетельства о рождении, в которых указана точная фамилия, имя и отчество, дата рождения, место рождения, каким по счету является ребенок, родился ли он живым, данные о браке родителей с указанием номера свидетельства о браке, их профессии, номера паспортов родителей;

- свидетельства о смерти, в которых указывались фамилия, имя, отчество, дата и место рождения, профессия, дата и место смерти, возраст на момент смерти, непосредственная и основная причины смерти, сопутствующая причина смерти, профессия, место постоянного проживания, фамилия лица, сообщившего о смерти.

- брачные свидетельства, содержащие информацию о дате брака, девичьей фамилии жены, месте рождения, дате рождения и месте постоянного проживания лиц, вступающих в брак, паспортных данных, профессии.

Кроме этих официальных документов для уточнения информации и восполнения утерянных данных использовались данные, полученные путем интервьюирования ныне живущих граждан в селах при подворных обходах с обязательным изучением документов, подтверждающих факт проживания на данной территории и других загрязненных радиоактивными продуктами территориях (паспорт, свидетельство о рождении самого лица и его детей, свидетельства о смерти членов семьи, документов, дающих право на компенсационные выплаты – так называемое «полигонное удостоверение»); интервьюирование жителей села, лучше других в силу своих профессиональных обязанностей знавших население изучаемого села (так называемых «старожилов»), проживающих в нем безвыездно в период проведения ядерных испытаний и по настоящее время. Как правило, такими «старожилами» служили бывшие и настоящие сотрудники сельсоветов, учителя, врачи, работники налоговых органов. Кроме того, использовались списки избирателей, принимавших участие в голосовании во время выборов Президента Республики Казахстан в 1998 и 2005 гг.; журналы регистрации прибывших и убывших лиц в конкретном населенном пункте для получения информации о движении населения; данные ежегодной переписи населения.

Полученная таким образом информация из регистрационной карты заносилась в базу данных ГНАМР, которая содержит паспортные данные, радиационный маршрут, включающий период и места проживания на радиоактивно загрязненных территориях, жизненный статус, причину смерти, если человек умер, образование, профессию, наличие и номера официальных документов, состав семьи. Каждому лицу, включенному в базу данных регистра, присвоен уникальный номер, который позволяет получить доступ ко всей информации, имеющейся на данное лицо, в файлах демографических, медицинских и дозиметрических данных.

При идентификации случаев смерти использовались три источника информации:

- Протокол вскрытия (патолого-анатомический или судебно-медицинский). Нужно отметить, что во время существования СССР процент аутопсий был весьма высоким и достигал 90 %. Начиная с 1992 года процент аутопсий неуклонно снижался, что могло несколько снизить достоверность информации о причинах смерти.

- Врачебное свидетельство о смерти, заполненное врачом на основании информации из его амбулаторной карты, если больной состоял на диспансерном учете, или карты стационарного больного (в этом случае обязательно присутствовал протокол вскрытия).

- Свидетельство о смерти, выдаваемое ЗАГСом на основании врачебного свидетельства о смерти. Из ЗАГСа врачебное свидетельство о смерти направляется в областное статистическое управление, а его копии – актовые записи о смерти, хранятся в районном и областном архивах ЗАГСа.

Данные по миграции и случаям смерти были отслежены с как минимум двухлетним интервалом, что позволяло отслеживать жизненный статус и регистрировать эмиграцию. Причины смерти были закодированы согласно МКБ-9 сотрудниками НИИ РМЭ; контроль качества, поиск дубликатов и проверка правдоподобия были выполнены для базы данных когорты.

Верификация случаев онкологических заболеваний проводилась на основании следующих документов:

- «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака» ф.№090/у
- Выписка из истории или амбулаторной карты больного ф.№027-1/у
- «Протокол на случай выявления у больного запущенной формы ЗНО» ф.№027-2/у

Указанная документация заполняется на всех онкологических больных, в том числе - на больных, самостоятельно обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение за медицинской помощью; больных, выявленных при диспансеризации, при профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ; больных, выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства; больных, которым был установлен диагноз злокачественного новообразования при аутопсии (в этом случае Извещение заполняется в прозектуре); больных, которым был установлен диагноз после смерти, и информация получена при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований по данным ЗАГС и статистических управлений.

Не заполняется документация в случае не верифицированных больных, у которых выставлен только клинический диагноз.

Верификация неонкологических заболеваний проводилась на основании следующих источников информации:

- регистрация случаев заболевания при обращении населения за медицинской помощью в организации здравоохранения;

- регистрация случаев заболевания при медицинских осмотрах;

- регистрация случаев заболеваний и причин смерти по данным патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Основными документами, используемыми на индивидуальном уровне, служили:

- Медицинская карта стационарного больного

- Медицинская карта амбулаторного больного

Для оценки популяционных эффектов использовали такую статистическую форму, как отчет о числе заболеваний в районе обследования лечебного учреждения. Учет заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения ведут на основании медицинской карты амбулаторного пациента. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется на все заболевания и травмы во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения. Результаты медицинских осмотров фиксируют в Контрольной карте диспансерного наблюдения. На каждый случай госпитализации больного в стационар заполняют учетный документ «Статистическая карта вышедшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому».

При регистрации первичной заболеваемости за единицу наблюдения принимают случай заболевания, зарегистрированный впервые в жизни у пациента в данном году. Диагнозы острых заболеваний регистрируют каждый раз при их новом возникновении в течение года, хронические заболевания учитывают только один раз в год, обострения хронических заболеваний не учитывают.

Информация о случаях заболеваний в базе данных ГНАМР основана на следующих источниках:

- Медицинская карта скринингового обследования экспонированного населения (и контрольной группы) (с 2003 года)

- Амбулаторная карта больного – консультативно-диагностический отдел НИИ радиационной медицины и экологии (с 2003 года)

- Медицинская карта стационарного больного – реабилитационное отделение НИИ радиационной медицины и экологии (с 2003 года)

- Сведения лечебно-профилактических учреждений контролируемых населенных пунктов, по конкретным лицам, включенных в базу данных ГНАМР.

ГНАМР, которым располагает НИИ РМЭ – это уникальная база данных, включающая информацию обо всех поколениях облучавшегося населения и позволяющая проводить научные и клинические исследования с применением современных технологий для длительного наблюдения за лицами, подвергшимися радиационному воздействию. Наличие базы данных регистра позволяет проводить фундаментальные и прикладные радиационно-эпидемиологические исследования на основе длительного автоматизированного персонального учёта лиц, подвергшихся воздействию радиации, для динамического наблюдения за состоянием их

здоровья, здоровья их детей и последующих поколений, а также для прогнозирования медицинских последствий.

Прикладное значение регистра дает возможность формирования групп риска развития конкретных заболеваний, осуществлять мониторинг демографической ситуации, тенденций заболеваемости и смертности с целью определения основных закономерностей развития ситуации, характеризующей уровень общественного здоровья, для разработки современной лечебно-профилактической стратегии, направленной на снижение показателей заболеваемости и смертности от индуцированных радиацией заболеваний. Созданная база данных регистра содержит информацию на каждого ее члена: паспортные данные, радиационный маршрут, жизненный статус, образование, профессию, наличие и номера официальных документов, а также медицинскую информацию по результатам комплексного обследования, проведенного сотрудниками института; в случае смерти – причину смерти. Каждому лицу, включенному в базу данных регистра, присвоен индивидуальный номер, который позволяет получить доступ ко всей информации, имеющейся на данное лицо. Это позволяет выявить всех пострадавших от облучения для оказания им необходимой помощи.

Внесение информации о заболеваемости и смертности, создание в структуре регистра «тематических» регистров дают возможность объективно оценить спектр соматико-стохастических эффектов и риски радиационного воздействия как у лиц, подвергшихся прямому облучению, так и у их потомков. ГНАМР является основой для проведения исследований любой направленности, независимо от используемых методов и моделей исследования.

Оценка дозовых нагрузок проводится в диапазоне доз, установленных законом Республики Казахстан «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне» в соответствии с классификацией территорий по степени радиационного риска, подвергшихся воздействию полигона. Учитывая, что испытания проводились практически каждый год, предлагается равномерное распределение дозы по годам проживания. Эффективную эквивалентную дозу за период с 1949 по 1962 гг. (14 лет, период воздействия наземных и воздушных взрывов) оценивают в 80% от максимально возможной в данном диапазоне доз. При этом учитывается реальное проживание человека с 1949 по 1962 гг. в соответствующей зоне радиационного риска. Предлагается эффективную эквивалентную дозу за период с 1963 по 1990 гг. (28 лет, период воздействия подземных взрывов, с продолжающимся воздействием на население от наземных и воздушных взрывов) оценивать в 20% от максимально возможной в данном диапазоне доз. При этом необходимо учитывать реальное проживание человека с 1963 по 1990 гг. в соответствующей зоне радиационного риска.

Таким образом, оценка медицинских последствий радиационного воздействия в отношении населения, проживающего на радиационно-загрязненных территориях, может быть основана только на основе тщательного отбора достоверных источников информации, верификации всех случаев заболеваемости и смерти, а также расчета индивидуальных эффективных доз облучения.

#### Тұжырым

### ӨЛІМДІЛІК ПЕН АУЫРУШАҢДЫҚ ЖАҒДАЙЫН АНЫҚТАУ НЕГІЗІНДЕ, ЯДРОЛЫҚ ҚАРУ СЫНАҚТАРЫНЫҢ НӘТИЖЕСІНДЕ СӘУЛЕЛЕНУГЕ ҰШЫРАҒАН ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ЗЕРТТЕУ

<sup>1</sup> К.Н. Апсаликов, <sup>1</sup> Т.И. Белихина, <sup>2</sup> Л.М. Пивина, <sup>3</sup> Т. Жунусова, <sup>1</sup> Т.Ж. Мулдағалиев, <sup>1</sup> А.В. Липихина

<sup>1</sup>Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей қ., Қазақстан,

<sup>2</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан,

<sup>3</sup>Радиациялық қорғану институты, Осло, Норвегия

Мақалаларда зерттеу топтарын іріктеу әдістері, нақты ақпарат көзі, аурушаңдылық пен өлімділік жағдайының верификация тәсілі, Семей полигонында ядролық қару сынақтарының нәтижесінде радиациялық әсерге ұшыраған Қазақстан тұрғындарының жағдайын зерттеу үшін сәулелену мөлшері есептеп көрсетілген. Радиация әсеріне ұшыраған Қазақстан тұрғындарының Мемлекеттік ғылыми автоматизерленген медициналық регистр туралы мәлімет берілген.

**Негізгі сөздер:** радиация, регистр, ақпарат көзі, өлімділік, аурушаңдылық.

#### Summary

### STUDY OF HEALTH STATUS OF THE KAZAKHSTAN POPULATION EXPOSED TO RADIATION IN THE RESULT OF NUCLEAR WEAPON TESTS BASED ON THE IDENTIFICATION OF MORTALITY AND MORBIDITY CASES

<sup>1</sup> K.N. Apsalikhov, <sup>1</sup> T.I. Belikhina, <sup>2</sup> L.M. Pivina, <sup>3</sup> T. Zhunusova, <sup>1</sup> T.Zh. Muldagaliev, <sup>1</sup> A.V. Lipikhina

<sup>1</sup>Research Institute for Radiation Medicine and Ecology, Semey,

<sup>2</sup>Semey State Medical University,

<sup>3</sup>Department of Radiation Protection, Oslo, Norway

In the paper we have presented methods for selection of study groups, confidence information sources, verification of mortality and morbidity cases, calculation of radiation doses for the study of health status of the Kazakhstan population exposed to radiation in the result of nuclear weapon tests. It was presented information about State Scientific Medical Register of the Kazakhstan population exposed to radiation.

**Key words:** radiation, register, sources of information, mortality, morbidity.

УДК 504.064 - 614.01

T. Zhunussova<sup>1</sup>, B. Grosche<sup>2</sup>, K. Apsalikov<sup>3</sup>, T. Belikhina<sup>3</sup>, L. Pivina<sup>4</sup>, T. Muldagaliev<sup>3</sup><sup>1</sup>Norwegian Radiation Protection Authority, Norway;<sup>2</sup>Federal Office for Radiation Protection, Germany;<sup>3</sup>Research Institute for Radiation Medicine and Ecology, Kazakhstan;<sup>4</sup>Semey State Medical University, Kazakhstan

## THE MAIN DIRECTIONS OF PROSPECTIVE COHORT STUDY OF POPULATION LIVING AROUND THE SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE

### Summary

*In the paper we have presented the possibilities of prospective cohort study of health status in the radiation exposed population living around the Semipalatinsk nuclear test site. It was substantiated the necessity of international cooperation of scientists from Kazakhstan, Europe, Japan and the United States for long-term study of radiation effects for the people and the environment.*

**Key words:** nuclear tests, cohort study, international cooperation.

As noted in the Strategic Research Agenda of Multi-disciplinary European Low Dose Initiative (MELODI) platform, the overall aim of MELODI is "consolidating European initiatives on researching and better understanding the health effects of exposure to low dose ionising radiation". The MELODI platform has already integrated nearly twenty national research organisations in Europe with significant programmes in low dose risk research and now needs to extend its approach beyond the European boundaries [1]. Although the European low dose radiation research platform is open to the research organisations outside Europe and there are some successful examples of collaborations between European and non-European researchers on specific research projects in the low dose radiation area, closer integration on a larger scale is still far from being optimal.

Since World War II more than 2,000 nuclear explosion tests have been conducted around the world of which the former Soviet Union conducted more than 700. The Soviet nuclear tests began in the Semipalatinsk Test Site (STS) in current Kazakhstan. The test site covers an area of 18,500 km<sup>2</sup> and is named after the city of Semipalatinsk, which is located approximately 150 km east of the test site. A total of 456 nuclear tests were conducted at the site during 40 years from 1949 to 1989. During 1949 to 1962 a total of 118 nuclear tests were conducted above ground and in the atmosphere, while 338 tests during 1961 to 1989 were conducted underground in boreholes and tunnels [2]. It is considered that 13 of the underground tests caused a radioactive release to the atmosphere. These releases, along with releases from the testing in 1949-1962, caused radioactive plumes that affected people and territories adjacent to the site, in particular the former Semipalatinsk oblast (region).

The health effects of exposures to fallout from Soviet nuclear weapons testing for the residents living near by the Semipalatinsk nuclear test site in Kazakhstan have not yet been investigated to their full extent. There are reports with contradicting results coming from the studies conducted on two independent cohorts. One cohort is called "historical" and the other the "new" cohort. The historical cohort was originally set up by the local research institution "Dispensary No. 4" which was later succeeded by the Research Institute for Radiation Medicine and Ecology, Kazakhstan. The historical cohort included residents from

ten highly exposed and six control settlements, for comparison. The cohort's exposed group contains 9,850 permanent residents of the exposed settlements, all born before 1 June 1961. The comparison group includes 9,604 inhabitants, also born before 1 June 1961 and frequency-matched to the exposed group by age and gender. This cohort was finalized and quality assurance measures were taken within an EC funded INCO-COPERNICUS project. The most recent analysis was published in 2011 where the relationship between mortality from cardiovascular diseases and radiation exposure from the fall-out was assessed [3]. The dosimetric approach for this study was developed by the US National Cancer Institute and the whole body external dose for the cohort members ranged from 0 to 0.63 Gy. The study concluded that there was no detectable risk of radiation related mortality from cardiovascular diseases in this cohort. Nonetheless, there was weak evidence that the point estimate for the radiation related risk might increase with increasing time since exposure.

The new cohort was established as result of collaboration between Japanese and Kazakh organisations during 2001-2009. A memorandum of agreement was signed between the National Nuclear Centre of the Republic of Kazakhstan (NNC) and the Radiation Effects Association (REA) from the Japanese side in 2009 on the governance and intellectual property rights of database and utilization of outcomes of their joint survey "Study on Health Effects of Radiation on Residents near the Former Semipalatinsk Nuclear Test Site" (REA, 2010). In 2012, the Intellectual Property Rights of REA are being transferred to the National Institute for Radiological Sciences. The new cohort includes exposed inhabitants from 14 villages and control group of inhabitants from 6 villages. Overall, the cohort includes 18,204 persons, most with low to moderate whole body doses (< 0.6 Sv), but some with doses as high as 2 Sv. The study found that the mortality rate due to diseases of the circulatory system and ischemic heart disease increased significantly with increasing dose in both men and women. There was also a significant increase in mortality rate for other forms of heart disease in the high-dose group and for cerebral-vascular diseases in the moderate-dose group for both men and women. For men in the moderate-dose group, a significant increase in the mortality rate was observed for all neoplasms, malignant neo-

plasms of the oesophagus, pulmonary heart disease and disease of pulmonary circulation. Although not significant in women, tendency towards increase was also demonstrated. For cardiovascular diseases, the mortality rate was greater in men than in women and was increasing with advancing age.

These two cohorts used different control groups; numbers of residents included and dosimetric methods differed. The follow-up time was also different, with the new cohort covering the period 2001-2009 while the follow-up of the historical cohort was ended in 1999. While the "historical cohort" was a prospective study, the "new cohort" was conducted as a retrospective study. A prospective lifespan follow-up would enhance the statistical power, in particular, if full residential history and complete disease/death information could be obtained. Also, steps have to be taken to achieve a unified dosimetry system. For acute external exposures caused by the radioactive plumes, the differences are only minor. Still, the dose reconstruction needs to take into account new dosimetric methods that could give more accurate dose estimates.

Archived biological samples from Semipalatinsk residents, mainly human teeth and blood samples, can be investigated with ESR or EPR of tooth enamel and chromosomal aberration techniques, respectively. The latter includes state-of-the-art techniques like the FISH Chromosome Painting. These biodosimetric methods are suitable for more accurate retrospective dose reconstruction that can be compared to the calculated dose burdens for residents. Also urine samples exist that can be analysed by radiochemical methods for better determination of internal dose burdens.

Both cohorts have high potential to address open questions in the area of low dose radiation, especially following intake of radionuclides from the fallout. Since these two cohorts have a high probability of including the same individuals (at least partially), it is pertinent to investigate possibilities to merge the two cohorts in order to create a larger, unified cohort that could be used in prospective epidemiological research. This will avoid duplication of efforts and resources for future studies of the health effects in these populations.

The current proposal will thus investigate the feasibility of setting up a unified cohort of residents around the Semipalatinsk site. This will include preparation for prospective follow-up for various long term health effects from chronic exposure to low and moderate doses, by establishing an international multidisciplinary research team, if the feasibility is demonstrated.

The main objectives of the proposed feasibility study will include:

- developing and testing mechanisms for identification of cohort members in the two cohorts;
- identification and testing of data linkage mechanisms;
- determination of the outcomes to be studied in the future (cancer and non-cancer diseases);
- setting up and testing procedures for follow-up;
- identification of case ascertainment mechanisms and sources, depending on the outcome;
- characterization and validation of dose assessment methods used in the two cohorts (sources of exposure pathways, various dose calculation methods);
- investigation of the feasibility to collect data on confounding factors (e.g. life-style factors); and

- assessing the availability of biological samples, including characterization of archived biological samples and their potential use in the future.

The current proposal has the aim of assessing the feasibility of conducting a future prospective epidemiological study for populations residing close to the Semipalatinsk nuclear test site in Kazakhstan.

The proposed action supports preparation for a future integrated multidisciplinary study to better quantify risks for both cancer and non-cancer diseases from protracted exposures to low and moderate doses. The proposal is in line with the Strategic Research Agenda of MELODI ([www.melodi-online.eu](http://www.melodi-online.eu)) which states that "Research on suitable human epidemiological cohorts remains a very high priority of research in forthcoming years" and "research on new prospective cohorts should be initiated". MELODI also points out the general scarcity of suitable cohorts for such prospective epidemiological studies and there is a need to extend the collaboration beyond the European countries to take advantage of the international possibilities for such research.

The Semipalatinsk cohort is very suitable for such research due to a large population exposed to a mixture of radionuclides from the fall-out. The cohort could be followed-up prospectively with regular updates and relatively good completeness of information on disease status, causes of death and migration. In particular, this cohort could be suitable for studying the risk of cardiovascular diseases due to the access to medical records, including obtaining information on confounding factors, such as lifestyle, etc. from out-patient and in-patient clinics. There are not so many populations exposed to protracted low-dose radiation worldwide suitable for studies of morbidity of cardiovascular diseases and the Semipalatinsk cohort has a potential to prove that prospective epidemiological research on association between radiation and cardiovascular diseases is feasible in this population. The dose reconstruction is challenging and has been criticised (UNSCEAR 2008) in the past for the high level of uncertainty of the doses used, in particular in the control settlements but lately significant work has been conducted by lead dosimetry experts from Russia, Kazakhstan, Japan and USA to improve these estimates and to evaluate the level of uncertainty [4, 5]. These efforts, however, lacked coordination and concentrated on the two independent rosters of residents around the nuclear test site.

The project will bring together key scientists from Kazakhstan, Europe, Japan and USA to assess the feasibility of a prospective lifelong follow-up study on health effects for residents near the Semipalatinsk test site (STS). There is a large international interest for performing research on residents near STS, and the SEMI-NUC feasibility study will assess ways to bring together existing and planned epidemiological research for a future integrated collaboration of very high quality. Reconstruction of residential history, accessibility to medical records for obtaining complete and standardised information on diagnostic criteria and confounding factors, availability of individual doses with as low uncertainty as possible are all crucial elements for high quality epidemiological research. The best way forward is to assess a possible European-international cooperation of leading experts in the area who could jointly undertake a long-term commitment for setting up and following the residents near the STS in a prospective lifelong follow-up study if the feasibility is confirmed.

**References:**

1. Salomaa S., Prise K.M., Atkinson M.J., Wojcik A., Auvinen A., Grosche B., et al. State of the art in research into the risk of low dose radiation exposure—findings of the fourth MELODI workshop // 2013 J. Radiol. Prot. 33 589 doi:10.1088/0952-4746/33/3/589
2. Turchenko D.V., Lukashenko S.N., Aidarhanov A.O., Lyahova O.N. The use of tritium in snowpack as an indicator of the detection of underground nuclear explosions. - <http://www.ctbto.org/fileadmin/snt2013/posters/T1-P62.pdf>
3. Grosche B., Lackland D.T., Land C.E., Simon S.L., Apsalikov K.N., Pivina L.M., Bauer S., Gusev B.I. Mortality from cardiovascular diseases in the Semipalatinsk historical cohort, 1960-1999, and its relationship to radiation exposure. Radiat Res. 2011 Nov; 176(5) : 660-9. Epub 2011. Jul 25.
4. Stepanenko V.F., Hoshi M., Bailiff I., Ivannikov A.I., Toyoda S., Yamamoto M., Simon S., Matsuo M. Around Semipalatinsk nuclear test site: progress of dose estimations relevant to the consequences of nuclear tests (a summary of 3rd Dosimetry Workshop on the Semipalatinsk nuclear test site area, RIRBM, Hiroshima University, Hiroshima, 9-11 of March, 2005) // Journal of Radiation Research; 03/2006; 47 Suppl A:A1-13.
5. Drozdovitch V., Schonfeld S., Akimzhanov K., Aldyngurov D. and C.E. Land et al., 2011. Behavior and food consumption pattern of the population exposed in 1949-1962 to fallout from Semipalatinsk nuclear test site in Kazakhstan. // Radiat. Environ. Biophys., 50: 91-103.

**Резюме**

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИЙ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ**

**Т. Жунусова<sup>1</sup>, Б. Гроше<sup>2</sup>, К. Апсаликов<sup>3</sup>, Т. Белихина<sup>3</sup>, Л.М. Пивина<sup>4</sup>, Т. Мулдагалеев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Норвежское агентство по радиационной защите, Норвегия;

<sup>2</sup>Федеральное ведомство по вопросам радиационной защиты, Германия;

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

<sup>4</sup>Государственный медицинский университет города Семей

В статье представлены возможные направления проведения проспективного когортного исследования состояния здоровья населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний.

Обоснована необходимость международного сотрудничества ученых Казахстана, Европы, Японии и США для долговременного изучения радиационных эффектов в отношении населения и окружающей среды.

**Ключевые слова:** ядерные испытания, когортное исследование, международное сотрудничество.

**Тұжырым**

**СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫНЫҢ ТЕРРИТОРИЯСЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН ЗЕРТТЕУДЕГІ ПРОСПЕКТИВТІ КОГОРТТЫ ЗЕРТТЕУДІҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ**

**Т. Жунусова<sup>1</sup>, Б. Гроше<sup>2</sup>, К. Апсаликов<sup>3</sup>, Т. Белихина<sup>3</sup>, Л.М. Пивина<sup>4</sup>, Т. Мулдагалеев<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Радиациялық қорғану институты, Осло, Норвегия;

<sup>2</sup>Радиациялық қорғану сұрақтары бойынша Федералды ведомство, Германия;

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

<sup>4</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Қазақстан

Бұл статъяда ядролық сынақтың нәтижесінде, радиация алған Қазақстан тұрғындарының денсаулық жағдайын проспективті-когортты зерттеудің бағыттары көрсетілген.

Қоршаған орта мен тұрғындардың арасындағы радиациялық эффектілерді ұзақ уақытты зерттеу үшін Қазақстан, Европа, США ғаламдарының халықаралық бірлестігінің қажеттілігі нақтыланған.

**Негізгі сөздер:** ядролық сынақ, когортты зерттеу, халықаралық бірлестік.

УДК 616.96:615.5

Е.А. Юхневич-Насонова, Р.Х. Бегайдарова, Ш.С. Калиева, Г.М. Мулдаева, Е.О. Полякова

Карагандинский Государственный медицинский университет, г. Караганда

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЛЯМБЛИОЗОМ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ТЕРАПИИ****Аннотация**

Проводилось открытое рандомизированное контролируемое исследование с участием 40 пациентов с целью сравнительного анализа изменений уровня качества жизни пациентов с лямблиозом на фоне терапии метронидазолом и комбинации метронидазола и саусалина. Оценка качества жизни проводилась с использованием русифицированной версии стандартизованного специализированного опросника Gastrointestinal Symptom Rating Scale. Было выявлено, достоверное снижение качества жизни респондентов за счет проявлений диспептического и болевого синдромов преимущественно в группе, получающей монотерапию метронидазолом. Показано, что препарат саусалин может быть конкурентноспособным наряду с синтетическими препаратами для альтернативного лечения лямблиоза, так как его профиль безопасности достаточно высокий и его применение позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов.

**Ключевые слова:** оценка качества жизни, опросник GSRS, лямблиоз, метронидазол, саусалин.

**Введение.** Определение уровня качества жизни больного является важным независимым признаком, влияющим на прогноз заболевания, выработку тактики лечения, приверженность пациента к лечению. В настоящее время разработано и стандартизировано достаточно много специализированных опросников для больных гастроэнтерологического профиля. Одним из наиболее часто используемых опросников является Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS), разработанный отделом изучения качества жизни ASTRA Hassle (I. Wiklund, 1998). Это специфичный опросник, разработанный для сравнительной оценки качества жизни больных с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Он позволяет оценить количественно выраженность различных гастроинтестинальных симптомов, включая болевой абдоминальный синдром, рефлюксный синдром, диспепсию, диарею, запор. Появление данных симптомов характерно и при инвазии лямблиями. Лямблии оказывают системное действие на организм человека: происходят патоморфологические изменения в органах и тканях, нарушается функция гепатобилиарной системы, страдает микрофлора кишечника, развивается иммунодефицит [1]. Несмотря на большие успехи в создании высокоэффективных противопаразитарных препаратов, лечение лямблиоза, остается одной из нерешенных и сложных проблем. Результаты клинических наблюдений показывают, что существующие методы лечения не всегда эффективны [2]. В Республике Казахстан на базе АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия» на основе экстракта сосюреи солончаковой синтезирован препарат «Саусалин», позиционирующийся как потенциально эффективное противопаразитарное средство, обладающее противолямблиозным, противопопасторхозным и противотрихомонадным действием.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ изменений уровня качества жизни пациентов с лямблиозом на фоне терапии метронидазолом и комбинации метронидазола и саусалина.

**Материалы и методы:** Дизайн исследования – открытое рандомизированное контролируемое исследование, проводилось на базе инфекционно-паразитологического центра Областной инфекционной больницы г. Караганды в период с января по май 2013 года. Всего было включено 40 пациентов с верифицированным лямблиозом. Критерии включения - возраст от 18 до 65 лет, подтверждение лямблиоза результатами копрологического исследования, отсутствие аллер-

гических реакций на препараты группы нитроимидазолов в анамнезе. Критерии исключения – наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, беременность, предшествующий прием антибактериальных препаратов в течение 1 месяца, низкая приверженность к лечению.

Маскирование не проводилось, исследование было открытым. Группы формировались случайным образом, метод рандомизации простой с использованием конвертов. В исследуемой группе пациенты получали комбинированную терапию препаратами метронидазол в дозе 500мг 2 раза в сутки и саусалин в дозе 100мг 3 раза в сутки в течение 10 дней. Контрольную группу составили пациенты, получавшие метронидазол в дозе 500мг 2 раза в сутки в течение 10 дней. Оценивались следующие исходы – изменение качества жизни при условии эрадикации паразита. Оценка качества жизни проводилась с помощью русифицированной версии стандартизованного опросника GSRS [3]. Данный опросник является специфичным, позволяет оценить выраженность таких синдромов, как диспептический, диарейный, конституционный, рефлюксный и синдром абдоминальной боли у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями. Включает 15 вопросов, уровень интенсивности и выраженности симптомов оценивается по 7 бальной шкале. Анкетирование пациентов проводилось в 2 точках исследования: до лечения и после лечения в течение 14 дней после подтверждения эрадикации паразита по данным копрологических исследований. Срок проведения повторного анкетирования обусловлен эпидемиологической обстановкой, в связи с высокой вероятностью повторного инфицирования пациентов после успешной эрадикации. Уровень эрадикации паразита подтверждался результатами трехкратного копрологического исследования образцов фекалий по стандартной методике в течение 2 недель после проводимой терапии [4]. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программного обеспечения STATISTICA 6,0. Использовались методы описательной статистики – среднее, медиана, значимость различий в независимых выборках оценивали с использованием критерия Манна-Уитни, в зависимых выборках до и после лечения с использованием критерия Вилкоксона, считая различия статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

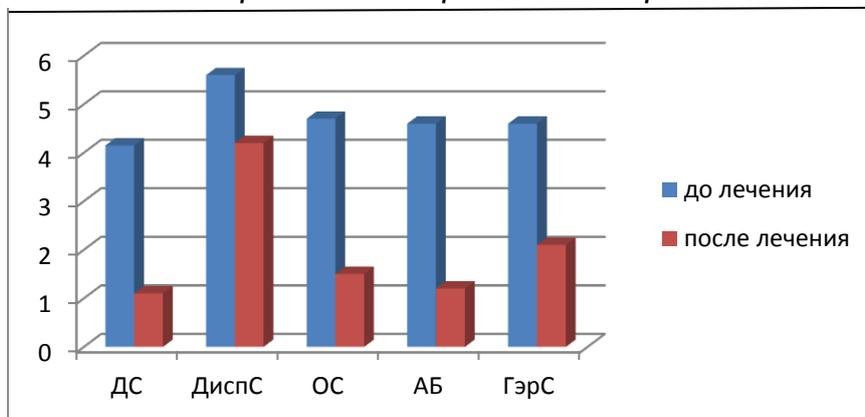
**Результаты.** В исследуемую и контрольную группу было включено 20 пациентов соответственно. Группы были однородны по полу и возрасту. В исследуемой группе мужчин было 45% (n=9), женщин – 55% (n=11). В

контрольной группе - мужчин было 40% (n=8), женщин – 60% (n=12).

Показатели качества жизни пациентов с лямблиозом в обеих группах до лечения были снижены по всем шкалам (Рисунок 1, 2). В исследуемой группе выраженность диспептического синдрома составила 5,8 балла, в контрольной группе – 5,6 балла. Так же пациенты отмечали выраженность синдрома абдоминальной боли и гастроэзофагеального синдрома. В исследуемой группе выраженность абдоминального синдрома оценена в 4,8 балла, в контрольной группе – 4,6 балла. Гастроэзофагеальный синдром в исследуемой группе составил 4,7 балла, в контрольной группе – 4,6 балла. Влияние обстипационного синдрома и диарейного синдрома на качество жизни по данным анкетирования было менее выражено в обеих группах. Уровень диарейного синдрома до лечения в исследуемой группе составил – 4 балла, в контрольной группе – 4,15 балла. Уровень обстипационного синдрома оценен респондентами в 4 балла и 4,7 балла соответственно. После лечения у

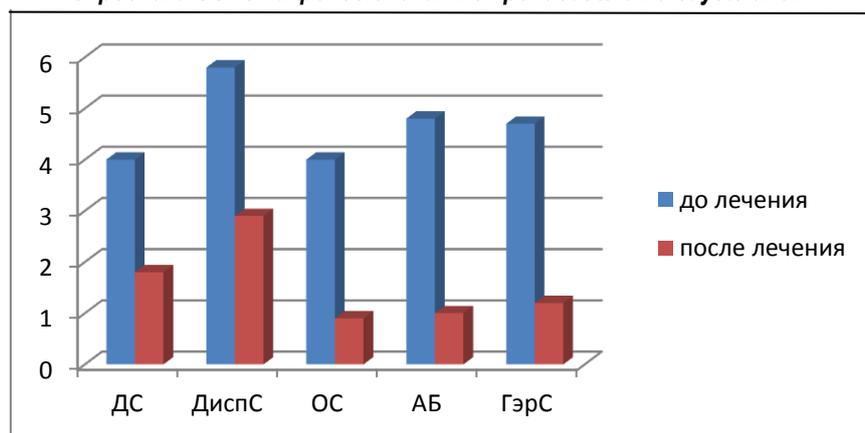
пациентов обеих групп наблюдалось повышение качества жизни практически по всем шкалам. Однако на фоне комбинированной терапии метронидазолом и саусалином отмечается более значительное улучшение качества жизни, в сравнении с монотерапией метронидазолом. Так проявление диспептического синдрома после комбинированной терапии оценено в 2,9 балла, в контрольной группе – 4,2 балла, гастроэзофагеального синдрома – 1,2 балла и 2,1 балла и обстипационного синдрома в 0,9 балла и 1,5 балла соответственно. Уровень выраженности синдрома абдоминальной боли после терапии данными схемами был приблизительно одинаково оценен в 1 балл в исследуемой группе и 1,2 балла в контрольной группе. На фоне монотерапии метронидазолом отмечается более значительное повышение качества жизни по шкале «Диарейный синдром» - 1,1 балл, в сравнении с исследуемой группой – 1,8 балл. На рисунках 1 и 2 представлены показатели качества жизни пациентов с лямблиозом на фоне различных режимов терапии.

**Рисунок 1. Показатели качества жизни пациентов с лямблиозом по данным опросника GSRS на фоне лечения метронидазолом.**



(ДС – диарейный синдром, ДиспС - диспептический синдром, ОС - обстипационный синдром, АБ - синдром абдоминальной боли, ГэрС - синдром гастроэзофагеального рефлюкса. Уровень значимости различий в группах  $p < 0,05$ .)

**Рисунок 2. Показатели качества жизни пациентов с лямблиозом по данным опросника GSRS на фоне лечения метронидазолом и саусалином.**



(ДС – диарейный синдром, ДиспС - диспептический синдром, ОС - обстипационный синдром, АБ - синдром абдоминальной боли, ГэрС - синдром гастроэзофагеального рефлюкса. Уровень значимости различий в группах  $p < 0,05$ .)

Были зафиксированы следующие побочные реакции: у 3 пациентов контрольной группы отмечалось усиление диспептических явлений на фоне приема метронидазола. У одной пациентки на фоне приема комбинированной терапии саусалин в сочетании с метронидазолом отмечено усиление проявлений акне. Уровень эрадикации паразита по данным копрологического исследования составил 85% в исследуемой группе и 70%

в контрольной группе, причем зафиксирована прерывистость в цистовыделении. Почти у всех пациентов цисты были обнаружены во 2 и 3 контрольном анализе кала в течение недели после завершения терапии.

**Обсуждение.** Анализируя показатели, характеризующие КЖ у больных хронический лямблиозом, было выявлено значительное снижение качества жизни, преимущественно за счет выраженного диспептического-

синдрома и синдрома абдоминальной боли. Следует отметить, значительное усиление симптомов диспепсии у пациентов, получающих метронидазол в качестве монотерапии. Трое пациентов отметили значительное усиление симптомов диспепсии, в основном предъявлялись жалобы на тошноту и металлический, горький вкус во рту, что было связано не только с обострением заболевания, но и с побочной реакцией на данный препарат. После терапии улучшение качества жизни по данной шкале было значительнее в исследуемой группе – на 47% в сравнении с контрольной группой – 25%. Значимое улучшение качества жизни после лечения отмечено по шкале «Синдром абдоминальной боли» у исследуемой группы на 80% от исходного уровня, а у контрольной группы на 65%. Это может объясняется тем, что препарат «Саусалин», помимо противопаразитарного действия, обладает также спазмолитическим действием. На фоне лечения отмечается значительная положительная динамика у пациентов обеих групп в нормализации стула. Кишечная форма лямблиоза наиболее распространена и характеризуется развитием персистирующей диареи, чередованием диареи и запоров, синдромом мальабсорбции. В нашем исследовании отмечается достоверное увеличение показателей по шкалам: «Диарейный синдром» у исследуемой группы на 51%, у контрольной – на 40%; «Обстипационный синдром» у исследуемой группы на 73%, а у контрольной – на 68% от исходного уровня. Данные результаты можно интерпретировать с учетом возможного развития дисбиоза кишечника на фоне приема антибактериального препарата. Также следует учитывать, что у пациентов с лямблиозом имеет место нарушение иммунного статуса и в кишечнике резко снижается количество нормальной микрофлоры. Препарат саусалин обладает противовоспалительным эффектом, следовательно в исследуемой группе показатели регресса синдрома диареи несколько выше. При анализе результатов оценки шкалы «Гастроэзофагеальный синдром» до лечения большинство пациентов отметили умеренный и средний дискомфорт от симптомов рефлюкса, отмеча-

ется достоверное увеличение процента качества жизни в обеих группах по данной шкале на фоне терапии.

**Выводы:** Качество жизни больных с лямблиозом снижено преимущественно за счет проявлений диспептического и болевого синдромов. Использование метронидазола может усугублять снижение показателей качества жизни у больных лямблиозом из-за побочных реакций на данный препарат. Следует отметить более выраженное и значительное регрессирование данных симптомов на фоне комбинированной терапии, что связано с эффективностью и профилем безопасности препарата саусалин.

Качество жизни и его компоненты являются важной и самостоятельной характеристикой хронического лямблиоза, которую необходимо оценивать наряду с клинико-лабораторными параметрами заболевания. Применение специализированного опросника GSRS позволяет более объективно оценить выраженность клинических симптомов самим респондентом, отследить изменения в самочувствии пациента на фоне терапии и оптимизировать режимы фармакотерапии.

**Ограничения.** В данном исследовании не оценивалось долгосрочное изменение качества жизни пациентов с лямблиозом, так как в связи с эпидемиологической обстановкой достаточно высокий риск реинфицирования.

#### Литература:

1. Малый В.П. Лямблиоз // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. - 2009. - №3/2. - С. 16-18.
2. Yoder J.S., Herral C., Beach M.J.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Giardiasis surveillance - United States, 2006-2008 // MMWR Surveill Summ. 2010 Jun 11;59(6):15-25.
3. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. - М.: ОЛМА, Спб.: Нева, 2002. - 60с.
4. Семенихина А.В., Рахманова Т.И., Нехаева Г.И., Попова Т.Н. Современные методы микробиологических исследований. Учебно-методическое пособие. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр Воронежского государственного университета, 2007. - 67с.

#### Тұжырым

### ЛЯМБЛИОЗДЫ ӨР ТҮРЛІ ПРЕПАРАТТАРММЕН ЕМДЕГЕНДЕ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР СУРУ САПАСЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Е.А. Юхневич-Насонова, Р.Х. Бегайдарова, Ш.С. Калиева, Г.М. Мулдаева, Е.О. Полякова

Қарағанды Мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қ.

Ашық рандомизирленген бақылау зерттемесін жүргізу үшін, саусалин және метронидазолдың қиында суымен метронидазолмен терапия түрінде лямблиозбен ауыратын науқастардың өмір сапасының өзгеру деңгейінің салыстырмалы анализіне 40 науқастың салыстырмалы анализіне 40 науқастың салыстырмалы анализіне Gastrointestinal Symptom Rating Scale стандартты маман дандырылған сауалнаманың орыс тіліндегі үлгісін қолдануымен өмір сапасының бағалауын жүргізді. метронидазолмен дәрі терапия алатын топтағы көбіне аурудың синдромдары және диспептикалық көрсеткіш есебінде респонденттердің өмір сапасының анық төмендеуі анықталды. Лямблиозды альтернативті емдеу үшін синтетикалық дәрілермен қатар саусалин дәрімегі бәсекелестікке қабілетті болуы мүмкін екені көрсетілген. осы дәрімен науқастардың өмір сапасын айтарлықтай жақсартуға мүмкіндік береді себебі оның қауіпсіздік профілі айтарлықтай жоғары.

**Негізгі сөздер:** өмір сапасының бағасы, GSRS сауалнама, лямблиоз, метронидазол, саусалин.

#### Summary

### COMPARATIVE EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH LAMBLIOSIS USING DIFFERENT THERAPY REGIMEN

E.A. Yukhnevich-Nasonova, R.Kh. Begaydarova, Sh.S. Kalieva, G.M. Muldaeva, E.O. Polyakova

Karaqanda State Medical University

Open randomize control trial was conducted to evaluate the effects of new original Sausalin, as additional agent to standard treatment, on health-related quality of life 40 patients with giardiasis. The questionnaire Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) was answered before and after treatment for evaluation of quality of life. Patients with giardiasis in both groups had similar symptoms in all dimensions in GSRS. Quality of life of the respondents reduced mainly due to dyspeptic manifestations and pain. Combination treatment with Sausalin was more effective and safety than treatment with alone Metronidazole. This study confirms that Sausalin is effective and safety drug for alternative treatment of giardiasis.

**Keywords:** quality of life, GSRS, giardiasis, metronidazole, sausalin.

УДК 577.213.3

Н.Е. Аукунов, М.Р. Масабаева, У.У. Хасанова

Государственный медицинский университет города Семей

## ВЫДЕЛЕНИЕ И ОЧИСТКА НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

### Аннотация

В статье представлены стандартные и инновационные методы выделения ДНК, указаны преимущества и недостатки различных способов экстракции ДНК. Описана качественная и количественная оценка нуклеиновых кислот для получения наиболее полноценной ДНК, позволяющая потом ее использовать в широком диапазоне научных исследований.

**Ключевые слова:** экстракция ДНК, электрофорез, полимеразно-цепная реакция.

В настоящее время молекулярная генетика одна из самых быстроразвивающихся и перспективных отраслей науки. Ученые всего мира стараются внести свой вклад в развитие молекулярно-генетических методов исследования. Одним из удивительных методов молекулярной генетики является полимеразная цепная реакция, более известная как «ПЦР». Часто ПЦР описывают как метод, с помощью которого ученые могут находить иголку в стоге сена. «Иглой» является крошечный фрагмент генетического материала - ДНК или РНК, а ПЦР позволяет, используя естественное свойство ДНК - репликацию (удвоение), получить множество его копий. Первым этапом ПЦР является экстракция или выделения ДНК, которая необходима для дальнейшего использования самого метода. Процедура выделения ДНК из клеток и тканей часто является исходным этапом в исследовании живого организма на молекулярном уровне [1]. Впервые изоляция ДНК была осуществлена в 1869 году Фридрихом Мишером [2]. Основной задачей данного этапа является получение очищенного препарата ДНК для последующей реакции амплификации. Качество и частота нуклеиновых кислот относятся к наиболее важным факторам успешной постановки ПЦР анализа. Для того чтобы получить высокоочищенные нуклеиновые кислоты необходимо использовать наиболее подходящие методы выделения ДНК. Так же надо учитывать доступность процедуры в повседневной жизни. Для выделения нуклеиновых кислот из биологических материалов необходимо провести лизис клеток, инактивацию клеточных нуклеаз и отделение искомого нуклеиновых кислот от клеточной массы. Часто идеальная процедура экстракции ДНК является компромиссом нескольких методов: она должна быть достаточно жесткой, чтобы разрушить сложную структуру исходного материала (например, тканей), и при этом достаточно деликатной, чтобы оставить в неприкосновенности целевые нуклеиновые кислоты [3]. Нами представлен обзор методов выделения ДНК, описаны их достоинства и преимущества.

Методы выделения ДНК обычно включают следующие этапы:

- 1) лизис клеток;
- 2) осаждение белков;
- 3) центрифугирование для удаления денатурированных белков и фрагментов клеточных органелл;
- 4) осаждение ДНК из раствора этанолом и после центрифугирования растворение осадка в буферном растворе.

Вместе с ДНК частично выделяется и РНК, от которой избавляются с помощью фермента РНКазы. К способам лизиса клеток можно отнести: механическое разрушение (с помощью гипотонического раствора и/или с

применением ультразвука), химическая обработка (лизис с помощью детергентов и хаотропных агентов) и ферментативное расщепление белков (протеинкиназа К) [4]. Осаждение белков. Экстракция растворителями часто используется для удаления примесей из нуклеиновых кислот. Например, комбинация растворителей: фенол и хлороформ часто используется для осаждения и удаления белков. Если содержание целевых нуклеиновых кислот небольшие, к смеси может быть добавлен инертный носитель (такой как гликоген) для того, чтобы увеличить эффективность преципитации. Другие методы осаждения нуклеиновых кислот включают селективную преципитацию с использованием высоких концентраций солей ("высаливание"), либо осаждение белков с использованием переменного pH [3]. Центрифугирование для удаления денатурированных белков и фрагментов клеточных органелл. Проводиться при 1500 грт в течение 15 мин. Осаждение ДНК из раствора возможно с помощью этанола: 96% этанол; изопропанол; очистка 70% этанолом; который считается наиболее часто используемым методом концентрирования ДНК. Растворив полученный осадок в меньшем объеме буферного раствора, получают более концентрированный раствор ДНК. При переосаждении ДНК спиртом происходит ее дополнительная очистка. Этиловый спирт как водоотнимающее средство снижает растворимость нуклеиновых кислот (их солей) в воде. ДНК агрегирует в 70% этаноле в присутствии соли, нейтрализующей фосфатные группы. Преимуществами метода экстракции органическими растворителями являются: получение ДНК хорошего качества и высокой концентрации, выделенная ДНК очень стабильна и хорошо хранится в замороженном состоянии. А недостатками метода можно отметить: высокую токсичность, занимает много времени; не всегда удаляет ингибиторы; трудность автоматизации [4].

Довольно часто количественную и качественную оценку препарату выделенной ДНК в первом приближении дают при гель-электрофорезе, следующем, как правило, сразу за процедурой выделения. Для этого визуально сравнивают на соседних дорожках геля интенсивность свечения в ультрафиолете полученного образца с образцом известной концентрации [1].

**Спектрофотометрическое определение концентрации ДНК.** Спектрофотометрия (абсорбционная) – физико-химический метод исследования растворов и твердых веществ, основанный на изучении спектров поглощения в ультрафиолетовой (200–400 нм), видимой (400–760 нм) и инфракрасной (>760 нм) областях спектра. Основная зависимость, изучаемая в спектрофотометрии – зависимость интенсивности поглощения падающего света от длины волны  $\lambda$ . В соответствии с

законом Бугера–Ламберта–Бера оптическая плотность раствора прямо пропорциональна концентрации поглощающего вещества. Нуклеиновые кислоты поглощают ультрафиолетовые излучение в области 240–290 нм с максимумом при 260 нм. Хромофорами служат азотистые основания нуклеиновых кислот, особенно пиримидиновые. Пиримидины поглощают ультрафиолетовый свет примерно в 10–20 раз интенсивнее, чем хромофоры белковых молекул – триптофан, тирозин и фенилаланин. Для оценки чистоты препарата ДНК, свободного от РНК, проводят измерения оптической плотности раствора при длинах волн 260, 280 и 235 нм, то есть на максимумах поглощения растворов ДНК, белков и полисахаридов, соответственно. Значение соотношения  $A_{260}/A_{280}$  для чистой ДНК должно быть больше 1,8, значение  $A_{260}/A_{235}$  должно быть больше, чем 2,2 [1].

**Электрофорез нуклеиновых кислот.** Электрофорез – это электрокинетическое явление перемещения частиц дисперсной фазы (коллоидных растворов) в жидкой среде под действием электрического поля. Впервые это явление было открыто профессорами Московского университета П.А. Страховым и Ф.Ф. Рейсом в 1809 году. Электрофорез в агарозном геле является стандартным методом для разделения, идентификации и очистки интактных молекул ДНК и их фрагментов (высокомолекулярная хромосомная ДНК всегда фрагментируется при изоляции из клетки). Агароза – фракция природного полисахарида агара. ДНК – это слабая кислота, поэтому она движется к аноду («+») за счет отрицательно заряженных фосфатных групп. За движением ДНК в пластине геля можно следить, так как полосы окрашенной флуоресцентными красителями ДНК, формируемые молекулами одного размера при продвижении через поры геля, видны в ультрафиолетовом свете. Для окрашивания ДНК применяют краситель бромистый этидий *EtBr* ( $\lambda_{max} = 590$  нм). Молекулы *EtBr* интеркалируют в молекулы ДНК, то есть встраиваются между соседними парами нуклеотидов. Интенсивность флуоресценции связанного *EtBr* в 20 раз выше, чем свободного. Такая окраска обеспечивает высокую чувствительность: от 10 нг ДНК можно увидеть в виде полосы оранжевого цвета. Применяют и другие красители, в частности *SYBR Green* ( $\lambda_{max} = 497$  нм). Длина волны прибора для визуализации ДНК ультрафиолетового трансиллюминатора – 305–320 нм. Скорость движения ДНК через поры агарозного геля при электрофорезе определяется размером молекул и их конформацией [1].

Микрообъемные спектрофотометры серии NanoDrop™ предназначены для измерения ДНК, РНК и белка. Инновационная технология позволяет производить точные измерения столь малых количеств образца как 0,5 мкл и давать данные о концентрации, чистоте и спектральные характеристики. Для проведения спектрофотометрического анализа каплю образца наносят на неподвижный модуль прибора. Сверху на каплю опускают подвижный модуль прибора, в результате чего из образца формируется столбик жидкости между подвижным и неподвижным модулями. Высота столбика регулируется автоматически в диапазоне 0,05–1,00 мм. Прибор измеряет поглощение света в столбике образца. Для точного измерения концентраций изучаемых веществ образцы должны быть очищены от примесей, поглощающих волны той же длины, что и искомые вещества [5].

К другим инновационным методам экстракции ДНК относятся пластинки FTA. В основе метода пластинок FTA лежит целлюлозный фильтр (Ватман ВFC180) питательный смесь сильных буферов, которые содержат

реактивы лизирующие клетки, денатурирующие белки и защищающие нуклеиновые кислоты от воздействия нуклеаз, окисления и повреждения ультрафиолетовыми лучами. Пластинки FTA быстро инактивируют микроорганизмы, включая возбудителей, передающихся через кровь. Препятствуют росту бактерий и других микроорганизмов. Клеточные мембраны и органеллы лизируются, а высвобожденные нуклеиновые кислоты удерживаются волокнами пластинки. Нуклеиновые кислоты остаются фиксированными и стабильными; их можно перевозить, анализировать сразу или хранить при комнатной температуре в течение длительного времени. Так как фиксированные нуклеиновые кислоты остаются стабильными, пластинки FTA удобно использовать для отбора проб на большом расстоянии от лаборатории и их транспортировки.

Преимущества этого метода: безопасное обращение с образцами; быстрое выделение высококачественного образца ДНК; длительное хранение образца при комнатной температуре. Недостатками метода, являются: повышенная стоимость реактивов; пригодность только для образцов жидкого типа; количество ДНК, имеющееся на перфорате, невозможно подвергнуть количественному анализу или скорректировать [4].

Метод экстракции с помощью магнитных частиц. Магнитные шарики простой и надежный способ очистки геномной ДНК. В оптимальных условиях, ДНК избирательно связывается с поверхностью магнитных гранул, в то время как другие составляющие клетки остаются в растворе. Очищенную ДНК затем можно использовать непосредственно в исследовании. Основным преимуществом этого метода является то, что нет необходимости в центрифугировании. Экстракции кремниевым шариком (другой способ твердофазной экстракции) завоевали популярность в клинических исследованиях, и представляют собой сочетание магнитных технологий с покрытием кремнезема. При помощи этого метода белки и составляющие клеток удаляются, и остается очищенная ДНК. ДНК связывается с кремнеземом под действием высококонцентрированной соли. Преимуществами метода экстракции с помощью магнитных частиц является: большая емкость сорбента, позволяющая выделять большие количества ДНК/РНК; минимизация потерь в ходе выделения ДНК; уменьшение риска перекрестной контаминации за счет того, что весь нуклеиновый материал связывается с сорбентом; высокая чистота конечного продукта. Существенным недостатком данного метода является его дороговизна [4].

Экстракция с помощью силики. К клеточному экстракту добавляется гуанидинтиоцианат, который денатурирует все компоненты клетки за исключением ДНК. ДНК связывается с частицами силики и далее элюируется в раствор [4]. Преимущества данного метода являются: простота выполнения, простота в использовании, исключаются примеси ингибиторов; есть возможность автоматизации метода. Недостатками экстракции с помощью силики можно отметить сложность в выделении ДНК из объектов с малым количеством биологического материала [4]. В настоящее время чаще используются готовые коммерческие тест-системы (kit) отличающиеся высокой чувствительностью и достоверностью. Так для диагностирования инфекционных заболеваний широко используют экспресс-методы: готовые тест-системы для выделения ДНК «ДНК-экспресс (Литех, Москва), «Проба НК» («ДНК-технология», Москва), из зарубежных тест-систем можно отметить «DNA Purification and Extraction kit» (Promega, USA).

Таким образом, выбор метода экстракции ДНК остается за исследователем, который учитывает эффектив-

ность и доступность вышеперечисленных методик. Экстракция ДНК является комплексным процессом, который требует педантичного отношения. Изначально правильно выбранный метод выделения ДНК дает возможность добиться максимально точного результата полимеразной цепной реакции.

**Литература:**

1. Великов В.А. Молекулярная биология. Практическое руководство. – Саратов, 2013. –84с.

2. Dahm R., Discovering DNA: Friedrich Miescher and the early years of nucleic acid research // Human Genetics. 2008.

3. Сомма З.М. Анализ образцов пищевых продуктов на присутствие генетических модифицированных организмов. Сессия 4. Выделение и очистка ДНК // Методические рекомендации ВОЗ. - 2010.- 20 с.

4. Кулмаганбетова Г.Н. Современные проблемы биологии. - Астана, 2012. –12с.

**Түйіндеме**  
**НУКЛЕИН ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ БӨЛУ ЖӘНЕ ТАЗАЛАУ ӘДІСТЕРІ.**  
**МӘСЕЛЕНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ЖАҒДАЙЫ**  
**Н.Е. Ауқенов, М.Р. Масабаева, У.У. Хасанова**

**Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті**

*Осы мақалада ДНК-ның стандартты және инновациялық бөлу әдісі, сонымен қатар ДНК-ы бөлінуінің ар инновациялық әдістің артылықшылықтары мен жетіспеушіліктері көрсетілген. Нуклеин қышқылының сапалық және сандық бағалауы туралы айтылады. Бұл ақпарат таза және толық ДНК молекуласын ғылыми зерттеулерде кең қолдануға маңызды зор.*

**Негізгі сөздер:** ДНК экстракциясы, электрофорез, полимеразды тізбелік реакция.

**Summary**  
**ISOLATION AND PURIFICATION OF NUCLEIC ACIDS.**  
**STATE OF THE PROBLEM AT THE PRESENT STAGE**  
**N.E. Aukenov, M.R. Massabaeva, U.U. Khassanova**  
**Semey State Medical University**

*This observatory article consists information about standard and innovational methods of DNA excretion, indicates on advantages and disadvantages of extraction DNA. Describe quality and quantity evaluation of nuclear acids to obtain the most complete DNA, then allowing it to use in a broad range of scientific investigations.*

**Keywords:** DNA extraction, electrophoresis, polymerase-chain-reaction.

УДК 616.24-002.5-08-035

К.С. Игембаева<sup>1</sup>, Р.С. Игембаева<sup>1</sup>, А. Тусупжанова<sup>2</sup>, А. Оразғалиева<sup>2</sup>, А. Саламатов<sup>2</sup>, А. Строкань<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Студенты 611 группы, «ВОП», ГМУ г. Семей

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Аннотация**

*В статье проанализированы основные причины низкой эффективности лечения впервые выявленных больных. Невыполнение протокола диагностического алгоритма общей лечебной сетью привело к распространенным процессам, явившимся причиной смерти в 5 (2,8%) случаях. Поздняя обращаемость населения за медицинской помощью и высокий показатель МЛУ ТБ составил 13,7%.*

**Ключевые слова:** туберкулез, органы дыхания, впервые выявленные, лечение.

**Актуальность.** Оценка эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом, выделяющих МБТ, изучение особенностей клинического течения, частоты лекарственной резистентности МБТ, остаются актуальной проблемой фтизиатрии. Остаются недостаточно изученными причины неудач лечения больных туберкулезом, сроки развития рецидивов, лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, сроки развития мультирезистентного туберкулеза, а также причины хронизации впервые выявленных форм туберкулеза (1-3).

**Целью исследования** явилось изучение эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания.

**Материалы и методы**

Материалом служили истории болезни 174 впервые выявленных больных проходивших лечение в РПТД. Нами проведен ретроспективный анализ медицинской и статистической документации 174 впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с бацилловыделением, зарегистрированных в РПТД и находившихся на лечении в период с 2007 по 2009 год.

**Результаты и их обсуждение**

Нами обнаружено, что основную часть составили лица от 20 до 39 лет (68,3%), т.е. молодого возраста. Распределение больных по полу показало следующее: мужчин – 94 (54%), а женщин – 80 (46%). Выявлено, что впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания оказались наиболее трудоспособного, молодого возраста, в большинстве случаев с неудовлетвори-

тельным социальным статусом (проживающие в общежитиях и в арендованном жилье).

По клиническим формам туберкулеза органов дыхания больные распределились следующим образом:

- инфильтративный туберкулез составил 129 (74,1%) случаев;
- очаговый – 13 (7,5%) случаев;
- экссудативный плеврит – 17 (9,7%) случаев;
- туберкулез внутригрудных лимфоузлов – 8 (4,7%) случаев;

- казеозная пневмония – 3 (1,7%) случаев;
- диссеминированный – 4 (2,3%) случаев.

Исходы оценивались по окончании полного курса химиотерапии. Больной считался «вылеченным» при стойком абацеллировании к концу лечения.

Исходы лечения больных впервые выявленным туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением за период 2007-2009 гг. были определены согласно рекомендациям ВОЗ:

- вылечен – 127 (73%) случаев,
- лечение завершено – 1 (0,5%),
- неблагоприятный исход – 24 (13,8%),
- умер – 10 (5,8%),
- переведен – 6 (3,5%),
- нарушения режима – 6 (3,5%).

Следует отметить, что в неблагоприятный исход вошли случаи туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью – 19 (10,9%).

Из случаев умерших – в 5 (2,8%), причиной смерти были в трех случаях, алкоголизм, и по одному случаю инсульт и рак пищевода.

В последние годы во многих странах получили признание краткосрочные курсы химиотерапии, позволяющие излечить большинство впервые выявленных больных туберкулезом и тем самым предотвратить развитие лекарственной устойчивости.

Прекращение бактериовыделения после интенсивной фазы у всех больных туберкулезом было достигнуто в 134 (77,0%) из 174 случаев с положительными мазками мокроты. Результаты по конверсии мокроты у больных с поли – и, в особенности, с мультирезистентностью МБТ, были неудовлетворительными. В сравнительном аспекте наиболее благополучной в данном отношении были больные с монорезистентностью и с охраненной чувствительностью к АБП.

#### Заключение.

1. Основными причинами низкой эффективности лечения впервые выявленных больных являются невыполнение протокола диагностического алгоритма общей лечебной сетью, что привело к распространенным процессам, которая явилось причиной смерти в 5 (2,8%) случаях.

2. К причинам низкой эффективности лечения впервые выявленных больных также относится поздняя обращаемость населения за медицинской помощью и высокий показатель МЛУ ТБ составивший 13,7%.

#### Литература:

1. Салмаханов А.Р., Гусейнов Г.К., Муталипов М.А. Коллапсотерапия в комплексном лечении впервые выявленных больных с деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туб. и болезней легких. - 2009. - №3. - С. 47-51.

2. Никишова Е.И., Марьяндышев А.О. Мониторинг туберкулеза с МЛУ в Архангельской области // Туберкулез и болезни легких. – 2012. - №12. –С. 3-8.

3. Иванова Д.А., Борисов С.Е., Рыжов А.М., Иванушкина Т.Н. Частота и риск развития тяжелых нежелательных реакций при лечении впервые выявленных больных туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. – 2012. - №12. – С. 15-23

#### Тўжырым

#### ТЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗИНЕ АЛҒАШҚЫ РЕТ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫҢ ЕМДЕУІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

**К.С. Игембаева<sup>1</sup>, Р.С. Игембаева<sup>1</sup>, А. Тусупжанова<sup>2</sup>, А. Оразғалиева<sup>2</sup>, А. Саламатов<sup>2</sup>, А. Строкань<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,

<sup>2</sup>Семей қ. ММУ «ЖПД» 611 т. студенттері

Жалпы емдеу мекемелерінің диагностикалық алгоритм протоколын орындамауы, алғаш рет туберкулезге шалдыққан аурулардың бесеуінің (2,8%) өлімін есебеп болды.

Алғаш рет туберкулезге шалдыққан аурулардың емінің нәтижесінің төмен болуының тағы бір себебі адамдардың дәрігерге кеш қаралуы және олардың арасында көп дәріге төзімділіктің 13,7% кездесуі.

**Негізгі сөздер:** туберкулез, тыныс алу жолдары, алғашқы анықталған.

#### Summary

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

**K.S. Igembayeva<sup>1</sup>, R.S. Igembayeva<sup>1</sup>, A. Tusupshanova<sup>2</sup>, A. Orazgalieva<sup>2</sup>, A. Salamatov<sup>2</sup>, A. Strokan<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Students 611 gr., «GP», SSMU, Semey

The basic reasons of low efficiency of treatment for the first time of revealed patients are default of the protocol of diagnostic algorithm by a general(common) medical network, that has resulted in the widespread processes, which was by the reason of death in 5 (2,8%) cases.

Also concerns late negotiability population for medical help and high parameter MDR TB made to the reasons of low efficiency of treatment for the first time of revealed patients 13,7%.

**Key words:** tuberculosis, respiratory organs, new cases, treatment.

УДК 616:233-002

Л.К. Жазыкбаева<sup>1</sup>, Л.А. Осипанова<sup>2</sup>, Г.С. Рамазанова<sup>2</sup><sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии, г.Семей

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФРОМИЛИД УНО ПРИ ИНФЕКЦИЯХ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

### Аннотация

Длительный опыт клинического использования свидетельствует о том, что Фромилид УНО (кларитромицин) занимает одно из важных мест в терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей и актуальность его применения возрастает с получением новых сведений об эффектах этого антибактериального препарата. Подтверждена высокая эффективность и безопасность препарата Фромилид УНО при лечении пациентов с острыми и хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей. Дозирование препарата один раз в сутки создает высокий комплаенс, минимизирует побочные действия.

**Ключевые слова:** острая пневмония, Фромилид Уно, антибактериальный эффект.

Фромилид УНО (KRKA, Словения) - распространенный и эффективный препарат, который применяется при многих заболеваниях, в частности при инфекциях верхних и нижних дыхательных путей.

По многим литературным источникам авторы [1,2,3,9] отмечают, что пациентам с нетяжелой внебольничной пневмонией, не имеющих сопутствующих заболеваний и не принимавших в последние три месяца antimicrobных препаратов, целесообразно назначение монотерапии препаратом группы аминопенициллинов или макролида. Амоксициллин высокоэффективен по отношению к пневмококку, но неэффективен к атипичным возбудителям. Назначать ингибиторзащитные аминопенициллины данной категории больных нецелесообразно. Наряду с аминопенициллинами для стартовой терапии этих больных целесообразно назначение макролидов, при этом предпочтительно назначение макролидов с улучшенными фармакокинетическими свойствами, таких Фромилид УНО (кларитромицин). Макролиды высокоэффективны в отношении пневмококка, а также помимо основного – антибактериального эффекта - влияют на систему неспецифической антиинфекционной защиты. Причем эти эффекты (противовоспалительный и иммуномодулирующий) наиболее выражены у Фромилида, как у 14-членного макролида. Кларитромицин пролонгированного действия («Фромилид УНО», KRKA, Словения) обладает также несомненным преимуществом приема один раз в сутки.

Фромилид УНО содержит в качестве активного вещества кларитромицин - полусинтетический антибиотик из группы макролидов. Связываясь с Р-локсом рибосомальной субъединицы 50S, подавляет синтез белка в микробной клетке. Действует в основном бактериостатически, в некоторых случаях оказывает также бактерицидное действие.

Препарат обладает активностью против многочисленных клинически значимых грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также микоплазм, уреоплазм, хламидий, легионелл и атипичных микобактерий.

К препарату чувствительны **аэробные грамположительные микроорганизмы:** Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus (метициллин - чувствительные), Streptococcus agalactiae, Streptococcus viridans, Corynebacterium spp., Listeria monocytogenes, Bacillus spp.;

- **аэробные грамотрицательные микроорганизмы:** Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Legionella pneumophila, Neisseria gonorrhoeae,

Helicobacter pylori, Campylobacter jejuni, Bordetella pertussis, Pasteurella multocida;

- **анаэробные грамположительные бактерии:** Eubacterium spp., Clostridium perfringens, Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Propionibacterium acnes;

- **аэробные грамотрицательные бактерии:** Bacteroides spp., Bacteroides fragilis, Prevotella melaninogenica;

- **другие микроорганизмы:** Chlamydia pneumoniae, Mycobacterium avium, Chlamydia trachomatis, Mycobacterium fortuitum, Mycoplasma pneumoniae, Mycobacterium chelonae, Ureaplasma urealyticum, Mycobacterium kansasii, Borrelia burgdorferi, Mycobacterium xenopi, Toxoplasma gondii, Mycobacterium leprae.

Помимо Фромилида УНО, его метаболит 14-гидроксикларитромицин также обладает антибактериальным эффектом, действуя в отношении Haemophilus influenzae в 2 раза активнее, чем кларитромицин.

Ряд авторов [3,4, 5,6, 7, 8, 11,12,13] провели исследование, посвященное эффективности Фромилида УНО при лечении острых и хронических инфекций верхних дыхательных путей. При этом они отмечают, что длительный опыт клинического использования свидетельствует о том, что Фромилид УНО занимает одно из важных мест в терапии острых и хронических инфекций верхних дыхательных путей и актуальность его применения возрастает с получением новых сведений об эффектах этого антибактериального препарата. Также подтверждена высокая эффективность и безопасность препарата Фромилид УНО при лечении пациентов с острыми и хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей, а дозирование препарата один раз в сутки создает высокий комплаенс и минимизирует побочные действия

В исследовании ряда авторов у пациентов с хроническим бронхитом и положительным результатом культурального исследования на наличие БГСА 5-дневный курс лечения Фромилидом УНО в дозе 500 мг 1 раз в день превосходил по бактериологической эффективности 5-дневный курс лечения азитромицином, который применялся по 500 мг в первый день, далее по 250 мг 2 раз в сутки (частота эрадикации БГСА составила 91 и 82% соответственно,  $p=0,012$ ) [11,12,13]. Ряд исследований демонстрирует, что 5-дневный курс Фромилида УНО по клинической и микробиологической эффективности сопоставим со стандартным 10-дневным курсом лечения феноксиметилпенициллином [11,12,13]. Кроме того, в последние годы все большее внимание привле-

кает способность *S. pyogenes* к внутриклеточному существованию в эпителиальных клетках человека, что может быть одной из причин снижения эффективности бета-лактамов антибиотиков [3,4,5,6,7,8,11,12,13]. Фромилид УНО способен проникать внутрь клеток и сохранять свою активность в различных внутриклеточных структурах и тем самым служить препаратом для эрадикации БГСА при неэффективности терапии хронических бронхитов пенициллинами [8, 11,12,13].

Применение Фромилида при остром синусите обусловлено в первую очередь его активностью в отношении *S. pneumoniae*, *M. Catarrhalis* и *H. Influenzae*.

В современных руководствах макролидные антибиотики Фромилид УНО рассматриваются как препараты выбора, рекомендуемые при острых синуситах в случае аллергии к бета-лактамам антибиотикам [3,4, 5,6, 7, 8, 11,12,13].

В то же время при клинических исследованиях показана сравнимая с пенициллинами, цефалоспоридами и фторхинолонами клиническая эффективность Фромилида УНО при острых синуситах. Кроме того, в исследованиях Фромилид УНО не уступал амоксициллину / клавуланату по бактериологической эффективности (частота эрадикации составила 87 и 90% соответственно) [11,12,13].

Однократный прием Фромилида УНО замедленного высвобождения в дозе 1000 мг в сутки в течение 14 дней у пациентов с острым синуситом при рандомизированном слепом клиническом исследовании (для исследователя) по клинической и бактериологической эффективности, качеству жизни, удовлетворенности лечением оказался сравнимым с таким же (по длительности) курсом лечения амоксициллином / клавуланатом в дозе 875/125 мг 2 раза в сутки [11,12,13].

Одними из первых потенциальную клиническую эффективность Фромилида УНО при хроническом синусите продемонстрировали ряд авторов [11,12,13]. Целью их работы явился анализ результатов исследований, посвященных эффективности и безопасности применения кларитромицина и, в частности, Фромилида УНО, для лечения острых и хронических синуситов. Наблюдали 32 пациента с синобронхиальным синдромом, которые получали Фромилид УНО в течение 10 дней в дозе 500 мг в сутки [1,2,3]. При контрольном исследовании, у этих пациентов отмечалось существенное уменьшение объема секрета, выраженности кашля и одышки. Другие клинические исследования также продемонстрировали способность Фромилида УНО улучшать течение хронического синусита, уменьшать уровень противовоспалительных цитокинов и размер полипов в полости носа [5,7,8,9].

В проспективном открытом исследовании у 25 пациентов с хроническим синуситом при исследовании биоптатов слизистой верхнечелюстного синуса до начала лечения и после применения Фромилида УНО (по 500 мг 1 раз в сутки в течение 10 дней) отмечено статистически значимое уменьшение маркеров воспаления, наряду с уменьшением клинических проявлений ХС [5,7,8,9].

В 2010г. на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи проводилось открытое проспективное несравнительное неконтролируемое исследование FORWARD/RU у больных с острым тонзиллофарингитом, острым риносинуситом, целью которого, являлось изучение эффективности и безопасности Фромилида УНО в лечении больных с воспалительными заболеваниями лор-органов. Анализ эффективности и безопасности Фро-

милида УНО у пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей проводился в трех группах больных: с острым тонзиллофарингитом, острым синуситом и острым отитом. Согласно протоколу ведения, все пациенты наблюдались в течение 10 дней, получали Фромилид УНО в соответствии с инструкцией по медицинскому применению, курс антибиотикотерапии составил 7 дней [6].

#### Выводы

1. Длительный опыт клинического использования свидетельствует о том, что Фромилид УНО (кларитромицин) занимает одно из важных мест в терапии острых и хронических инфекций верхних и нижних дыхательных путей. Актуальность его применения возрастает с получением новых сведений об эффектах этого антибактериального препарата.

2. Подтверждена высокая эффективность и безопасность препарата Фромилид УНО при лечении пациентов с острыми и хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей.

3. Дозирование препарата один раз в сутки создает высокий комплаенс, минимизирует побочные действия.

#### Литература:

1. Божок П.Е. // Проблемы пульмонологии. – М. Москва. – 2000. – 274 с.
2. Карпов И.А., Качанко Е.Ф. Кларитромицин: возможности клинического использования // Беларусь – 2010. – 56 с.
3. Лопатин А.С. Хронический риносинусит. Патогенез, диагностика и принципы лечения // Клинические рекомендации – М., 2010 – 66с.
4. Лопатин А.С. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа: руководство для практикующих врачей / Литера, 2011. – 816 с.
5. Матвеев В.А. Неантибактериальные эффекты макролидных антибиотиков // Лечебное дело – 2011-№6 (23) - С.51-57.
6. Пальчун В.Т. и др. Эпидемиологические аспекты синуситов и основные подходы к лечению / Вестн. оториноларингологии. – 2010. – №5. – С. 201–203.
7. Петрова Л.Г. Новые возможности использования кларитромицина для лечения инфекций верхних дыхательных путей // Международный научно-практический журнал Оториноларингология. Восточная Европа – 2012. - №1(06) –С. 2-7.
8. Петрова Л.Г. Особенности лечения хронического синусита / Л.Г. Петрова // Оториноларингология в Беларуси. – 2011. – N1 (02). – С. 53–58.
9. Петров С.А., Сухих Ж.Л. Внебольничная пневмония: амбулаторное лечение // Рецепт – 2010. №5(73)-С. 97-100.
10. Страчунский Л.С., Козлов Р.С. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2005. Т. 7, N4. – С. 369–393.
11. Тимчук Л.Э. Эффективность и безопасность препарата Фромилид Уно у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР-органов // Российская оториноларингология. – 2011. No 3. – С. 160–167.
12. Chole R. Anatomical evidence of microbial biofilms in tonsillar tissues: a possible mechanism to explain chronicity
13. Chole R., B. Faddis // Arch. Otolaryngol Head Neck Surg. – 2003. – No 129 – P. 634–636

**Тұжырым**  
**ЖОҒАРҒЫ ЖӘНЕ ТӨМЕНГІ ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖҰҚПАЛЫҚ**  
**АУРУЫ КЕЗІНДЕ ФРОМИЛИД УНО ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ**  
**Л.К. Жазыкбаева<sup>1</sup>, Л.А. Осипанова<sup>2</sup>, Г.С. Рамазанова<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,

<sup>2</sup>Семей қаласындағы медицина мен экологияның радиациялық ғылыми-зерттеу институты

Клиникалық тұрғыда қолданудың ұзақ тәжірибесі Фромилид УНО-ның (кларитромицин) жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдарының жіті және созылмалы жұқпалық ауруларын емдеуде маңызды орын алатынын және оны қолдану маңыздылығы бактерияға қарсы бұл препараттың әсерлері жайлы жаңа мәліметтерді алумен бұдан әрі өсе түсетінін дәлелдейді. Фромилид УНО препаратының жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдарының жіті және созылмалы жұқпалы-қабыну аурулары бар науқасты емдеу кезіндегі жоғарғы тиімділігі мен қауіпсіздігі расталды. Препаратты бір тәулікке мөлшерлеу жоғарғы комплаенс тудырады, жанама әсерлерді төмендетеді.

**Негізгі сөздер:** фромилид УНО, өкпенің пневмониясы, антибактериальды қасиетті.

**Summary**  
**EFFICIENCY OF APPLICATION MACROLIDES (FROMILID UNO) AT INFECTIONS**  
**OF THE UPPER AND LOWER RESPIRATORY TRACTS**  
**L.K. Zhazykbaeva<sup>1</sup>, L.A. Osipanova<sup>2</sup>, G.S. Ramazanova<sup>2</sup>**

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

Scientific and Research institute of radiation Medicine and Ecology of Semey<sup>2</sup>

The studies found that: Experience of clinical practice suggests that Fromilid UNO (clarithromycin) occupies an important place in the treatment of acute and chronic infections of the upper and lower respiratory tracts and increases the relevance of its application to obtain new information about the effects of the antibacterial agent. Validated high efficacy and safety Fromilid UNO in patients with acute and chronic infectious and inflammatory diseases of the upper and lower respiratory tract. Dosing of the drug once per day creates high compliance, minimizing side effects.

**Key words:** acute pneumonia, Fromilid Uno, antibacterial effect.

УДК 616.24-002-615.33-08-07

<sup>1</sup> А.С. Сарсекеева, <sup>2</sup> А.Н. Жумағалиева, <sup>3</sup> М.Ю. Фролова, <sup>2</sup> Л.М. Пивина, <sup>1</sup> Е.Б. Богачев,  
<sup>2</sup> Ж.М. Уразалина, <sup>2</sup> Г.Б. Батенова

<sup>1</sup>Больница скорой медицинской помощи г. Семей;

<sup>2</sup>Государственный медицинский университет города Семей;

<sup>3</sup>ПМСП №6, г. Семей

**ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ОСНОВНЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ**  
**ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ И ПУТИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

**Аннотация**

В статье представлены результаты бактериологического исследования мокроты и определения чувствительности возбудителей внебольничной пневмонии у пациентов пульмонологического отделения. Описаны причины развития антибиотикорезистентности и современные методы комбинированной антибиотикотерапии внебольничной пневмонии.

**Ключевые слова:** пневмония, антибиотикорезистентность, бактериологическое исследование мокроты.

**Введение.**

Проблема роста устойчивости возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций к антибактериальным препаратам в настоящее время приобретает глобальный характер. На решении этого вопроса сосредоточены усилия микробиологов, исследователей-клиницистов, а также специалистов в области организации здравоохранения. В повседневной клинической практике врач, практически любой специальности, сталкивается с трудностью лечения инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных полирезистентными штаммами микроорганизмов, традиционными схемами лечения, соответствующими общепринятым стандартам диагностики и лечения.

Известно, что внебольничные пневмонии (ВП) занимают четвертое - восьмое место в структуре ведущих причин смерти, как во всем мире, так и в Казахстане, обуславливая наибольшее число летальных исходов от инфекционных заболеваний. Широкое распространение

метициллин - резистентного стафилококка, пенициллин-резистентных пневмококков, продуцирующих бета-лактамазы, приводит к необходимости поиска новых, значительно более дорогостоящих антибактериальных препаратов для лечения внебольничных пневмоний. Проведение нерациональной антибиотикотерапии, задержка начала адекватной антимикробной терапии ведут к росту резистентности микроорганизмов, увеличивают сроки пребывания больных в стационарах, приводят к развитию серьезных осложнений, вплоть до летальных исходов, и наносят существенный экономический ущерб. Эффективная антибактериальная терапия внебольничных пневмоний невозможна без мониторинга этиологической структуры возбудителей инфекции и их чувствительности к антибактериальным препаратам в каждом конкретном медицинском отделении и учреждении в целом. Именно результаты мониторинга антибиотикорезистентности микроорганизмов являются основой выработки рекомендаций и стандартов по анти-

бактериальной терапии и базой для разработки больничного формуляра лекарственных средств.

К сожалению, в Казахстане отсутствует унифицированная система контроля за резистентностью микробной флоры, что затрудняет оценку сложившейся ситуации не только по стране, но и в отдельном регионе. В литературе имеются лишь единичные работы, характеризующие состояние проблемы в конкретном стационаре, по которым можно судить об актуальности указанной проблемы в целом. При этом надлежащая клиническая практика в настоящее время требует внедрения рекомендаций, основанных на принципах доказательной медицины. Поэтому при принятии решения об оптимальных методах лечения в конкретной клинической ситуации необходимо знание не только национальных, но и международных клинических рекомендаций, наиболее значимыми из которых являются рекомендации Американского торакального общества (АТО) и Американского общества инфекционных болезней (АОИБ). Согласно этим рекомендациям, необходимость проведения бактериологической диагностики очевидна в тех случаях, когда выявление возбудителя способно повлиять на исходы лечения или на эпидемическую ситуацию [1]. При этом важным преимуществом, обеспечиваемым уточнением этиологического диагноза пневмонии, является возможность выбора антибиотиков максимально узкого спектра действия, имеющих наибольшую эффективность в конкретном случае. Материалом для исследования служат мокрота и эндотрахеальный аспират, взятый после интубации. Оптимальное время исследования – до начала или в первые часы антибиотикотерапии. К сожалению, чаще всего исследование проводится на фоне лечения или после безуспешной антибактериальной терапии в поликлинике и из мокроты выделяются микроорганизмы, не имеющие отношения к этиологии пневмонии. Основным недостатком этого метода является его продолжительность (результаты бактериологического исследования бывают известны не ранее чем на 3-4-й день), поэтому выбор антибиотика первого ряда осуществляется эмпирически. Абсолютными показаниями для проведения этиологической диагностики ВП являются поступление в ОИТ; неэффективность антибиотикотерапии в амбу-

латорных условиях; деструктивные процессы в легких; лейкопения; алкоголизм; тяжелые хронические заболевания печени; сопутствующая хроническая обструктивная болезнь легких; недавнее (в течение 2 недель) путешествие; наличие плеврального выпота.

Кроме бактериологического исследования указанные рекомендации при тяжелой ВП указывают на необходимость проведения иммунохроматографического пневмококкового теста, положительные результаты которого позволяют при отсутствии факторов риска лекарственной устойчивости возбудителя ограничить спектр назначаемых антибиотиков бензилпенициллином или аминопенициллинами [2].

**Материалы и методы.** Нами был проведен ретроспективный анализ основных выделенных микроорганизмов при внебольничной пневмонии у 237 пациентов пульмонологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей за 2013 год, а также спектр их антибиотикочувствительности. В микробиологической лаборатории использованы методы посева мокроты и идентификации выделенных микроорганизмов. Определение чувствительности выделенных микроорганизмов проводили диско-диффузионным методом.

#### Результаты и обсуждение.

В среднем, микробиологическое исследование было проведено у 76 % пациентов, проходивших лечение в отделении по поводу ВП. К сожалению, у 33% отбор проб мокроты для проведения исследования проводился уже на фоне антибиотикотерапии, что, несомненно, могло исказить истинную картину микробиологической картины.

Как следует из данных, представленных на рисунке 1, чаще всего выделяемыми микроорганизмами у больных ВП были *Streptococcus pneumoniae* (62%), *Streptococcus viridans* (17%) и клебсиелла (8%). Известно, что клебсиелла относится к семейству энтеробактерий, отличается антибиотикорезистентностью и поражает, в основном, лиц, с ослабленной иммунной системой на фоне алкоголизма, пожилого возраста, сахарного диабета и прочих иммунодефицитных состояний. В нашем случае чувствительность клебсиеллы в среднем сохранялась на 100% к карбипенемам, на 42% к амикацину, на 33% к гентамицину и на 18% к цефтриаксону.

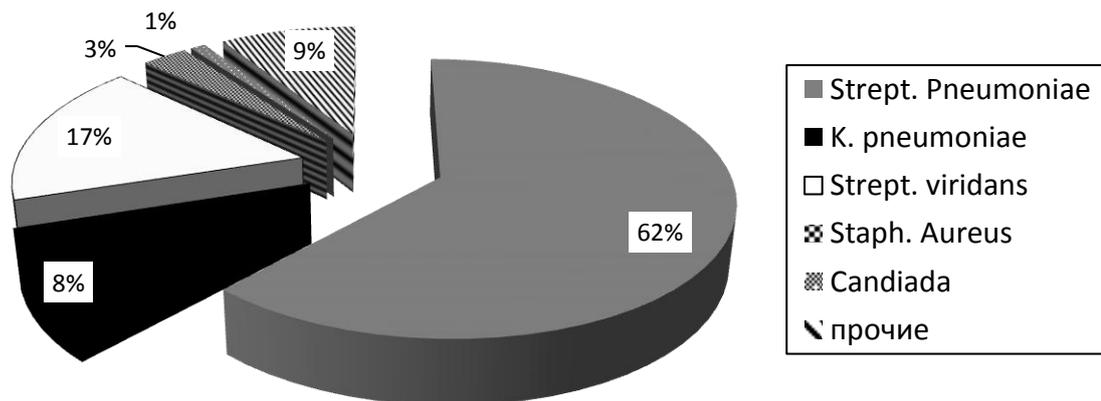


Рисунок 1 – Спектр основных микроорганизмов, выделенных в мокроте больных ВП.

*S. viridans* описан в качестве возбудителя аспирационной пневмонии, абсцесса легких, инфекционного эндокардита, инвазивных заболеваний у пациентов с иммунодефицитами. Золотистый стафилококк был высеян в 3% случаев. Известно, что этот микроорганизм отличается высокой метициллинрезистентностью, что определяет неэффективность терапии бета-

лактамами антибиотиками, включая карбипенемы. В нашем исследовании чувствительность стафилококка сохранялась на 89% к ванкомицину, на 42% к рифампицину, на 23% к эритромицину и только в 12% случаев он был чувствителен к ципрофлоксацину и цефтриаксону.

С практической точки зрения, результаты нашего исследования означают, что лечение общепринятыми в

соответствии со стандартами лечения комбинациями цефалоспоринов III-IV поколений и макролидов может быть неэффективным в отношении достаточно большого числа лиц на фоне иммунодефицитных состояний. Решение этой проблемы возможно путем расширения комбинации антибиотиков с включением респираторных фторхинолонов последних поколений (моксифлоксацин, гимифлоксацин); аминогликозидов третьего поколения (амикацин), антибиотиков группы гликопептидов (ванкомицин) и карбипенемов [3].

Таким образом, анализ микробного спектра возбудителей внутрибольничной пневмонии на примере пульмонологического отделения показал высокую частоту выделения проблемных полирезистентных микроорганизмов, что может стать определяющим фактом для исхода заболевания. Одной из основных мер сдерживания роста антибиотикорезистентности является усиление контроля и учета за использованием антибактериальных препаратов в стационаре, что достигается внедрением в клиническую практику рационально огра-

ниченного списка антибиотиков. Необходимо плановое проведение микробиологического мониторинга выделяемой мокроты и своевременной коррекции антибактериальной терапии.

#### Литература:

1. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention // Am J Respir Crit Care Med 2007; 163:1730-54.
2. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F., et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society // Clin Infect Dis 2006; 31: 383-421.
3. Management of community-acquired pneumonia in the era of pneumococcal resistance. A report from the drug-resistant Streptococcus pneumoniae therapeutic working group // Arch Intern Med 2009; 160: 1399-408.

#### Тұжырым

### АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯНЫ НЕГІЗГІ ҚОЗДЫРУШЫЛАРДЫҢ АНТИБИОТИККЕ ТӘЗІМДІЛІГІНІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОНЫ ЖЕҢУ ЖОЛДАРЫ

<sup>1</sup>А.С. Сарсекеева, <sup>2</sup>А.Н. Жумагалиева, <sup>3</sup>М.Ю. Фролова, <sup>2</sup>Л.М. Пивина,

<sup>1</sup>Е.Б. Богачев, <sup>2</sup>Ж.М. Уразалина, <sup>2</sup>Г.Б. Батенова

<sup>1</sup> Семей қ. Жедел жәрдем медициналық көмек көрсету ауруханасы; <sup>2</sup> Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті; <sup>3</sup> Аралас үлдегі емхана №6, Семей қ.

Мақалада пульмонология бөлімшесіндегі емдеушілердің қақырығын бактериологиялық зерттеу және ауруханадан тыс пневмонияны қоздырғыштардың сезімталдығын анықтау қорытындылары көрсетілген. Ауруханадан тыс пневмонияның антибиотикке төзімділігінің даму себептері және антибиотикпен төзімділігінің даму себептері және антибиотикпен емдеудің араласқан заманауи тәсілдері суреттелген негізгі сөздер: пневмония, антибиотикке төзімділік, қақырықты бактериологиялық зерттеу.

**Негізгі сөздер:** пневмония, антибиотикалық резистент, бактериялық қақырық зерттеуі.

#### Summary

### PROBLEM OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF THE MAIN INDUCERS OF COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA AND THE WAY OF ITS OVERCOMING

<sup>1</sup>A.S. Sarsekeeva, <sup>2</sup>A.N. Zhumagalieva, <sup>3</sup>M.YU. Frolova, <sup>2</sup>L.M. Pivina,

<sup>1</sup>E.B. Bogachev, <sup>2</sup>J.M. Urazalin, <sup>2</sup>G.B. Batenova

<sup>1</sup>Municipal Emergency Hospital; <sup>2</sup> Semei State Medical University; <sup>3</sup> Primary health care №6, Semei

In the paper we have presented results of bacteriological investigation of sputum and analysis of sensitivity for the main inducers of community acquired pneumonia in the patients of pulmonology department. It was described the causes of antibiotic resistance and modern methods of combination antibiotic treatment of community-acquired pneumonia.

**Key words:** pneumonia, antibiotic resistance, bacteriological sputum test.

УДК 616:233-002

Л.К. Жазыкбаева<sup>1</sup>, А.М. Бекбаева<sup>2</sup>, Ж.К. Коргамбаева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Государственный медицинский университет города Семей, <sup>2</sup>КГКП «Центр первичной медико-санитарной помощи №9», г. Семей, <sup>3</sup>МУ «Центральная смотровая поликлиника», г. Семей

### ПРИМЕНЕНИЕ ФРОМИЛИДА УНО ПРИ ОСТРОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

#### Аннотация

Под наблюдением находилось 60 больных с острой внебольничной пневмонией, в возрасте от 32 до 67 лет. Средний возраст составил 46, 2 года. Первую группу составили 30 больных, получали с антибактериальной целью препарат Фромилид УНО в дозе 500 мг 1т x 2р в день в течении 10 дней. Вторую группу составили 30 больных, получали цефазолин 1,0 x2р в/м в течении 10 дней. Под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе. Фромилид УНО оказывает выраженный антибактериальный эффект.

**Ключевые слова:** острая внебольничная пневмония, Фромилид УНО, антибактериальный эффект.

**Цель исследования.** Изучение эффективности применения препарата Фромилид УНО (кларитромицин) при острой внебольничной пневмонии.

**Материалы и методы обследования.** Под наблюдением находилось 60 больных с острой внебольничной пневмонией, из них 32 - мужчин, 28 - женщин, в

возрасте от 32 до 67 лет. Средний возраст составил 46,2 года. У 48 больных был диагностирован хронический бронхит, в стадии обострения. Курение выявлено у 46 больных. Длительность заболевания составила в среднем от 2-х до 5 дней. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 30 больных, у которых была диагностирована острая внебольничная пневмония. Из числа обследованных больных мужчин было –16, женщин- 14. Средний возраст – 44,5 года. Больные данной группы получали с антибактериальной целью препарат Фромилид УНО в дозе 500 мг 1т x 2р в день в течении 10 дней. Наряду с Фромилид УНО пациенты получали муколитические препараты. Лечение в 70% наблюдений проводили амбулаторно и в 30% - в стационаре.

Вторую группу составили 30 больных с аналогичным заболеванием. Из числа обследованных больных мужчин было 21, женщин –9. Средний возраст- 42 года.

Пациенты второй группы получали в условиях стационара цефазолин 1,0 x2р в/м в течение 10 дней. Наряду с цефазолином пациенты получали муколитические препараты, витаминотерапию.

К наиболее характерным жалобам больных обеих групп следует отнести повышение температуры различной выраженности (81% и 82% соответственно), боли в грудной клетке (74% и 71% соответственно), одышку (58% и 60% соответственно), кашель сухого и продуктивного характера (78% и 79% соответственно), общую слабость (81% и 79% соответственно).

**Результаты исследований**

Единый протокол предусматривал оценку клинических и иных признаков по единой методике бальной оценки (табл.1). Сумма всех баллов представлена в виде общего клинического счета (ОКС).

**Обсуждение результатов**

Представленные группы не различались по возрасту, клинической картине. Динамика общего клинического счета (ОКС) была идентичной в обеих группах.

Рентгенологическое исследование больных было проведено исходно, и после лечения у всех пациентов обеих групп. Определяли чувствительность выделенных микроорганизмов к антибиотикам. Лабораторные тесты (клинический анализ крови, биохимический анализ крови) проводили до начала лечения, и после лечения. Лабораторные тесты выявили лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ у всех больных перед началом лечения.

В таблице №2 представлены параметры клинического обследования больных в первой группе, получавших Фромилид УНО.

Таблица 1.

**Методика бальной оценки.**

Признак	Балл
<b>Лихорадка отсутствует (менее или равна 37 С)</b>	0
37,1-37,5 С	1
37,6-38 С	2
больше 38 С	3
<b>Ознобы</b>	
отсутствуют	0
есть	1
<b>Тахикардия</b>	
отсутствует	0
имеется	1
<b>Частота дыхания (мин -1)</b>	
≤20	0
≥20	1
<b>Боли в грудной клетке</b>	
отсутствуют	0
умеренные	1
выраженные	2
<b>Общая слабость</b>	
нет	0
есть	1
<b>Кашель сухой или малопродуктивный</b>	
есть	1
нет	0
<b>Ослабленное везикулярное дыхание</b>	
нет	0
да	1
<b>Влажные хрипы</b>	
нет	0
да	1
<b>Лейкоцитоз</b>	
нет	0
умеренный	1
выраженный	2
<b>Ускоренное СОЭ</b>	
нет	0
да	1
<b>Наличие инфильтрата на R-грамме</b>	
нет	0
умеренный	1
выраженный	2

Таблица 2.

**Клинические параметры больных 1 группы (получавших Фромилид УНО).**

Параметры	До лечения	После лечения
Температура выше 37 град	28(93,3%)	0 (0,0%)
Температура 38 град	2(6,6%)	0(0,0%)
Продуктивный кашель	28(93,3%)	0(0,0%)
Непродуктивный кашель	2(6,6%)	0(0,0%)
Одышка при нагрузке	15(50%)	0(0,0%)
Влажные хрипы	23(76,6%)	0(0,0%)
Сухие хрипы	16(53,3%)	0(0,0%)

Клиническую эффективность оценивали как:

Излечение - полное исчезновение признаков заболевания (ОКС менее или равен 1).

Улучшение - частичное исчезновение признаков заболевания без необходимости проведения дальнейшей антибактериальной терапии.

Без эффекта - персистенция или прогрессирование признаков инфекции после 72 часов от начала лечения, требующие смены антимикробного агента.

В таблице 3 представлена клиническая эффективность применения препаратов Фромилида УНО и цефазолина при острой внебольничной пневмонии.

Необходимо отметить, что под влиянием терапии отмечали положительную динамику показателей в обеих группах, но более выраженную в первой группе. В первой группе отмечено выздоровление уже после курса Фромилида УНО, исчезновение боли в грудной клетке, одышки, кашля, нормализация показателей крови у

29 (96,6%) пациентов, улучшение - у 1 (3,3%) больных. Во второй группе отмечено излечение 26 (86,6%) больных, улучшение у 4 (13,3%) больных, у 1 (3,3%) больных - лечение без эффекта, пришлось заменить антибиотик цефазолин на другой антибиотик.

Таблица 3.

#### Клиническая эффективность Фромилида УНО и Цефазолина при острой пневмонии.

Критерии	Фромилид УНО (n=30)	Цефазолин (n=30)
Излечение	30	26
Улучшение	0	4
Без эффекта	0	1

Переносимость антибиотикотерапии в обеих группах была хорошей. Ни в одном случае не потребовалось изменить препараты вследствие их токсических эффектов.

**Выводы.** На основании полученных данных можно сделать заключение, что:

1. Фромилид УНО обладает высокой антибактериальной активностью.
2. Фромилид УНО эффективен для лечения острой внебольничной пневмонии при амбулаторном лечении, при назначении его в дозе 500 мг 1т x 2 раза в день в течение 10 дней.

#### Тўжырым

#### ЕМДЕУ ӨҚПЕНІҢ ПНЕВМОНИЯСЫНЫҢ ФРОМИЛИД УНО ҚОЛДАНУ

Л.К. Жазыкбаева<sup>1</sup>, А.М. Бекбаева<sup>2</sup>, Ж.К. Коргамбаева<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, <sup>2</sup>Аралас үлдегі емхана №9, Семей қ.

<sup>3</sup>Семей қ. «Орталық қаралу емханасы» Медициналық мекеме

Бақылауға 32-67 жастар аралығындағы, ауруханадан тыс жіті пневмониясы бар 60 науқас алынды. Орташа жас шамасы 46,2 жасты құрады. Бірінші топ 30 науқасдан құралды, олар 10 күн ішінде бактерияға қарсы 500 мг мөлшердегі 1 таблеткадан күніне 2 реттен Фромилид УНО препаратын қабылдады. Екінші топ 30 науқасдан тұрды, олар 10 күн ішінде бі күніне 2 реттен 1,0 цефазолин қабылдады. Емдеуді қолдану аясында екі бірдей топта көрсеткіштердің жағымды динамикасы байқалды, алайда бірінші топ ерекшелене түсті. Фромилид УНО бактерияға қарсы анықәсер береді.

**Негізгі сөздер:** Фромилид Уно, өқпенің пневмониясы, антибактериальды қасиетті.

#### Summary

#### FROMILID UNO IN TREATMENT ACUTE PNEUMONIA

L. Zhazykbaeva<sup>1</sup>, A.M. Bekbayeva<sup>2</sup>, ZH.K. Korgambaeva<sup>3</sup>

<sup>1</sup>State Medical University of Semey, <sup>2</sup>Primary health care №9, Semey, <sup>3</sup>Central polyclinic, Semey

We observed 60 patients with acute community - acquired pneumonia, aged 32 to 67 years. The median age was 46,2 years. The first group consisted of 30 patients who received the drug with antibacterial purpose Fromilid UNO in a dose of 500 mg 1 h 2p per day for 10 days. The second group consisted of 30 patients received cefazolin 1,0x2r/ m with in 10 days. Under the influence of the rap noted positive dynamics of both groups, but more pronounced in the first group. Fromilid UNO in treatment acute pneumonia demonstrated high clinical antibacterial effects.

**Key words:** acute pneumonia, Fromilid Uno, antibacterial effect.

УДК 616.155.194-07

Г.Г. Батырханова

Железнодорожная больница, г. Павлодар

#### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К АНЕМИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

#### Аннотация

Больные с анемическим синдромом (АС) встречаются в практике врачей всех специальностей, в поликлинике и стационаре, и должны получать своевременную и адекватную медицинскую помощь. Во многих случаях врачи сталкиваются с большими сложностями при верификации характера анемии. Основным способом диагностики анемии нередко является общий анализ крови. В статье представлены общие принципы диагностики АС. Эти данные могут быть полезны не только гематологам, но и клиницистам других специальностей, которые в своей повседневной деятельности сталкиваются с проблемой диагностики анемий.

**Ключевые слова:** анемия, диагностика.

Анемия - клиничко-гематологический синдром, характеризующийся снижением концентрации гемоглобина и, в большинстве случаев, эритроцитов и гемоглобина в единице объема. Критериями Всемирной организации здравоохранения для диагностики анемий у мужчин является уровень гемоглобина менее 130 г/л и гематокрита менее 39%, у женщин - уровень гемоглобина менее 120 г/л (у беременных женщин менее 110 г/л) и гематокрита менее 36%.

Анемии выявляются у 10–20% населения Земли, а среди женщин детородного возраста и детей - у 40–50%. Среди больных анемиями преобладают женщины, что обусловлено большей частотой железодефицитной анемии, которая является наиболее распространенной формой этого заболевания во всех странах (в России - около 90%). Частота других его видов в различных регионах неодинакова. В России 2-е место занимают анемии хронических заболеваний (5%). Другие виды (В<sub>12</sub>-дефицитная, фолиеводефицитная, гемолитическая и особенно апластическая) встречаются значительно реже. В странах Южной Европы, Африки, Азии и Латинской Америки широко распространены анемии, обусловленные наследственными дефектами структуры или синтеза гемоглобина (гемоглобинопатии и талассемии).

Анемия может иметь смешанную природу. Чаще всего встречается сочетание железодефицитной и В<sub>12</sub>-дефицитной, однако возможны и другие варианты. В большинстве случаев анемия - не самостоятельная нозологическая форма, а симптом заболевания. В терапевтической практике АС чаще всего наблюдается при диффузных болезнях соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системные васкулиты), заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (язвенная болезнь, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит), печени, почек (прежде всего при развитии хронической почечной недостаточности), хронических инфекционных заболеваниях и злокачественных опухолях любой локализации.

В окончательном диагнозе необходимо указывать не только вид, но и причину анемии (например, железодефицитная анемия средней степени тяжести, обусловленная повторными геморроидальными кровотечениями).

При обследовании больного с АС необходимо учитывать, что изменение объема плазмы приводит к диспропорции между уровнем гематокрита и эритроцитов. При увеличении объема плазмы (беременность, недостаточность кровообращения, олигурия, обусловленная почечной недостаточностью или застойными заболеваниями сердца) отмечается относительное снижение массы эритроцитов, в связи с чем, возможна постановка неправильного диагноза анемии. Уменьшение объема плазмы (дегидратация, обильная диарея, перитонеальный диализ или парацентез, диабетический ацидоз), напротив, приводит к относительному увеличению массы циркулирующих эритроцитов и «маскирует» анемию.

#### Принципы диагностики анемий

Клинические проявления анемий обусловлены развитием гипоксии тканей и компенсаторными реакциями, прежде всего со стороны центральной нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Типичными являются жалобы на общую слабость, головокружение, головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение, одышку при физической нагрузке.

Больные гемолитической анемией отмечают желтушность кожи, иктеричность склер, потемнение мочи, при железодефицитной анемии часто наблюдаются

извращения вкуса (*picachlorotica*), при В<sub>12</sub>-дефицитной и железодефицитной анемии - глоссит, неврологические расстройства вследствие фуникулярного миелоза. У больных апластической или вторичной анемией на фоне онкогематологических заболеваний (острые и хронические лейкозы, злокачественные лимфомы) нередко развивается геморрагический синдром (петехии на коже, кровоточивость слизистых оболочек полости рта, носовые кровотечения). При гемолитическом кризе, инфекционных осложнениях на фоне апластической анемии или онкогематологических заболеваний отмечается субфебрильная или фебрильная лихорадка.

Из анамнеза необходимо уточнить:

- характер АС (наследственный или приобретенный);
- особенности питания (малобелковая диета, вегетарианство);
- профессиональные вредности (воздействие ионизирующей радиации, химических веществ);
- наличие возможной кровопотери (мелена, мено- и метроррагии, патология гемостаза);
- сопутствующие заболевания ЖКТ, печени, почек, соединительной ткани; прием медикаментов.

Необходимо учитывать пол больного (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, который часто сопровождается развитием гемолитической анемии, характерен для мужчин), возраст (наследственные анемии проявляются в детском или юношеском возрасте), национальность (талассемии на территории России чаще встречаются у коренного населения Северного Кавказа). У женщин требуется выяснить гинекологический анамнез (мено- и метроррагии, фибромиома матки, эндометриоз).

Объективные данные позволяют выявить общие признаки АС (бледность кожи и видимых слизистых оболочек, тахикардия). При большинстве анемий (железодефицитной, В<sub>12</sub>-дефицитной, апластической) у пациентов имеется отчетливая корреляция между тяжестью заболевания и степенью бледности кожи и слизистых оболочек. Однако клинические симптомы, обусловленные тканевой гипоксией, у больных с хроническими анемиями могут не проявляться вплоть до уменьшения уровня гемоглобина ниже 70–80 г/л.

При отдельных видах анемии отмечаются характерные симптомы со стороны кожи и слизистых оболочек (см. выше), которые позволяют с большой долей вероятности поставить диагноз уже при первичном осмотре.

При аускультации у больных с анемией любого генеза обычно определяется ослабление первого тона на верхушке сердца, систолический шум изгнания, наиболее четко выслушиваемый на верхушке и в точке проекции легочной артерии, шум «волчка» на яремных венах.

У больных гемолитическими анемиями определяется увеличение селезенки, значительно более выраженное при наследственном характере анемии. Увеличение размеров селезенки, часто в сочетании с генерализованной или локальной лимфоаденопатией, характерно для анемий у больных с онкогематологическими заболеваниями (острые и хронические лейкозы, лимфогранулематоз, неходжкинские лимфомы).

При инструментальном обследовании больных с АС выявляются неспецифические изменения, обычно коррелирующие с выраженностью анемии. При электрокардиографии часто обнаруживаются депрессия сегмента ST, сглаженный или инвертированный зубец T, могут наблюдаться нарушения сердечного ритма и проводимости. В ряде случаев, особенно у пожилых пациентов, развивается мерцательная аритмия. При ин-

струментальных исследованиях органов брюшной полости могут выявляться заболевания, являющиеся причиной развития железодефицитной анемии (язва желудка или двенадцатиперстной кишки, рак желудка, язвенный колит). При офтальмоскопии определяется бледность сетчатки, нередко - кровоизлияния и отек соска зрительного нерва.

**Классификация анемий и принципы дифференциальной диагностики**

В клинической практике наиболее распространена патогенетическая классификация, основанная на качественных и количественных изменениях эритронов (табл. 1).

**Анемии вследствие кровопотери**

- острая постгеморрагическая анемия
- хроническая постгеморрагическая анемия

**II. Анемии вследствие недостаточного эритропоэза**

**1. Гипохромные**

- железодефицитные
- анемии, связанные с нарушением синтеза порфиринов

**2. Нормохромные**

- анемии хронических заболеваний
- анемии при хронической почечной недостаточности

- апластические анемии

- анемии при опухолевом и метастатическом поражении костного мозга

**3. Мегалобластные**

- В<sub>12</sub>-дефицитные анемии
- фолиеводефицитные анемии

**III. Анемии вследствие усиленного разрушения эритроцитов (гемолитические)**

**1. Анемии, обусловленные внеэритроцитарными факторами (гемолитические токсические вещества)**

**2. Иммунные гемолитические анемии**

- изоиммунные гемолитические анемии
- аутоиммунные гемолитические анемии

**3. Гемолитические анемии, обусловленные механическим повреждением эритроцитов (искус-**

**ственные клапаны сердца, аппарат искусственного кровообращения и т.д.)**

**4. Анемии, обусловленные эритроцитарными факторами**

• гемолитические анемии, связанные с нарушением структуры мембраны эритроцитов (мембранопатии – врожденные и приобретенные):

- микросфероцитарная гемолитическая анемия;
- овалоцитарная гемолитическая анемия;
- стоматоцитарная гемолитическая анемия;
- акантоцитоз (гемолитическая анемия, обусловленная нарушением структуры липидов мембраны эритроцитов);

• гемолитические анемии, связанные с дефицитом ферментов эритроцитов (ферментопатии):

- гликолиза;
- пентозофосфатного шунта;
- глутатионовой системы;
- гемолитические анемии, связанные с нарушением синтеза гемоглобина (гемоглобинопатии):

- талассемии;
- носительство аномальных гемоглобинов (HbS, HbC, HbD, HbE и др.).

• гемолитические анемии, обусловленные соматической мутацией клеток-предшественниц миелопоэза (пароксизмальная ночная гемоглобинурия).

В основе патогенетических механизмов анемии лежат 3 возможных функциональных дефекта эритроцитов:

1. уменьшение продукции эритроцитов (неэффективный эритропоэз)
2. повышенное разрушение эритроцитов.
3. дефект дифференцировки (созревания) эритроцитов.

Основным показателем для предварительного определения возможного патогенетического механизма анемии является расчет ретикулоцитарного индекса.

После его расчета и предварительного определения возможного патогенетического механизма анемии необходимо провести дополнительные лабораторные тесты, позволяющие определить возможную причину ее развития (рис. 1).



**Рисунок 1. Функциональная классификация анемий**

В зависимости от уровня гемоглобина выделяют три степени тяжести анемия: 1.легкую - уровень Hb> 90 г/л; 2.среднюю - уровень Hb 70–90 г/л;3.тяжелую - уровень Hb< 70 г/л.

На основании эритроцитарных индексов все анемии разделяются на микроцитарные (гипохромные), нормоцитарные (нормохромные) и макроцитарные (гиперхромные).

В зависимости от выраженности и длительности анемии, характера сопутствующих заболеваний одина-

ковые по патогенезу анемии могут относиться к различным морфологическим вариантам (анемия хронических заболеваний может быть микроцитарной и нормоцитарной, В<sub>12</sub>-дефицитная анемия, сочетающаяся с железодефицитной - нормоцитарной и т.д.). К микроцитарным (гипохромным) анемиям относятся железодефицитные и сидеробластные анемии, талассемии, анемии хронических заболеваний.

Микроцитарные гипохромные анемии могут быть обусловлены:

1. снижением поступления железа (железодефицитные анемии);
2. повышенным фагоцитозом свободного железа макрофагами (анемия хронических заболеваний);
3. недостаточным синтезом протопорфирина (сидеробластная анемия);
4. нарушением синтеза цепей глобина (талассемии).

**Нормоцитарные нормохромные анемии — наибольшая по количеству нозологических форм группа.**

В нее входят анемии:

- сопровождающиеся компенсаторным повышением продукции эритроцитов (постгеморрагические и гемолитические анемии);
- обусловленные поражением костного мозга (мета-стазы солидных опухолей в костный мозг;
- специфическая инфильтрация костного мозга при онкогематологических заболеваниях;
- «замаскированная» В<sub>12</sub>-дефицитная анемия, которая сочетается с железодефицитной анемией);
- связанные со снижением или изменением ответа на эритропоэтин (болезни почек, эндокринные заболевания);
- развивающиеся при дефиците или нарушении утилизации железа (ранние стадии железодефицитных анемий и анемий хронических заболеваний).

**Макроцитарные гиперхромные анемии.** Наиболее частой причиной макроцитарных анемий является дефицит витамина В<sub>12</sub>, фолиевой кислоты или их сочетание. Кроме того, макроцитоз может наблюдаться при гемолитических, постгеморрагических и апластических анемиях, остром эритромиелозе, миелодиспластических синдромах, гипотиреозе

Для диагностики анемии, в том числе дифференциальной, большое значение имеет определение и других параметров гемограммы (ретикулоцитов, лейкоцитов, тромбоцитов) и морфологическое исследование мазка крови с целью качественной оценки клеток.

**Выводы**

1. Основным лабораторным тестом для диагностики анемии и составления плана обследования является развернутый общеклинический анализ крови с обязательным определением количества ретикулоцитов и тромбоцитов и качественной оценкой мазка периферической крови.

2. При всех видах анемий (кроме апластической) выделяют 3 степени тяжести: легкую — уровень гемоглобина выше 90 г/л; средней степени — гемоглобин в пределах 90–70 г/л; тяжелую — уровень гемоглобина менее 70 г/л.

3. Важнейшее значение для дифференциальной диагностики анемии и определения плана дальнейшего обследования имеет определение цветового показателя и эритроцитарных индексов.

4. Исследование уровня сывороточного железа, трансферринов и ферритина дает возможность выявить железодефицитную анемию и провести дифференциальный диагноз с другими видами анемии.

5. При всех видах анемии (кроме железодефицитной, подтвержденной снижением уровня сывороточного железа и повышением трансферринов) показано проведение стеральной пункции, которая позволяет провести дифференциальный диагноз, а в ряде случаев — поставить окончательный диагноз (при В<sub>12</sub>-дефицитной анемии, вторичной анемии у больных лейкозами, миелодиспластическими синдромами).

**Литература:**

1. Воробьев П.А. Анемический синдром в клинической практике. М.: Ньюдиамед, - 2001. - 168 с.
2. Козинец Г.И., Макарова В.А. Исследование системы крови в клинической практике. Под ред. Г.И. Козинец, В.А. Макарова. М.: Триада-Х, - 1997. - 480 с.
3. Кассирский И.А., Алексеев Г.А. Клиническая гематология. М.: Медгиз, - 1955. - С. 129–249.
4. Козинец Г.И. Интерпретация анализов крови и мочи. Клиническое значение анализов. СПб.: АОЗТ «Салит», - 1995. - 123 с.
5. Hematology: basic principles and practice. Ed. by Ronald Hofman et al., 5th ed. Churchfull Livingstone, - 2008. - P. 427–659.
6. Hillman R.S. Hematology in clinical practice. 4th ed. McGraw-Hill, - 2005. - P. 1–170.
7. Reasoning and Decision Making in Hematology. Ed. by B. Djulbegovic. Churchfull Livingstone – 1992 - .
8. Wintrobe's Clinical Hematology. Ed. by D.W. Pine, Jr. 10th ed. Williams & Wilkins, - 1998 – 156 P.
9. World Health Organization. Basic documents. 26<sup>th</sup> ed. Geneva: WHO, 1976. Vol. 1.

**Тұжырым**

**КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ҚАНЫ АЗ СИНДРОМҒА КЕЛЕЛІ ҰСТАНЫМ**

**Г.Г. Батырханова**

**Павлодар қ. Темір жолының ауруханасы**

*Қаны аз синдроммен (хасшебер) науқастары барлық мамандықтардың дәрігерлерін тәжірибеде, емханаға және стационар, және деркезінде және адекватты дәрігерлік көмек алуы керек ұшырасады. Көп жағдайлардағы дәрігерлері анемияның мінезін растаудың жанында үлкен күрделі ліктерімен түйісіп қалады. Анемияның диагностикасын негізгі тәсіл қанның жалпы талдамасы жиі болып табылады. Бапта диагностика хасшебер ортақ қағидаттары елестеткен. Бұл мәліметтер текқана емес гематолог тергек әдеге аса алады, бірақ және өз күнделікті белсенділігінде диагностикасы қойылған мәселелерді шешетін басқа мамандықтардың клиницистеріне.*

**Негізгі сөздер:** анемия, диагностика.

**Summary**

**THE DIFFERENTIATED APPROACH TO AN ANEMIA SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE**

**G.G. Batyrkhanova**

**Railway Hospital, Pavlodar**

*Anemia is the most common blood disorder. There are several kinds of anemia, produced by a variety of underlying causes. Anemia can be classified in a variety of ways, based on the morphology of red blood cells and underlying etiologic mechanisms. Anemia goes undetermined in many people, and symptoms can be minor or vague. The signs and symptoms can be related to the anemia itself, or the underlying causes. This article is about the main principles of diagnosis of anemia in clinical practice. We hope that this information will help to diagnose the different types of anemia in daily clinical practice.*

**Key words:** anemia, diagnosis.

УДК 616.12.08

Г.Н. Билялова

Больница Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана

## ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ КОРОНАРНЫМ РИСКОМ

### Аннотация

В данной статье проведено исследование комплаентности и эффективности применения статинов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В исследование были включены 42 больных с ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа; сочетанием высокого уровня отдельных факторов риска. Оценивали следующие параметры: клиническую симптоматику, уровни общего ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратамино-трансферазы (АСТ). Повышению комплаентности к терапии способствует регулярный мониторинг пациентов, а также клиническая эффективность и высокая липидснижающая активность крестора.

**Ключевые слова:** статины, артериальная гипертензия, сахарный диабет, фактор риска, активность крестора, сердечно-сосудистая система.

Предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, увеличение продолжительности жизни является основной приоритетной задачей здравоохранения Республики Казахстан. [1] Нарушения липидного обмена являются одним из важнейших факторов риска (ФР) развития болезней системы кровообращения. [2,3]

В последнее время ряд новых многообещающих лекарственных средств находится на стадии III фазы клинических испытаний. К этим препаратам в первую очередь следует отнести ингибиторы микросомального белка-переносчика, миметики гормонов щитовидной железы и олигонуклеотиды, такие как мипомерсен, а также ингибиторы белка-переносчика эфира холестерина (СЕРТ)-дальсетрапид и анасетрапид. В предварительных клинических исследованиях эти препараты эффективно снижали уровень ХЛПНП у больных с выраженной гиперхолестеринемией. Но зачастую в практической деятельности врачи встречаются с умеренной гиперхолестеринемией и в рекомендациях по профилактике болезней системы кровообращения в клинической практике сделан акцент на изменение интенсивности профилактических мероприятий в зависимости от общего уровня риска развития сердечно-сосудистой патологии, что и обосновывает различные стратегии вмешательства. [4]

Антиатерогенное действие статинов, установленное во многих исследованиях, приводит, в конце концов, к самому главному эффекту лечения больных атеросклерозом – к достоверному снижению смертности от ишемической болезни сердца и головного мозга. Причем статины эффективны, как при первичной профилактике у людей с факторами риска, так и при вторичной профилактике, т.е. у больных с манифестированными заболеваниями атеросклеротического характера. [5]

**Цель** настоящего исследования состояла в изучении комплаентности и эффективности применения статинов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

### Материалы и методы

В исследование были включены 42 больных. До начала терапии определялся риск развития фатальных коронарных событий с использованием специальных систем SCORE. Критериями включения в исследование были: документированная ИБС (стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз), артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа; соче-

тание высокого уровня отдельных факторов риска; показатели общего холестерина (ОХ) более 5,9 ммоль/л, содержание холестерина ЛПНП более 3,0 ммоль/л. Были сформированы 2 группы обследованных. Их средний возраст составил 55,1,2±3,4 лет и 53,9±2,0 лет. На момент включения в исследование по возрастным, клинико-биохимическим параметрам и получаемой базисной терапии существенных различий между группами не выявлено. Одной группе был назначен крестор (розувостатин, фирма «Астра Зенека») по 10 мг однократно в сутки вечером. Другая группа сформирована из лиц, скептически относящихся к медикаментозной липид снижающей терапии, им даны рекомендации по диете. Первое контрольное обследование больных проведено через 2 месяца приема препарата. Через 8 недель у всех пациентов оценивали следующие параметры: клиническую симптоматику, уровни общего ХС, ХС, ЛПНП, ТГ, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаратамино-трансферазы (АСТ).

В качестве основных показателей эффективности лечения изучали динамику уровней липидов крови. Критерии безопасности были очерчены допустимым повышением активности трансаминаз не более 3-кратного, а также клиническими проявлениями со стороны скелетной мускулатуры. Кроме того, наблюдавшиеся нами больные получали так же комплексную терапию сердечно-сосудистой патологии в зависимости от тяжести заболевания.

### Результаты и обсуждение

В 1 группе у 91% больных через 8 недель был достигнут целевой уровень ЛПНП. Очевидно, достичь целевого уровня остальных пациентов не удалось из-за более высокого исходного уровня ЛПНП. В таблице 1 представлена динамика показателей липидного спектра крови у обследованных лиц на фоне их лечения с применением статиновой терапии.

Переносимость изучаемого препарата в суточных дозах 10 мг можно считать хорошей, так как убедительных различий в частоте нежелательных явлений с контрольной группой не получено. Значимых отклонений активности трансаминаз (троекратного превышения) при лечении крестором не наблюдалось, в 3 случаях было незначительное повышение АЛТ и АСТ, что обусловлено изначально пограничными показателями до начала лечения. Это также подтверждает мнение об относительной безопасности препарата.

Отдельным вопросом является влияние регулярно мониторинга уровня липидов на отношение пациентов к соблюдению рекомендаций, касающихся изменения образа жизни или приема лекарственных препаратов. В ряде клинических исследований было обнаружено положительное влияние такого регулярного обследования на приверженность пациентов терапии. До конца не ясно, только ли регулярный контроль уровня

липидов вызывает этот эффект или он развивается в результате сочетания информирования пациента, его регулярного контакта с врачом и оценки степени.

Наблюдение в течение года показало, что пациенты, уже, имеющие сердечно-сосудистые заболевания, коронарные события более привержены к терапии статинами, чем лица, имеющие множественные факторы риска, (91,7% соответственно 61.1%).

Таблица 1.

**Динамика показателей липидного спектра в крови.**

Показатель	Группа крестора (n-22)					Группа сравнения (диета) (n20)				
	исходно	через 8 нед.	различие			исходно	через 8 нед.	различие		
			абс.	%	p			абс.	%	p
Общий ХС	6,24±0,51	4,12±0,76	-2,12	-34	<0,001	6,18±0,57	5,61±0,67	-0,57	-9,4	<0,05
ХСЛПНП	4,17±0,64	2,43±0,71	-1,74	-40	<0,001	4,16±0,58	3,38±0,64	-0,78	-18,7	<0,05
ХСЛПВП	0,92±0,28	1,1±0,29	+0,18	+16	<0,05	0,9±0,35	1,1±0,28	-0,2	-18	
ТГ	2,02±0,71	1,55±0,58	-0,47	-23	<0,05	2,4±0,85	1,93±0,88	-0,5	-20	

Повышение мотивации пациента к терапии — другая важная сторона врачебной деятельности. Большинство проблем, связанных с приверженностью пациентов рекомендуемым немедикаментозным способам терапии (изменение образа жизни), являются сходными с проблемами, которые возникают при повышении приверженности пациентов назначенной гиполипидемической терапии. Несмотря на разъяснительную работу со стороны врача и осведомленность пациентов о пользе и целесообразности липидснижающей терапии наблюдается стремление к курсовому лечению статинами, что принципиально неверно, так как такая терапия должна проводиться у больных постоянно. Так же одним из факторов, объясняющих недостаточное выполнение пациентами рекомендаций врача, является так же бессимптомное и пожизненное течение заболевания.

Основной задачей практикующих врачей является лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, а также пациентов с риском их развития с применением оптимальных доз статинов для достижения терапевтического результата, поскольку соблюдением диеты не удается достичь целевого уровня липидов.

**Выводы:**

1. Повышению комплаентности к терапии способствует регулярный мониторинг пациентов, а также клиническая эффективность и высокая липидснижающая активность крестора, что делает его перспективным в профилактике органических поражений у больных атеросклерозом на всех стадиях развития процесса.

2. При слабой и умеренной гиперхолестеринемии крестор в суточной дозе 10 мг дает отчетливый гиполипидемический эффект, снижая уровень холестерина на 34%, липопротеидов низкой плотности в среднем на 40%, и уровень триглицеридов на 23%.

3. Целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности удалось достигнуть при назначении дозы препарата 10 мг/сут у 91% больных.

**Литература:**

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы
2. Waters DD et al. Lipid Treatment Assessment Project 2/A Multinational survey to evaluate the proportion of patient Achieving Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goals // Circulation 2009 Jul 7;120(1):28-34. Epub 2009 Jun 22.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2009 8(6) - Приложение №3.
4. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений: роль статинов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2009. - № 4. - С. 80–84.
5. Crouse J.R.3rd, Raichlen J.S., Riley W.A. et al. METEOR Study Group. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis: the METEOR Trial. JAMA 2007; 297:1344–1353.

**Тұжырым****БИК КОРОНАРЛЫ ТӘУЕКЕЛМЕН АУЫРАТЫН АУРУЛАРДЫҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДЕЛУІНІҢ КОМПЛЕАНТТЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ**

Г.Н. Билялова

**Қазақстан Республикасының Президентінің жұмысын басқаруының ауруханасы, Астана қаласы**

Жүрек-тамырлық аурулардың алғашқы және екінші реттегі профилактикасына статиндерді қолданудың комплаенттігіне (емдеуге бейілділік) және тиімділігіне зерттеу жүргізілді. Зерттеуге ЖИА-мен, артериялық гипертензиямен 2 типтегі қантты диабетпен, қауіптің жеке факторының жоғары деңгейінің үйлесімділігімен 42 науқасальды. Мына параметрлер: клиникалық симптоматика ХС, ХС, ЛПНП, ТГ, ХС жоғары тығыздық тағы липопротеидтердің (ЛПВП), аланинаминотрансферазаның (АЛТ), аспартаминотрансферазаның (АСТ) жалпы деңгейі бағаланды. Терапияға комплаенттілікті (емдеуге бейілділікті) арттыру пациенттердің тұрақты мониторингіне, сондай-ақ клиникалық тиімділікпен крестордың жоғары липидті төмендететін белсенділігіне мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** статинлар, артериальды гипертензия, қантдиабеті, қауіпфакторы, кресторактивтілігі, жүрек-қантамырлар жүйесі.

**Summary**  
**STUDY OF COMPLIANCE FOR THERAPY OF PATIENTS WITH A HIGH CORONARY RISK**  
**G.N. Bilyalova**

**Hospital Management Department of the President of the Republic of Kazakhstan, Astana**

The research on patient compliance and efficiency of the use of statins for initial and secondary prevention of cardiovascular diseases has been conducted. The study included 42 patients with coronary heart disease, arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, and mix of other high risk factors. The following parameters were assessed: clinical semiotics, levels of overall cholesterol, low density lipoproteins (LDL), triglycerides, high-density lipoproteins (HDL), alanine amino transferase (ALT), aspartate amino transferase (AST). It was found that patient compliance to therapy is improved by regular monitoring of patients along with the clinical efficiency and high lipid-decreasing activity of the crestor.

**Key words:** statins, arterial hypertension, diabetes mellitus, risk factor, activity krester, cardiovascular system.

УДК 617:546-009

Н.С. Смаилов

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей

## ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ И ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА

### Аннотация

В статье приведены данные о профилактике, эпидемиологии и информированности населения о факторах риска инсультов.

**Ключевые слова:** профилактика инсультов, факторы риска инсультов.

Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Первым упоминанием об инсульте служат описания, сделанные Гиппократом в 460-х годах до н.э., в которых говорится о случае потери сознания в результате заболевания головного мозга.

В дальнейшем Галенописал симптомы, которые начинаются с внезапной потери сознания, и обозначил его термином «апоплексия», что означает «удар». С тех пор термин «апоплексия» достаточно прочно и надолго входит в медицину, обозначая при этом как острое нарушение мозгового кровообращения, так и быстро развивающееся кровоизлияние в другие органы (апоплексия яичника, апоплексия надпочечников и др.).

Уильям Гарвей в 1628 году изучил, как движется кровь в организме, и определил функцию сердца как насосную, описав процесс циркуляции крови. Эти знания заложили основу изучения причин возникновения инсульта и роли сосудов в этом процессе.

В течение XVIII века были сделаны важные открытия: Томас Виллис обнаружил роль анастомозов между основными артериями, кровоснабжающими головной мозг, и показал, что возможен переток крови в случае закупоривания одной из них. Верфер стал различать инсульт, который возникает в результате закупоривания артерий (один из вариантов ишемического инсульта), и инсульт в результате прорыва крови с излитием крови в ткань мозга (геморрагический инсульт). Этот же ученый описал клинические случаи, когда слабость в конечностях очень быстро проходила. Данные описания можно считать первыми упоминаниями о преходящем нарушении мозгового кровообращения (или транзиторных ишемических атаках).

Значительный вклад в понимание патогенеза инсульта сделал Рудольф Вирхов. Он предложил термины «тромбоз» и «эмболия». Данные термины до сих пор являются ключевыми в диагностике, лечении и профилактике инсульта. Позднее он также установил, что тромбоз артерий вызывается не воспалением, а жировым перерождением сосудистой стенки, и связал его с атеросклерозом.

Существует два основных типа инсульта: **ишемический**, возникающий при закупорке сосудов (тромбоз сосудов мозга) и **геморрагический**, происходящий при разрыве сосудов (кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга).

**Ишемический инсульт** (гр. *Ischo* - задерживаю и *haimatos* - кровь) чаще в обиходе называют инфартом. В отличие от **геморрагического инсульта**, **ишемический** происходит при закупорке сосудов: эмболия или тромбоз сосудов головного мозга.

**Эмболический инсульт** является причиной 20-30% ишемических инсультов и обусловлен кардиогенной эмболией (**кардиоэмболический** инсульт) или эмболией из аорты и крупных вне- или внутрисерпных артерий (артерио-артериальная эмболия), редко - эмболией из вен (парадоксальная эмболия).

**Атеротромботический инсульт** составляет примерно 30-40% ишемических инсультов и вызван тромбозом, развивающемся обычно на месте атеросклеротической бляшки во вне- или внутрисерпной артерии. Выделяют два вида тромбоза, которые вызывают инсульт: тромбоз крупных артерий и мелких артериальных сосудов (**лакунарный тромбоз**).

**Геморрагический инсульт** (гр. *Haimatos* - кровь и *rhagnymi* - прорываю) - это наиболее опасный из всех видов инсульта. **Геморрагический инсульт** вызывается разрывом сосудов: кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга. К геморрагическому

инсульту относятся кровоизлияние в мозг (**паренхиматозное кровоизлияние**) и в поддуральное пространство (**субарахноидальное, субдуральное и эпидуральное**). Наблюдаются и сочетание нескольких форм – субарахноидально-паренхиматозное, паренхиматозно-субарахноидальное и паренхиматозно-вентрикулярное кровоизлияние.

Первыми признаками инсульта могут быть: головные боли, головокружение, слабость. Позднее могут присоединиться тошнота и рвота.

Данные симптомы могут сопровождаться:

- редким пульсом;
- нарушением речи, чувствительности и движений;
- притоком крови к лицу, потливостью;
- чувством онемения в ногах или руках, чаще с одной стороны

**Эпидемиологические показатели в Республике Казахстан.** В Республике Казахстан каждый год происходит свыше 49 000 случаев инсульта. Благодаря внедрению регистров инсульта во всех регионах Казахстана удалось получить достоверные данные об основных эпидемиологических показателях. Выяснилось, что заболеваемость инсультом составляет 2,5 – 3,7 случая на 1000 населения в год, смертность от 1 до 1,8 случаев на тысячу населения в год. Анализ в разных возрастных группах показал, что с увеличением возраста заболеваемость резко повышается. Средний возраст больных составил 67 лет. Среди заболевших инсультом 29 процентов – люди трудоспособного возраста (до 60 лет). Общая летальность в остром периоде инсульта составила 35,2 процента (у женщин 60,1 процента, у мужчин – 39,9 процента). При анализе всех случаев инсульта ученые выявили, что менее 8 процентов больных госпитализируются в первые три часа и начинают лечение в эти же сроки только 5-6 процентов, а более 80 процентов заболевших госпитализированы на вторые-третьи сутки. Поздняя госпитализация больных связана с поздней диагностикой и в связи с этим ученые отмечают, что квалификация участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики, неврологов и врачей нейроинсультных отделений не всегда соответствует современному уровню. По данным статистики, до 80% пациентов после инсульта имеют различные двигательные расстройства, а у 40-70% больных отмечаются когнитивные нарушения. Кроме того, 48%-80% больных страдают хроническими болями. В стране насчитывается свыше 275 000 инвалидов, перенесших инсульт (данные 2012 г.).

И еще неутешительная статистика: 20 миллионов человек в год во всем мире переносят инсульт. Примерно четверть, из оставшихся в живых, становятся инвалидами или временно теряют трудоспособность. Это большая социально-экономическая проблема. На реабилитацию таких больных тратятся огромные суммы.

**Профилактика инсульта.** Следует отметить, что лечить инсульт гораздо тяжелее, чем предупредить заболевание. Что же лежит в основе профилактики (предупреждения) инсульта? Прежде всего, учет факторов риска развития заболевания у каждого больного и постоянная их коррекция. Люди, имеющие факторы риска, заболевают значительно чаще, чем лица того же возраста и пола, у которых они отсутствуют. К факторам риска развития острых и хронических сосудистых заболеваний мозга относятся:

- артериальная гипертензия;

- заболевания сердца;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- низкая физическая активность (малоподвижный образ жизни);
- неправильное питание и ожирение;
- сахарный диабет;
- психоэмоциональное напряжение (стрессы).

Ведущим фактором риска является артериальная гипертензия. Поэтому в основе профилактических мероприятий лежит нормализация артериального давления. Как подобрать адекватную терапию для снижения артериального давления? Необходимо соблюдать следующие правила:

- приобрести аппарат для измерения давления и научиться им пользоваться;
- после назначения врачом гипотензивного препарата ежедневно два раза в день (утром и вечером) до приема лекарств измерять давление и пульс;
- вести дневник, где записывать значения артериального давления, частоту пульса и самочувствие, периодически показывать его лечащему врачу.

Для относительно молодых больных желательно поддерживать артериальное давление в пределах нормы. Однако, если у больного диагностирована дисциркуляторная энцефалопатия, артериальное давление не следует снижать до нормальных значений. Оптимальное артериальное давление в таких случаях: систолическое - 140-150 мм рт. ст., диастолическое - 85-90 мм рт. ст. Почему опасно резко снижать артериальное давление у таких больных? Поскольку мелкие сосуды мозга изменены, их просвет сужен, значительное снижение артериального давления может привести к ухудшению кровоснабжения отдельных участков мозга и прогрессированию таких симптомов, как ухудшение памяти и нарушение походки и др.

Существенным является также коррекция (исправление) неправильного образа жизни. В понятие нормализации образа жизни входят:

- нормализация питания, включающая ограничение употребления легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, варенье, белый хлеб, кондитерские изделия), животных жиров (сливочное масло, жирные сорта мяса), поваренной соли (менее 5 г в день, лучше 2-3 г), солений, копченостей, жареной пищи; обязательное включение в пищевой рацион свежих овощей и фруктов, кисломолочных продуктов, черного хлеба или других сортов хлеба из муки грубого помола, растительного масла, снижение общей калорийности ежедневного рациона до 2000-2500 ккал (для людей, не занимающихся тяжелым физическим трудом)

- отказ от курения и злоупотребления алкоголем (допускается ежедневное употребление 200 мл сухого красного вина в день)

- посильные физические нагрузки: утренняя гимнастика, туризм, плавание, пешие прогулки, лыжи
- оптимизация духовной и эмоциональной жизни.

Немаловажную роль в профилактике и лечении сосудистых заболеваний играет и медикаментозная терапия. Надо сказать, что значительная часть пациентов не очень привержена к медикаментозной терапии. Если средства, снижающие повышенное артериальное давление, люди еще принимают, то от других часто отказываются, особенно если на данный момент у них не болит и не кружится голова. Особенно, их, пугает обилие назначаемых лекарств.

**Тест УЗП на выявление первых симптомов при инсульте:**

**У** – Попросите больного улыбнуться. При начальной стадии инсульта улыбка у больного будет «кривой» или «перекошенной». Это объясняется тем, что половина лица перестает подчиняться больному, как следствие этому один из уголков рта будет опущен вниз. Что касается языка, то он будет расположен несимметрично. Он будет перепадать на одну из сторон и начнет приобретать неправильную форму.

**З** – Попросите больного заговорить с вами. В прединсультном состоянии речь больного становится невнятной. Ее можно сравнить с речью очень пьяного человека.

**П** – Попросите больного одновременно поднять обе руки вверх. Конечно же, если больной будет в состоянии сделать это. Результат будет очевиден. Рука с пораженной стороны тела будет поднята значительно ниже, чем другая. В любом случае, уровень расположения будет неодинаковым.

**Целью данного исследования** явилась оценка информированности населения города Семей о факторах риска инсульта.

**Материалы и методы.**

В исследование было включено 443 человека (из них 38% – мужчины, 62% – женщины), обратившихся по различным причинам к врачам ПМСП с февраля по сентябрь 2013 г. Средний возраст исследуемых составил  $41,7 \pm 5,1$  года, в том числе мужчины – 44,3 года, женщины – 40,3 года. Всем включенным в исследование было предложено заполнить анкету-опросник по факторам риска возникновения инсульта (данная анкета является стандартной для определения риска коронарных осложнений, инфаркта миокард и инсультов вследствие артериальной гипертензии).

**Результаты и обсуждение**

В ходе исследования было выяснено, что большая часть 81,2% обследуемых имеет более одного фактора риска развития инсульта. Чаще всего как фактор было определено наличие высокого артериального давления и верифицированной гипертензии в 65% случаев. При этом участники исследования в основном (71%) знали о необходимости регулярного приема антигипертензивной терапии, но не соблюдали рекомендаций врача ПМСП. Почти 95% включенных в исследование мужчин отмечали длительный стаж курения (более 10 лет) и отрицали важность отказа от данной привычки в пользу профилактики инсульта. Основной рациональной причиной отказа от курения, по мнению опрошенных, был отказ от риска развития рака легких.

**Выводы.** Инсульт – это заболевание, которое легче предупредить, чем его лечить. Поэтому своевременная диагностика, здоровый образ жизни и профилактика являются очень важными составляющими в снижении смертности от этого заболевания.

**Литература:**

1. Путилина М.В., Гайкин А.В., Казакова Т.В. Дорсопатия поясничного отдела (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Методическое пособие для врачей. - М., - 2007. - С. 2–12.
2. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Справочник практического врача. М.:Медпресс-информ, - 2002, - С. 70–90.
3. <http://kmj.kz/insult-presech-na-rannem-etape>. Дата обращения 25.02.2014.
4. <http://health-rights.kz/novosti/publikazii/?id=328> Дата обращения 25.02.2014.
5. [http://pharmnews.kz/news/kak\\_povysit\\_ehffektivnost\\_vosstanovlenija\\_bolnykh\\_posle\\_insulta/2012-04-29-1413](http://pharmnews.kz/news/kak_povysit_ehffektivnost_vosstanovlenija_bolnykh_posle_insulta/2012-04-29-1413). Дата обращения 25.02.2014.

**Тұжырым  
ИНСУЛЬТТЕРДІ АЛДЫН-АЛУЫ ЖӘНЕ  
ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ ТУРАЛЫ БІЛІМДІЛІКТІ БАҒАЛАУ  
Н.С. Смаилов**

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Медициналық орталығы**

*Бұл мақалада инсульттың қауіп факторлары туралы тұрғындарға ақпараттар және оның таралуымен алдын-алуы туралы мәліметтер көрсетілген.*

**Негізгі сөздер:** инсульттардың алдын-алуы, инсульттердің қауіп факторлары.

**Summary  
PREVENTION AND EVALUATION OF INFORMATION KNOWING  
FOR RISK FACTORS OF INSULTS**

**N.S. Smailov**

**Medical Center of Semey State Medical University**

*The article presents the data about insulpts prevention, epidemiology and information knowing of population.*

**Key words:** prevention of insulpts, risk factor of insulpts.

УДК 579.6:618.2

Б.Т. Сейтханова<sup>1</sup>, Н.З. Шапмбаев<sup>2</sup>, Р.Р. Олжаева<sup>3</sup>, П.Е. Калменова<sup>4</sup><sup>1,2</sup>Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент,<sup>3</sup>Государственный медицинский университет города Семей,<sup>4</sup>Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, г. Шымкент

## МИКРОБИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА И КИШЕЧНИКА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

## Резюме

В результате проведенного микробиологического скрининга установлено, что у большей части беременных группы риска имели место различные дисбиотические нарушения: у 75,6% пациенток наблюдались отклонения от нормального состава микрофлоры влагалища, а у 67,6% диагностированы изменения кишечного биоценоза.

**Ключевые слова:** дисбактериоз, микробиоценоз, бактериальный вагиноз.

Учение о нормальной микрофлоре организмов человека в настоящее время находится в центре внимания клинических микробиологов [1]. Это связано с тем, что на фоне урбанизации человеческого общества и нарастающих экологических проблем, в эру антибиотиков и в условиях действия других факторов, влияющих на иммунный статус микроорганизма, происходят значительные изменения в эволюционно сложившихся микробиоценозах человеческого организма [3]. Как следствие этого процесса можно рассматривать возрастающую роль условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) при инфекционных заболеваниях, в том числе и при акушерской патологии [5,6]. Беременные женщины и новорожденные в современных условиях экологического прессинга являются контингентами риска по формированию дисбактериозов. Установлено, что дисбиотические нарушения, как правило, сочетаются с высокими показателями пренатального риска у беременных и формированием хронических форм патологий у детей. Выявление большого процента беременных женщин и новорожденных с дисбактериозами диктует необходимость проведения реабилитационно-оздоровительных мероприятий у этих контингентов [2]. Установлено, что патологические сдвиги в вагинальном микроценозе происходят при таких стрессовых воздействиях, как лечение антибиотиками (местное или системное), гормонами, цитостатиками, рентгенотерапия, особенно на фоне эндокринопатий (в первую очередь при диабете), анемии, врожденных пороков развития половых органов, при использовании контрацептивов, а так же при других состояниях, ведущих к нарушению иммунного статуса. В последние годы появились публикации, указывающие на то, что состояние микрофлоры кишечника в поздние сроки беременности так же может существенно влиять на процесс формирования кишечного биоценоза новорожденных [4,7].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение особенностей микробиоценоза влагалища и кишечника беременных женщин.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось - 44 беременных женщины. Изучение микробиоценоза влагалища включало комплексную оценку результатов культурной диагностики и микроскопии мазков влагалищного отделяемого. При бактериологическом исследовании микрофлоры влагалища определяли видовой и количественный состав ассоциантов вагинального микробиоценоза. Для уточнения клинической формы патологии влагалища использовалась бактериоскопия вагинальных мазков, окрашенных по Грамму. Бактериологическое исследование содержимого кишечника беременных выполняли в соответствии с методическими рекомендациями «Применение бактериальных биологических препаратов в практике лечения больных кишечными инфекциями. Диагностика и лечение дисба-

ктериоза кишечника» (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н. Габричевского МЗРФ-М.-1986). Идентификация выделенных культур осуществлялась согласно определителю Берджи. Результаты оценивали, используя параметрические методы сравнения с применением критерия Стьюдента. Различия между группами считались достоверными при  $P < 0,05$ . После проведения комплексного клинико-микробиологического обследования все беременные были разделены на 2 группы в зависимости от результатов бактериологического скрининга: основную (1-ю) группу составили 27 женщин с нарушением микробиоценоза влагалища и (или) кишечника, в группу сравнения (2-ю) были включены 17 женщин с эубиотическим состоянием вагинального и кишечного микробиоценоза.

**Результаты и обсуждение.** В результате проведенного микробиологического скрининга установлено, что у большей части беременных группы риска имели место различные дисбиотические нарушения: у 75,6% пациенток наблюдались отклонения от нормального состава микрофлоры влагалища, а у 67,6% диагностированы изменения кишечного биоценоза. При этом дисбактериоз (ДБ) кишечника выявлялся у 60,7% женщин с нарушением вагинальной микрофлоры, а 58,4% беременных имели сочетанные патологические изменения микрофлоры влагалища и кишечника. Эубиотическое состояние соответствующих микроценозов обнаружено только у 18,4% из общего числа обследованных женщин. При более глубоком изучении вагинального микробиоценоза установлены неоднородный характер и различная степень выявленных нарушений. Истинный нормоценоз определялся только у 6,6% беременных. Еще 13,2% женщин имели незначительные сдвиги в составе микрофлоры влагалища, не затрагивающие основных ее представителей (лактобацилл) и не сопровождающиеся клиническими симптомами патологического процесса, что позволило определить данное состояние как промежуточный тип вагинального биоценоза и отнести его к варианту нормы. У 42,6% обследованных обнаружен бактериальный вагиноз, характерным признаком которого, было исчезновение или резкое снижение количественного содержания лактобацилл в содержимом влагалища и отсутствие симптомов воспалительного процесса. У 49,9% пациенток наблюдались клинические проявления вагинита, которые в 40,6% случаев были обусловлены грибами рода *Candida*, в 33,3% аэробными грамотрицательными условно-патогенными микроорганизмами (УПМ) и стафилококками, а у 16,5% из них имела место сочетанная форма бактериального вагиноза (БВ) и вагинального кандидоза. При этом минимальные микробиологические сдвиги отмечены при воспалительных процессах, вызванных грибами рода *Candida* в монокультуре, а любые ассоциации дрожжеподобных грибов с другими представите-

лями условно – патогенной флоры приводили к более существенным отклонениям от эубиотического состояния влагалища. Максимальная степень дисбактериоза определялась у беременных с бактериальным вагинозом. Нарушения микробиоценоза влагалища не всегда

сопровождались кишечным дисбиозом, тогда как у пациенток с дисбактериозом кишечника в 100% случаев обнаруживались изменения в составе микрофлоры влагалища (табл. 1).

Таблица 1.

**Видовой и количественный состав микрофлоры кишечника беременных с различными типами биоценоза влагалища (lgM±mKOE/г фекалий).**

Микроорганизмы	Количество микроорганизмов в 1г фекалий			
	1-я группа; n=27		2-я группа; n=17	
	БВ	Вагинит	Нормоценоз	Промежуточный
Bifidobacteriumsp.	6,7±0,3*	6,7±0,2*	8,8±0,2	8,2±0,2
Lactobacillus sp.	5,1±0,2*	5,6±0,1*	7,8±0,2	6,3±0,1
E. coli	6,5±0,4	7,4±0,3	6,7±0,2	7,7±0,2
Klebsiellae sp.	5,2±0,3*	6,7±0,4*	4,2±0,3	5,2±0,2
Proteus sp.	5,2±0,3*	6,4±0,2*	2,5±0,5	2,0±0,3
Enterobacter sp.	5,4±0,2*	5,7±0,2*	3,6±0,4	2,0±0,3
Citrobacter sp.	6,5±0,2*	5,4±0,2*	2,5±0,6	2,3±0,4
Enterococcus sp.	4,9±0,5*	5,3±0,4*	4,0±0,3	4,0±0,4
Staphylococcus:				
- Epidermidis	6,4±0,2*	4,5±0,5*	3,3±0,5	2,0±0,6
- Aureus	3,3±0,4*	5,3±0,2*	3,2±0,5	3,5±0,5
Pseudomonassp.	4,4±0,6*	5,4±0,4*	-	-
Грибы рода Candida	3,5±0,3*	5,2±0,2*	2,2±0,3	3,5±0,4

При изучении микрофлоры кишечника установлено, что почти каждая вторая (48,6%) обследованная имела изменения кишечного биоценоза, выражающиеся в снижении количественного уровня основных компонентов защитной флоры (лакто- и бифидобактерий) и более высокой концентрации УПМ. У 23,5% беременных диагностирован ДБ I степени, у 60,8% - II степени, у 15,7% - III степени.

**Выводы:** Беременные женщины с различными типами вагинального биоценоза имели одинаковую частоту и степень выраженности ДБ кишечника. Кишечный дисбиоз у пациенток с БВ (73,1%) регистрировался в 1,5 раз чаще, чем в группе беременных с вагинитом (48,6%), и полностью отсутствовал при нормоценозе и промежуточном типе биоценоза влагалища. Кроме того, у женщин с БВ отмечалась не только большая частота, но и большая глубина дисбиотических изменений микрофлоры кишечника. Так, если при вагините преобладала I – II степень кишечного дисбактериоза, то при БВ – II – III.

**Литература:**

1. Муравьева В.В. Микробиологическая диагностика бактериального вагиноза у женщин репродуктивного

возраста: Автореф. дисс. ...канд. биол. наук. – М., - 1997.

2. Стрижако А.Н., Баев О.Р., Буданов П.В. Система обследования и лечения беременных с нарушениями микроценоза родовых путей, инфекциями, передаваемыми половым путем, и восходящим инфицированием-плода // Акушерство и гинекология. - 2003. № 1, - С. 47-52.

3. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. Том 1. Микрофлора человека и животных и ее функции. – М.: Грантъ, - 1998.

4. Magliano E.M., Clerici P., Besfetti M.Z. Ricerchesull' isolamento, la quantizzazione e la biotipizzazione della flora actobacillare di provenienza vaginale // Boll Ost Sieroter Milan. 1984; 63(4), 331-337.

5. Mardh P.A. The vaginal ecosystem // Am. Obstet. Gynecol. 1991.V.165.P.1163 – 1168.

6. Stray – Pedersen B. Is screening for genital infections in pregnancy necessary // Acta Obstet. Gynecol. Scand. Suppl. 1997. № 164. P.116-120.

7. Zangen B.M., Zinng – Wadstrom A. Microbial findings in genital secretions from seven healthy fertile couples // Med. Microb. Immunol. 1984. - V.173. №4. - P. 179-185.

**Тұжырым**

**ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ІШЕК ЖӘНЕ ҚЫНАП МИКРОБИОЦИНОЗЫ**

**Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова**

**Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ., Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ., Халқаралық Қазақ-Түрік университеті Шымкент қ.**

Жүкті әйелдердің қынабы мен ішек микробиоценозын анықтау нәтижесінде көпшілік жағдайда қауіп тобында әр түрлі деңгейде дисбиоздық бұзылыстар анықталды: 75% пациентте қынабында қалыпты микрофлораның ауытқуы, ал 67,6% ішек биоценозының өзгеруі анықталды.

**Негізгі сөздер:** дисбактериоз, микробиоценоз, бактериалды вагиноз.

**Summary**

**MICROBIOCENOSIS VAGINA AND INTESTINE OF PREGNANT WOMEN**

**B.T. Seythanova, N.C. Shapambayev, R.R. Olzhayeva, P.E. Kalmenova**

**South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy Shymkent, Semey State Medical University, International Kazakh-Turkish University, H.A. Yassavi, Shymkent**

As a result of microbiological screening found that most of the pregnant women at risk have been various disbiotic violations: in 75,6% of patients were observed deviations from the normal microflora of the vagina, and 67,6% were diagnosed intestinal biocenosis changes.

**Key words:** Disbacteriosis microbiocenosis, bacterial vaginosis.

УДК 579.6:618.29

Б.Т. Сейтханова<sup>1</sup>, Н.З. Шапмбаев<sup>2</sup>, Р.Р. Олжаева<sup>3</sup>, П.Е. Калменова<sup>4</sup><sup>1,2</sup>Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент,<sup>3</sup>Государственный медицинский университет города Семей,<sup>4</sup>Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, г. Шымкент

## ФАКУЛЬТАТИВНО-АЭРОБНАЯ МИКРОФЛОРА РЕПРОДУКТИВНОГО ТРАКТА БЕРЕМЕННЫХ, ОБСЛЕДОВАННЫХ В ДОРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

### Аннотация

В группе беременных, обследованных в дородовом периоде факультативно – аэробная микрофлора репродуктивного тракта была представлена следующими семьями и родами бактерий: *Staphylococcus* sp (53%), *Corynebacterium* sp. (26%) и представители *Enterobacteriaceae* sp. (37%). Редко выявлялись *Bacillus* sp. (15%), *Acinetobacter* sp. (8%), *Moraxella* sp. (13%). При оценке состояния микробиоценоза влагалища в целом в группе обследованных беременных женщин нормобиоз встречался в 25%, дисбиоз – 75%.

**Ключевые слова:** микрофлора, репродуктивный тракт, дисбиоз, нормобиоз.

**Введение.** Исследования ряда авторов показали, что инфекция родовых путей, в частности бактериальный вагиноз, может привести к развитию хориоамнионита, послеродового эндометрита, преждевременным родам и рождению детей с низкой массой тела, воспалительным процессам половых органов, гнойно-септическим осложнениям у матери и ребенка в послеродовом периоде и т.д. [1;6;7]. В реальной ситуации группы микроорганизмов, которые составляют нормальную микрофлору и те микроорганизмы – бактерии и вирусы, которые могут вызвать контаминацию, находятся между собой в сложных формах взаимодействия, динамика которых и определяет инфекционную патологию. Анализируя данные литературы, можно сказать, что на сегодняшний день известны только отдельные черты, которые характеризуют состояние микрофлоры и взаимодействия представителей микрофлоры с возбудителями [4;5;7].

Нормальная микрофлора участвует в синтезе иммуноглобулинов и интерферона. Вот почему дисбактериоз приводит к снижению сопротивляемости организма инфекционным заболеваниям (и не только к желудочно-кишечным). Дисбактериоз и гиповитаминоз вообще тесно взаимосвязаны: а тот, в свою очередь, усугубляет витаминную недостаточность. Микрофлора имеет важную роль в обмене женских половых гормонов-эстрогенов, что имеет особое значение для беременных и кормящих женщин, ведь именно в этот период закладывается здоровье ребенка. Тем временем, решение вопроса прогнозирования, профилактики и рационального лечения инфекционной патологии невозможно без тщательного и детального изучения механизмов взаимодействия разных групп микроорганизмов, которые колонизируют и контаминируют репродуктивный тракт. [2;3]

**Цель исследования.** В связи с этим, целью нашего исследования было изучение частоты контаминации половых путей микроорганизмами и их спектра у беременных.

**Материалы и методы.** Было проведено комплексное бактериологическое обследование методом скрининга у 40 женщин в третьем триместре беременности, находившихся на диспансерном учете в базовой женской консультации. Качественное и количественное исследование микрофлоры репродуктивного тракта беременных и родильниц и родильниц включало микроскопию мазков из влагалища для ориентированного определения микробного пейзажа, определения pH содержимого влагалища и аминный тест, бактериологи-

ческий анализ, который включал в себя посева аэробной и микрофлоры с дальнейшими тестами для уточнения видового состава количественного определения аэробной микрофлоры. Идентификация выделенных культур осуществляется согласно определителю Берджи.

**Результаты и их обсуждение.** В группе беременных, обследованных в дородовом периоде факультативно-аэробная микрофлора репродуктивного тракта была представлена следующими семьями и родами бактерий: *Staphylococcus* sp (53%), *Corynebacterium* sp. (26%) и представители *Enterobacteriaceae* sp. (37%). Редко выявлялись *Bacillus* sp. (15%), *Acinetobacter* sp. (8%), *Moraxella* sp. (13%). Среди стафилококков большинство изолятов были идентифицированы как *Staphylococcus epidermis* (51%), 22% - как *Staphylococcus aureus*, 27% - как *Staphylococcus saprophyticus*. Представители *Enterobacteriaceae* в большинстве случаев были представлены (62%), значительно реже выделялись *Klebsiella* (17%), *Proteus* (15%), *Morganella* (6%).

**Выводы.** При оценке состояния микробиоценоза влагалища в целом в группе обследованных беременных женщин нормобиозе встречался в 25%, дисбиоз – 75%. Из представленных данных видно, что практически у большинства беременных женщин микрофлора влагалища представлена условно-патогенной флорой с низким содержанием молочнокислых бактерий (таких как лактобациллы, молочнокислый стрептококк, бифидобактерии) которые, как известно, формируют естественный барьер для патогенной, условно – патогенной микрофлоры, тем самым обеспечивая систему колонизационной резистентности создавая факторы неспецифической защиты. Следует отметить, что только в ряде случаев выделялись монокультуры аэробных, факультативно-анаэробных бактерий, в большинстве случаев выделялись ассоциации с 4 и больше видов. Это необходимо учитывать при составлении программы дородовой санации женщин группы риска инфекционных осложнений в процессе родов и в послеродовом периоде.

### Литература:

1. Аюпьян Т.Э. Бактериальный вагиноз и беременность // Акушерство и гинекология. - 1996.- №6. - С.3-53.
2. Алекешев Л.Ж., Мухамедова И.М., Сабирзянова Л.Г. Микробиология влагалища и кишечника при воспалительных заболеваниях гениталий // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2000. - №3. - С.6-7.

3. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение) // Автореф. дисс. д.м.н.-СПб. - 1995. - 40с.

4. Маматкулов И.Х., Джалалова У.Д. Микробная экология кишечника беременных женщин в летний и осенний период года // ЖМЭИ. - 1997. - №2. - С. 86-87.

5. Мухамедов И.М., Махкамова Д.Э., Мухамедов Б.И. Микроэкология влагалища, ее нарушения и пути их коррекции // Учебное пособие. - Ташкент. - 2004. - 119с.

6. Gardner H.L., Dukes C.D. Bacterial vaginosis: drags Versus alternative treatment / Am J. Obstet. Gynecol-1995. - Vol. 69. - №6. - P. 962-976.

7. Larsen B. Vaginal flora in health and disease/ Clin. Obstet. Gynecol. - 1993, 36:1, 107-121.

### Тужырым

#### БОСАНУ КЕЗЕҢІНЕ ДЕЙІНГІ ТЕКСЕРІЛГЕН ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ РЕПРОДУКТИВТІ АҒЗАЛАРЫНДАҒЫ ФАКУЛЬТАТИВТІ – АЭРОБМИКРОФЛОРА

Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік фармацевтикалық академиясы, Шымкент қ.,

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ.,

Халқаралық Қазақ-Түрік университеті Шымкент қ.

Босану кезеңіне дейінгі жүкті әйелдер тобының репродуктивті ағзаларында факультативті – аэроб микрофлора келесі бактериялармен сипатталды *Staphylococcus sp* (53%), *Corynebacterium sp* (26%) және *Enterobacteriaceae sp* (37%). Сирек жағдайда *Bacillus sp* (15%), *Acinetobacter sp* (8%), *Moraxella sp* (13%) анықталды. Анықталған топтағы в 25% жүкті әйелдердің қынабында нормобиоз, 75% - дисбиоз байқалды.

**Негізгі сөздер:** микрофлора, репродуктивті ағза, дисбиоз, нормобиоз.

### Summary

#### FACULTATIVE AEROBIC MICROFLORA OF THE REPRODUCTIVE TRACT OF PREGNANT WOMEN SURVEYED IN ANTENATAL

B.T. Seythanova, N.C. Shapambaev, R.R. Olzhayeva, P.E. Kalmenova

South Kazakhstan State Pharmaceutical Academy Shymkent,

Semey State Medical University,

International Kazakh-Turkish University n. H.A. Yassavi, Shymkent

In the group of pregnant women surveyed in prenatal optional - aerobic microflora of the reproductive tract was represented by the following families and genera of bacteria: *Staphylococcus sp* (53%), *Corynebacterium sp* (26%) and members of *Enterobacteriaceae sp* (37%). Rarely detected *Bacillus sp* (15%), *Acinetobacter sp* (8%), *Moraxella sp* (13%). In assessing the state of the whole vaginal microbiocenosis group surveyed pregnant women normobioze met in 25% of dysbiosis - 75%.

**Keywords:** flora, reproductive tract, dysbiosis, normobiozis.

УДК 616.61-002.3-055.26-08

Л.Г. Тургунова, Н.С. Умбеталина, И.В. Бачева, Т.А. Баешева

Карагандинский Государственный медицинский университет, г. Караганда

## ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

### Аннотация

Изучена клиническая эффективность Канефрона Н в комплексной терапии пиелонефрита у 35 беременных (18-основная группа, 17-контрольная группа). До и в конце лечения проведено исследование клинико-лабораторных показателей, УЗИ почек, бактериологическое исследование мочи. Установлено, что применение Канефрона Н в сочетании с антибактериальной терапией у беременных с пиелонефритом сопровождается более выраженным уменьшением частоты клинических признаков и достоверным снижением лейкоцитов в моче по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ). В обеих группах достигнута достоверная эрадикация возбудителя: в основной группе – у 78,6%, в контрольной – у 61,5% пациентов. Канефрон Н характеризуется хорошей переносимостью, безопасностью и может быть рекомендован в составе комплексной терапии пиелонефрита у беременных.

**Ключевые слова:** пиелонефрит, клинико-лабораторные показатели, бактериологическое исследование мочи, беременные, Канефрон Н.

**Актуальность.** Несмотря на большое число исследований, посвященных пиелонефриту, вопросы этиологии, диагностики и лечения данного заболевания у беременных продолжают оставаться в центре внимания клинической медицины. По данным разных авторов, инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящих путей, в том числе пиелонефрит,

встречаются у 10-33,8% беременных и имеют тенденцию к постоянному повышению [1,2]. Частота данной патологии в последнее десятилетие возросла в 3,6 раза и заняла второе место после анемии в структуре экстрагенитальных заболеваний беременных [3]. Пиелонефрит является одной из наиболее распространенных причин госпитализаций беременных, ассоции-

рованных с инфекцией [4]. Несмотря на благоприятные исходы у большинства пациенток, беременные женщины с пиелонефритом подвержены риску развития преждевременных родов, плацентарной недостаточности, внутриутробной гипоксии плода, гестоза, сепсиса [5]. Самопроизвольное прерывание беременности во II триместре происходит у каждой 10-й женщины, преждевременными родами беременность завершается в 17% случаях; у пациенток с вторичным хроническим пиелонефритом, возникшим на фоне другой сопутствующей урологической патологии, гестоз развивается в 64% случаев [6]; послеродовые воспалительные осложнения выявляются у 22-33% родильниц с пиелонефритом [7].

Антибактериальная терапия, проводимая даже с учетом микробиологической чувствительности не всегда имеет адекватный ответ с полным купированием клинико-лабораторных признаков. Частые рецидивы инфекции мочевых путей, риск развития антибиотикорезистентности, потенциально повреждающее влияние антибактериальных препаратов на плод стали основанием для применения в качестве профилактической и поддерживающей терапии препаратов растительного происхождения. В этой связи внимание многих исследователей привлек препарат Канефрон Н. Одной из существенных характеристик этого препарата, принципиально отличающей его от других препаратов растительного происхождения, является тщательность выверенная и строго регламентированная активность действующих веществ в единице продукта, полученная в результате использования технологии фитониринга (phytoneering; от phyton — растение и engineering - инженерия, разработка, технология). Особое значение имеет отсутствие тератогенного, эмбриотоксического действия препарата, свидетельствующее о том, что препарат может применяться по показаниям на любых сроках беременности. Психическое развитие детей в возрасте 6 месяцев - 3,5 лет, матери которых получали Канефрон Н в период беременности, также подтвердило его безопасность [8]. В этой связи представляет интерес изучение эффективности Канефрона Н при лечении пиелонефрита у беременных.

**Цель:** изучение динамики клинико-лабораторных показателей и микробиологического исследования мочи у беременных с пиелонефритом, получавших в составе комплексной терапии Канефрон Н.

**Материалы и методы.** Материалом для исследования были 35 беременных женщин с разными сроками гестации в возрасте от 17 до 44 лет (средний возраст  $24,9 \pm 5,9$  лет) с диагностированным хроническим пиелонефритом. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 30 лет. У 40% женщин отмечалось рецидивирующее течение заболевания. 62,9% женщин были с первой беременностью; у 17,1% имели 4 и более беременности. Срок беременности составил  $22,7 \pm 6,64$  недели. Все пациентки методом рандомизации были разделены на 2 группы: контрольная группа (17 пациенток), получавшая стандартную терапию (антибактериальную, дезинтоксикационную) и основная группа (18 пациенток), которая дополнительно к стандартной терапии получала Канефрон Н по 2 таблетки 3 раза в день. До лечения и через 2 недели после лечения оценивались клинико-лабораторные показатели, включая бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам. Идентификация микроорганизмов в моче после

их роста на средах производилась с помощью время-пролетного масс-спектрометра (MALDI-TOF, Microflex Biotyper). Чувствительность выделенных штаммов определялась с помощью дисков с антибактериальными препаратами. Ультразвуковое исследование почек проводилось на ультразвуковом сканере марки Sono Ace 8000EX (Medison) с использованием конвексного датчика с частотой 5,0 МГц по общепринятой методике. Оценку достоверности числовых различий между средними величинами проводили с помощью непараметрических критериев Wilcoxon, Mann-Whitney (U).

**Результаты и обсуждение.** Результаты исследования показали, что в клинической картине заболевания преобладали жалобы на общую слабость, утомляемость (100%), боли в области почек (91,4%), учащенное мочеиспускание (88,6%), никтурию (77,1%). Повышение температуры выше  $37^{\circ}\text{C}$ , боли при мочеиспускании отмечались у 40% беременных, появление пастозности лица - у 25,7%, синдром артериальной гипертензии - у 8,5% обследованных. Наиболее частыми изменениями в моче были лейкоцитурия - у 62,9% в общем анализе мочи и у 80% - в пробе по Нечипоренко; эритроцитурия и протеинурия - у 54,3% беременных. Обращает внимание наличие анемического синдрома (у 57,1% женщин), являющегося как фактором, предрасполагающим к развитию инфекций, так и проявлением пиелонефрита. Корреляционный анализ показал наличие немногочисленных достоверных связей между лабораторными и клиническими показателями. Наиболее существенные связи обнаружены между повышением температуры и содержанием лейкоцитов в средней порции мочи и общем анализе мочи ( $r=0,62$ ;  $r=0,42$ ;  $p<0,05$ ). Уровень лейкоцитов крови имел положительную связь с наличием лейкоцитов в моче ( $r=0,50$ ;  $p<0,05$ ) и обратную - с относительной плотностью мочи ( $r=0,45$ ;  $p<0,05$ ). Такие симптомы как общая слабость, боли в области почек, учащенное мочеиспускание, пастозность лица не имели достоверных связей с лабораторными показателями. Представленные данные подтверждают трудности диагностики пиелонефрита у беременных, связанные с отсутствием четких критериев заболевания, неспецифичностью симптомов, кратковременностью лабораторных изменений.

Ультразвуковое исследование почек показало, что наиболее частыми изменениями были гидрокаликоз (45,7%) и пиелоектазия почек (48,6%). Деформация чашечно-лоханочной системы отмечена у 28,6% обследованных, асимметрия размеров почек - у 8,6% и у 1 (2,9%) пациентки выявлены признаки удвоения левой почки. Появление на УЗИ гидрокаликоза и пиелоектазии почек может быть обусловлено как наличием беременности, так и активностью воспалительной реакции при пиелонефрите.

При бактериологическом исследовании мочи получен рост микрофлоры у 88,6%, при этом у 5,7% было отмечено наличие микробных ассоциаций, у 11,4% определялся рост *Candida albicans*. У всех пациентов с обнаружением дрожжей рода Кандида были указания в анамнезе на предшествующую антибактериальную терапию. Наиболее частым возбудителем пиелонефрита была *Escherichia coli* (рис.1), на втором месте - аэробные факультативные грамположительные кокки, среди которых преобладали *Staphylococcus epidermidis*. Относительно большая доля коагулазонегативных стафилококков не исключает возможности контамина-

ции мочи при сборе материала; с другой стороны, только у 1 пациентки количество микробных тел составило  $10^4$  в 1 мл мочи, у остальных -  $10^5$ - $10^6$ .

Исследование чувствительности бактерий к антибиотикам показало небольшой выбор антибактериальных препаратов для лечения пиелонефрита у беременных. Так, *E. coli* имела 100% чувствительность к карбапенемам, аминогликозидам, налидиксовой кислоте, триметоприму, которые по классификации FDA (США) относятся к категории С и к фторхинолонам (категория D). Применение данных лекарственных препаратов у беременных ограничено ситуациями, когда потенциальная польза может превалировать над риском их неблагоприятного действия на плод.

Среди препаратов группы В высокая чувствительность отмечена у цефалоспоринов III, IV поколения и левомецетина, известного своим токсичным действием на гемопоэз. К ампициллину отмечена чувствительность *E. coli* 60%, к амоксициллин / клавулату - 72,7%, азитромицину - 75%.

Анализ динамики клинико-лабораторных показателей в процессе лечения показал улучшение в обеих группах беременных в виде уменьшения боли в области почек, боли при мочеиспускании, отеков на лице; существенное значение имело снижение температуры и никтурии. В обеих группах зарегистрировано уменьшение лейкоцитурии, имеющее достоверный характер в основной группе.

На фоне проводимого лечения в обеих группах имелась положительная динамика в виде отсутствия нарастания гидрокаликоза и пиелозэкстзии, за исключением одной пациентки контрольной группы. У данной беременной в сроке 21 недели было зафиксировано нарастание гидрокаликоза и гидронефроза правой почки. Несмотря на установление мочевого катетера, беременность закончилась выкидышем на сроке 23 недель.

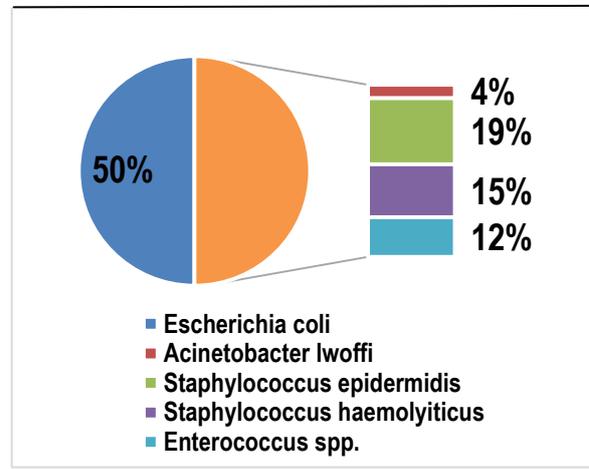


Рисунок 1. Структура возбудителей пиелонефрита у беременных.

Таблица 1.

Частота (%) клинических признаков заболевания в основной и контрольной группах до и после лечения.

Признаки	Контрольная (n=17)		Основная (n=18)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)	% (абс.)
Повышение температуры	41,2 (7)	0 *	38,9 (7)	0 *
Боли в области почек	94,1 (16)	58,8 (10)	94,4 (17)	44,4 (8)
Боли при мочеиспускании	39,4 (5)	23,5 (4)	27,8 (5)	0
Никтурия	52,9 (9)	5,88 (1)*	100 (18)	0 **
Отеки на лице	29,4 (5)	0	27,8 (5)	0
Нб, г/л	105,4±17,6	102,7±11,7	112,8±18,1	108,9±19,3
СОЭ, мм/ч	25,1±14,3	27,2±15,4	28,3±15,9	21,1±12,3
Лейкоциты крови, $10^9$ /л	8,68±4,29	7,13±2,49	8,46±3,87	6,20±1,88
Лейкоцитурия (ОАМ)	76,5 (13)	23,5 (4)	50 (9)	5,56 (1)*
Лейкоцитурия (пр.Нечипоренко)	52,9 (9)	41,1 (7)	100 (18)	5,56 (1)*#

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  - достоверность различий показателей до и после лечения;  
#  $p < 0,05$  достоверность различий показателей основной и контрольной групп

Лечебные свойства Канефрона Н основаны на сочетании воздействию листьев розмарина (*Folia Rosmarini*), травы золототысячника (*Herba Centaurii*) и корня любистка (*Radix Levistici*); каждый из них содержит активные компоненты с доказанными в эксперименте лечебными свойствами. Так, листья розмарина (эсенциальные масла, полифенольные соединения, флавоноиды) и трава золототысячника (растительные горечи, фенольные кислоты, тритерпеноиды) оказывают противовоспалительный, антиоксидантный, нефропротекторный и диуретический эффект, экстракт корня любистка (омега-3- и омега-6-полиненасыщенные жирные кислоты, полиацетиле-новые и сесквитерпеновые соединения) - выраженный мочегонный и спазмолитический эффекты. Благодаря указанным свойствам препарат эффективен для профилактики и лечения гестоза у беременных с заболеваниями мочевыделительной системы, снижает концентрацию креатинина у беременных при нарушении функции почек [9].

Особую значимость имеет наличие противомикробной активности у фенольных дитерпенов, содержащихся в экстракте листьев розмарина, секоиридоидных гликозидов травы золототысячника, экстракта корня любистка в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов [10,11].

Некоторые активные компоненты корня любистка (фалькариндиол, жирные кислоты) ингибируют процесс выведения антибиотиков из клетки грамотрицательных бактерий и тем самым снижают лекарственную устойчивость патогенных микроорганизмов, повышают чувствительность к антибиотикам [12].

Проведение терапии в обеих группах сопровождалось достоверным исчезновением бактериурии: в контрольной - у 61,5% пациентов, в основной - у 78,6%. Переносимость терапии была хорошей, случаев побочных осложнений не отмечалось. Полученные данные подтверждают сведения об эффективности применения Канефрона у беременных других авторов [13].

Таким образом, применение препарата растительного происхождения Канефрон Н в терапии пиелонефрита у беременных характеризуется хорошей переносимостью и комплексным воздействием, усиливающим положительные эффекты антибактериальной терапии.

#### Выводы:

1. Применение Канефрона Н в сочетании с антибактериальной терапией у беременных с хроническим пиелонефритом сопровождается более выраженным уменьшением выраженности клинических признаков и достоверным снижением лейкоцитов в моче по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,05$ ).

2. В обеих группах беременных достигнута достоверная эрадикация возбудителя после одного курса лечения: в основной группе - у 78,6%, в контрольной - у 61,5% пациентов.

3. Канефрон Н характеризуется хорошей переносимостью, безопасностью и может быть рекомендован в составе комплексной терапии пиелонефрита у беременных.

#### Литература:

1. Гайсин И.Р. Артериальная гипертония у беременных – новый кардиоренальный континуум // И.Р. Гайсин // Терапевтический архив. - 2012. - №1. - С.48-53.
2. Синякова Л. А. Инфекции мочевых путей у беременных. Современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. - 2008. - № 1. - С.11-13.
3. Стрюк Р.И. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2010. - №9(6). Приложение 2. - С.4-6.
4. Bacak S.J. Pregnancy associated hospitalizations in the United States, 1999–2000 / S.J. Bacak, W.M. Calla-

ghan, P.M. Dietz, C. Crouse // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol.192. - P. 592-597.

5. Galvagno S.M. Sepsis and acute renal failure in pregnancy / S.M. Galvagno, W. Camann // Anesth. Analg. - 2009. - Vol.108. - P. 572-575.

6. Жатканбаева Г.Ж. Профилактика преждевременных родов при гестационном пиелонефрите: автореф. дисс. к.м.н. – Алматы, 2010. - 24с.

7. Сидорова И.С. Прогнозирование исходов беременности и родов при остром гестационном пиелонефрите // Акушерство и гинекология. - 2009. - №4. - С.37-40.

8. Медведь В.И. Безопасность Канефрона Н во время беременности: от клинического опыта к доказательствам // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2009. - №3(20). - С.2-5.

9. Кравченко Н.Ф. Использование препарата Канефрон Н для профилактики и лечения гестоза при патологии мочевыделительной системы // Репродуктивное здоровье женщины. - 2008. - №1(35). - С.48-51.

10. Shafaghat A. Chemical constituents, antimicrobial and antioxidant activity of the hexane extract from root and seed of *Levisticum persicum* Freyn and Bornm // J. Med. Plants Res. - 2011. - Vol. 5(20). - P. 5127-5131.

11. Pintore G., Marchetti M., Chessa M. et al. Rosmarinus-officialis L.: chemical modifications of the essential oil and evaluation of antioxidant and antimicrobial activity // Nat. Prod. Commun. - 2009. - Vol. 4(12). - P. 1685-1690.

12. Garvey M.I. Medicinal plant extracts with efflux inhibitory activity against Gram-negative bacteria // Int. J. Antimicrob. Agents. - 2011. - Vol. 37(2). - P.145-151.

13. Фофанова И.Ю. Особенности инфекционных процессов мочевыводящих путей в акушерско-гинекологической практике // Гинекология. - 2011. - №2(13). - С.27-30.

#### Тұжырым

### ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ПИЕЛОНЕФРИТ АУРУЫН ЕМДЕУІН ЖАҚСARTУ

Л.Г. Тургунова, Н.С. Умбеталина, И.В. Бачева, Т.А. Баешева

Караганда қаласының Мемлекеттік медицина университеті

35 жүкті әйелдерде (18-негізгі топ, 17-бақылау тобы) пиелонефриттің кешенді емінде Канефрон Н клиникалық нәтижелігі зерттелді. Емге дейін және соңында клиника-биохимиялық көрсеткіштерді зерттеу, бүйректің ультрадыбыстық зерттелуі, зәрдің бактериологиялық зерттелуі жүргізілді. Пиелонефриті бар жүктілерде антибактериалды терапияға Канефронды үйлестіріп тағайындау кезінде клиникалық белгілер жиілігінің айқын азаюы және бақылау тобымен салыстырғанда зарда лейкоциттердің дәлелді төмендеуі ( $p < 0,05$ ) анықталды. Жүктілердің екі тобында қоздырғыштардың дәлелді эрадикациясына жетті: негізгі топта - 78,6%, бақылау тобында - 61,5% науқастарда. Канефрон Н жақсы төзімділікке, қауіпсіздікке ие және жүктілердегі пиелонефриттің кешенді емінің құрамында тағайындауға болады.

**Негізгі сөздер:** пиелонефрит, клиника-зертханалық көрсеткіштер, зәрді бактериологиялық зерттеу, жүктілер, Канефрон Н.

#### Summary

### OPTIMIZATION OF TREATMENT OF PYELONEPHRITIS IN PREGNANCY

L. Turgunova, N. Umbetalina, I. Bacheva, T. Baesheva

Karaganda State medical university

The clinical efficacy of Canephron N in the complex therapy of pyelonephritis in 35 pregnant women (18-basic group, 17 - control group) has been studied. Before and after the treatment were investigated: clinical and laboratory parameters, urine culture, ultrasound of the kidneys. It has been established that use of Canephron N in combination with antibiotic therapy in pregnant women with pyelonephritis is accompanied by more marked decrease in the frequency of clinical symptoms and significant reduction of leukocytes in urine as compared with the control group ( $p < 0,05$ ). In both groups was achieved significant pathogen eradication: in basic group – 78,6%, in control group - 61,5%. Canephron N is well tolerated and safety and can be recommended in the complex therapy of pyelonephritis in pregnant.

**Key words:** pyelonephritis, clinical and laboratory parameters, urine culture, pregnancy, Canephron N.

УДК 616.367-089-885

А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Э. Кирымбаева,  
М.Е. Байсеитова, А.Е. Масалов

Государственный медицинский университет г. Семей,  
Кафедра факультативной хирургии и травматологии.

## ХОЛЕДОХОТОМИЯ В ЭКСТРЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

### Аннотация

Гнойный холангит как осложнение острого холецистита чаще возникает при наличии камней в желчных протоках, в результате перехода воспаления с желчного пузыря на внепеченочные желчные протоки. Это тяжелое осложнение нарушения проходимости желчных путей, которое рассматривают как заболевание, проявляющееся местными воспалительными изменениями желчных протоков, системной воспалительной реакцией. Чаще всего холангиты возникают у больных с холедохолитиазом и рубцовыми поражениями протоков. Наиболее часто причиной механической желтухи является холедохолитиаз. Острый холецистит относится к распространенным заболеваниям органов брюшной полости. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчнокаменной болезни «ЖКБ» и увеличением продолжительности жизни людей. Чаще заболевание встречается у лиц старше 50 лет, пациенты пожилого и старческого возраста составляют более 50%, соотношение мужчин и женщин среди пациентов 1:5. У 70 % пациентов обтурация камней приводит к застою желчи и желчной гипертензии, это позволяет считать ЖКБ основным фактором, предрасполагающим к развитию острого «обтурационного холецистита». Вмешательство на желчных протоках осуществляют после удаления желчного пузыря. Идеальная холедохотомия производится при отсутствии признаков холангита, проходимости общего желчного протока.

**Ключевые слова:** холедохотомия, калькулезный холецистит, билирубинемия, подпеченочный абсцесс, холедохостомия, механическая желтуха, холедохостомия, холангит, микродренаж.

### Актуальность

Неотложные операции на внепеченочных желчных протоках имеют свои особенности, более сложны в тактическом плане, техническом выполнении, поскольку к ним прибегают главным образом у больных с осложненным острым холециститом. В этих условиях значительно повышается риск операции. Поэтому вопрос о холедохотомии в неотложной хирургии желчных путей заслуживает самого пристального внимания. Это дало повод хирургам поделиться опытом неотложных операций на общем желчном протоке.

**Цели лечения:** Неотложная декомпрессия и санация желчевыводящих путей, дезинтоксикация, устранение конкрементов с холедоха, дренирование по А.В. Вишневскому. Основу лечения холангита составляют также антибактериальные средства III- IV поколения.

### Материалы и методы

В больнице скорой медицинской помощи г. Семей в хирургическом отделении хирургами выполнено 250 операций по поводу острого калькулезного холецистита, реже бескаменного, также желчнокаменной болезни. Больные, оперированные по экстренным и срочным показаниям в возрасте до 60 лет – 118, старше 65 лет – 132, из них мужчин – 80, женщин – 170. Причем, у 26 пациентов, холедохотомия была выполнена повторная операция после перенесенной ранее холецистостомии, холецистэктомии, холедохостомии.

У 166 больных или 65% отмечена механическая желтуха с высокими цифрами билирубинемии. Во время операции у 67 пациентов выставлен диагноз острый холецисто-панкреатит. Более чем у половины больных диагностированы различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а у 16 пациентов в прошлом перенесенный инфаркт миокарда.

По экстренным показаниям прооперировано 180 больных, а по срочным в первые сутки - у 70 пациентов. Экстренные операции производились у больных с признаками перитонита или гнойно-септической интоксика-

ции, обусловленной воспалительно-деструктивным процессом в желчном пузыре, гнойным холангитом или формирующимся подпеченочным абсцессом.

Срочные операции предпринимались у больных, которые были доставлены в хирургическое отделение с клиникой острого холецистита-панкреатита средней тяжести, у которых консервативное интенсивное лечение в ближайшие сутки не оказывало отчетливого положительного эффекта, а в ряде случаев состояние их даже ухудшалось. Эти больные подвергались операции после тщательного обследования и адекватной предоперационной подготовки и чаще всего в первые двое суток с момента госпитализации в хирургический стационар.

Следует отметить, что деление больных на нуждающихся в экстренной или срочной операции весьма условно, так как в распоряжении врача – хирурга еще нет точных критериев, которые позволяли бы определить сроки выполнения оперативного пособия.

В ряде случаев, где предпринималась срочная операция, патологические изменения в желчном пузыре были настолько выражены, что были обнаружены гангрена желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, что не оставляли сомнений в необходимости операции в более ранние сроки. Объяснение этому есть, это обычно наблюдалось у пожилых больных, так как у них морфологические изменения в желчном пузыре опережают клинические симптомокомплексы.

Из 250 оперированных флегмонозный холецистит обнаружен у 186 больных, гангренозная форма – у 37 пациентов, перфоративный – у 12, обострение хронического холецистита - у 6, а у 9 больных ранее была произведена холецистэктомия, у которых обнаружены «забытые» конкременты. Камни в желчном пузыре выявлены у 242 пациентов. Из них крупные одиночные камни у 66, множественные – у 163, а у 13 больных – бескаменные холециститы с признаками сосудистого фактора флегмонозно-гангренозная форма. В процессе ревизии желчных протоков конкременты в общем желч-

ном протоке обнаружены у 32 больных. Механическая желтуха была у 132 пациентов с расширением внутрипеченочных и внепеченочных желчных протоков - у 147. В тоже время в 41 наблюдении или в 23,7% обнаружены камни в протоках не нарушали пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, а у 26 пациентов, что составляет 15% не вызвали расширения протоков. Внешних признаков наличия камней в протоках не было, по крайней мере, у 26 больных. Их камни заподозрены пальпаторно у 10, у остальных 16 больных или 8,9%, были выявлены на операционном столе с помощью осуществления контрастной холангиографии.

Этому методу исследования придается большое значение, хотя он не считается абсолютно безупречным, так как камни в основном находились в общем желчном протоке, причем одинаково часто в супра- и ретродуоденальном отделе его, у 8 больных камни ущемились в большом дуоденальном сосочке, в 2-х больных конкременты способствовали перфорации супрадуоденального отдела холедоха по типу пролежня. Такое осложнение является весьма редким. Эти больные, в прошлом перенесли операции холецистэктомии и холедохостомии.

У 173 больных с наличием конкрементов в желчных протоках развился острый холангит у 83 пациентов. Расширение холедоха отмечено - у 213 из 250 больных, у 142 обнаружены камни в протоках, которые можно считать причиной расширения холедоха. В 66 наблюдениях были выявлены причины дилатации протоков: стеноз большого дуоденального сосочка - у 16 пациентов, рубцовый стеноз холедоха - у 4, индуративный панкреатит - у 18 больных, обострение хронического панкреатита - у 14, перихоледохеальный лимфаденит -

у 3 больных. У 10 больных или 4,7% достоверной причины расширения холедоха установить не удалось, но были основания предполагать, что оно является следствием сдавления протока увеличенными лимфатическими узлами или крупным камнем шейки желчного пузыря.

Таким образом, показанием к холедохотомии послужили: механическая желтуха и холангит до операции. Расширение холедоха, прощупываемые в протоках камни, тени камней и обтурация холедоха или большого дуоденального сосочка на операционной холангиограмме, наличие мелких камней в желчном пузыре при широком пузырном протоке. Холедох вскрывался косопродольным разрезом вблизи двенадцатиперстной кишки.

При широком пузырном протоке нередко нет необходимости вскрывать холедох, так как извлечь небольшие камни и проверить проходимость желчных путей удается через культю пузырного протока. Для извлечения из протоков камней использовали специальные ложки и окончатые зажимы. У некоторых больных для удаления песка и замазки из дистального отдела холедоха пользовались зондом Фогерти.

Из 250 больных у 16 холедохотомия оказалась диагностической. Поводом к ревизии протоков у них были: желтуха в анамнезе - у 8 пациентов, наличие мелких камней в желчном пузыре при широком пузырном протоке - у 5 и тени, подозрительные на конкременты, при холангиографии - у 3. У остальной категории больных желчные протоки были освобождены от конкрементов, песка, замазки или гноя.

Виды и исходы неотложных оперативных вмешательств представлены в табл. 1.

Таблица 1.

## Виды и исходы неотложных оперативных вмешательств.

Название операции	операции		итого	
	экстренные	срочные	оперировано	умерло
Холецистостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому	24	6	30	-
Холецистостомия, холедоходуоденостомия	10	3	13	-
Холецистодуоденостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому	9	1	10	-
Холецистэктомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому или Керу	81	32	113	4
Холецистодуоденостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому, трандуоденальная папиллотомия	10	2	12	1
Холедохостомия по А.В. Вишневскому	14	3	17	-
Холецистэктомия, холедоходуоденостомия	22	10	32	2
Холецистодуоденостомия	4	5	9	1
Холедохоеюностомия	2	-	2	-
Холецистэктомия, глухой шов холедоха	4	8	12	-
Всего	180	70	250	8

В основном у подавляющего большинства больных острым холециститом холедохотомия заканчивалась наружным дренированием по Вишневскому или Керу. Однако непосредственные и отдаленные результаты холедохостомии заставляли пересмотреть отношение к наружному дренированию желчного протока, и в настоящее время определены следующие показания к холедохостомии: тяжелый гнойный холангит, при котором удалось восстановить пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку; панкреонекроз поджелудочной железы; резкое ухудшение состояния больного во время холедохотомии. Если при гнойном холангите устранить препятствие оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку, холедохотомию завершаем билиодегистивным анастомозом.

Угроза несостоятельности швов анастомоза при холангите не так велика, как полагали прежде. Деком-

прессия холедоха через культю пузырного протока в известной степени предупреждает осложнение. В последнее время часто применяется холедоходуоденостомия в сочетании с дренированием холедоха через культю пузырного протока у больных с гнойным холангитом с хорошим непосредственным исходом.

Холедоходуоденостомия при неотложной и срочной холедохотомии применялись по следующим показаниям: рубцовое сужение дистального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка; сдавление общего желчного протока, индуративно измененной головкой поджелудочной железы; резкое «более 2 см» расширение холедоха; неуверенность в полном удалении замазки, песка или камней из желчных протоков; неудавшаяся попытка удалить вклинившийся камень из холедоха. Холедоходуоденостомия нередко сочеталась с временной наружной декомпрессией желчных путей с по-

мощью микродренажа, введенного в холедох через культю пузырного протока. Глухой шов применялся при диагностической холедохотомии и после удаления камней из протоков, проходимость которых не была нарушена, а декомпрессия холедоха пузырного протока считалась неременным условием. Из 250 оперированных умерло 8 больных или 3,2%. Причинами летальных исходов послужили: разлитой гнойный перитонит, полиорганная недостаточность, тотальный панкреонекроз, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии у одного пациента.

**Выводы.** В неотложной холедохотомии при операциях по поводу осложненного острого холецистита нуждается не менее 20 % оперируемых больных, несколько худшие отдаленные результаты наблюдались после наружного дренирования общего желчного протока.

Значительно лучшие отдаленные результаты среди больных, которых холедохотомия была завершена глухим швом или холедоходуоденостомией. Опасность

несостоятельности швов при этих операциях существенно уменьшается декомпрессией холедоха через культю пузырного протока с помощью микродренажа.

#### Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия: национальное руководство, том II, М.: - «Гэотар - Медиа», 2009г. - 864 с.
2. Королев Б.А., Пиковский Д.Л., Экстренная хирургия желчных путей, - М.: Медицина, 1996. - с 152.
3. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Желчнокаменная болезнь, М.: Видар - М. 2000.- 144с.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С., Руководство по хирургии желчных путей. - М.: 2006. - 568 с.
5. Нурахманов Б.Д., Ибадальдин А.С., Намазбеков А.Б., Хирургия, - Алматы, 2009. - 132 с.
6. Шерлок Ш., Дули Д.Ж., Заболевание печени и желчных путей, - М.: Медицина, 1999. - 864 с.

#### Тұжырым

### ӨТТІҢ БАУЫРДАН ТІС ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖЕДЕЛ АБДОМИНАЛЬДІ ХИРУРГИЯДАҒЫ ХОЛЕДОХОТОМИЯ

**А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Ә. Киримбаева, М.Е. Байсейитова, А.Е. Масалов**  
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,  
Факультативті хирургия мен травматология кафедрасы

Асқынған жедел холециститі бар науқастардың 20% - да холедохотомиямен жедел жәрдем көрсетуді қажет етеді. Жалпы өт өзегінің сыртқы дренажынан кейін кейбір науқастардың жағдайлары нашарлаған. Холедохотомияның жабық тігісімен жасалған операциядан кейін немесе холедоходуоденостомиядан кейін науқастардың жағдайы жақсарған. Бұл отаулар кезінде тігіс отырау қауіптілігінің алдын алу мақсатында өт өзегінің культясы арқылы холедох декомпрессиясын төмендетуде микродренаж жасау ықпал етті.

**Негізгі сөздер:** холедохотомия, калькулезный холецистит, қанның билирубин көтерілуі, бауырдың абсцессы, холецисто-панкреатит, механикалық сарғаю, холедохостомия, холангит, микродренаж.

#### Summary

### CHOLEDOCHOTOMY IN URGENT SURGERY OF EXTRA HEPATIC BILE PASSAGES

**A.B. Bekeshkyzy, M.M. Gladinets, A.O. Baituyakova, A.Ә. Kirimbaeva, M.E. Baiseitova, M.E. Masalov**  
Semey State Medical University,

Department of faculty surgery and traumatology

Choledochotomy in urgent operations for acute cholecystitis has been carried out upon 250 patients. Indications for the dissection of the common bile duct in acute cholecystitis are considered. Methods of completion of choledochotomy are discussed. According to the authors data in the patients the external drainage of the common bile duct was done. Immediate and late results of this operation happened to be worse than those following choledochal blind suture or biliodigestive anastomosis choledochotomy. On this basis it is recommended to restrict the use of the drainage.

**Key words:** choledochotomy, acute cholecystitis, the abscess of the liver, cholecystopancreatitis, mechanical jaundice, choledochostomy, microdrainage.

УДК 616.24-002.951.21-053.2-08

**М.С. Санбаев, М.Т. Аубакиров, А.Д. Жаркимбаева, К.Л. Исаков**

Государственный медицинский университет города Семей,  
Кафедра детской хирургии и неотложной помощи в педиатрии

### СПОСОБ ГЕРМЕТИЗАЦИИ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

#### Аннотация

Проведен анализ результатов оперативного лечения 45 детей с эхинококкозом легких. В контрольной группе n=37 бронхиальный свищ ушивали кисетными двурядными швами, в основной группе n=8 бронхиальные свищи герметизированы тахокомбом. В послеоперационном периоде в контрольной группе отмечены осложнения у 14(35%), в основной – 1(12,5%).

**Ключевые слова:** эхинококкоз, осложнения, бронхиальные свищи, герметизация, детей.

**Актуальность.**

В настоящее время хирургическое лечение эхинококкоза легкого остается единственным радикальным методом. Однако, при эхинококкэктомии, до сих пор сохраняется высокие показатели послеоперационных осложнений, связанные способом ликвидации бронхиальных свищей [1,2].

Среди хирургов нет единого мнения по тактике ушивания бронхиальных свищей. Пулатов А.Т. (2004); Шангеева Р.Х. (2002), Шамсиев А.М. (2008); Gouliamos A.D. et al (2001) придерживаются мнения, что бронхиальные свищи нужно ушивать двухрядными швами, что предупреждает формирование остаточной полости гидро- и пневмоторакса в после операционном периоде.

Противоположного мнения придерживаются Шамсиев А.М. (2008), считающие, что бронхиальные свищи дренируют остаточные полости. В связи этим разработка способа обработки бронхиального свища при эхинококкэктомии является актуальной проблемой.

**Цель работы** - разработать способ герметизации бронхиального свища после операции эхинококкэктомии по поводу эхинококкоза легких у детей.

**Материалы и методы.** В работе проанализированы результаты лечения 45 детей с эхинококкозом легких различной формы, которым выполнено оперативное вмешательство в Медицинском центре Государственного медицинского университета города Семей с 1987 по 2012годы. Больные были в возрасте от 2 до 14 лет. Правосторонняя локализация в 25 (55%) случаях, левосторонняя - 13 (29%), двусторонняя – у 7 больных (16%).

В диагностике заболеваний использованы рентгенологические методы исследования 32 больных. У 7 пациентов в сомнительных случаях с целью дифференциальной диагностики выполнена КТ.

В зависимости от способа ушивания бронхиального свища больные разделены на 2 группы. В первой группе свищ ушивали кисетными двухрядными швами (n =37) во второй группе методом, разработанным в клинике (n =8)

Учитывая высокий процент осложнений при ушивании бронхиальных свищей мы разработали способ герметизации бронхиального свища при эхинококкэктомии у детей.

Методика обработки раневой поверхности бронхиального свища следующая. Поверхность, возникшая в результате иссечения фиброзной капсулы бронхиального свища или самостоятельно открывающийся бронхиального свища обрабатывают спиртом, что является важным условием для последующей прочности соединения тканей. На подготовленную таким образом поверхность бронхиального свища приклеивается пленка тахокомба. Нанесение тахокомба осуществляется на коллабированном легком. Тахокомб прижимается раневой поверхности около 5-ти минут.

Эффективность герметизации свища контролируется через 5 минут с повышением внутрибронхиального давления до 20-30 мм вод.ст. с помощью аппарата РО-5 или РО-6.

Критерии сравнения обработки бронхиальных свищей обеих групп были следующие:

- а) течение послеоперационного периода
- б) осложнения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах

**Результаты и обсуждения.**

У 37 больных контрольной группы пунктировали кисту, эвакуировали жидкость, рассекли фиброзную капсулу, удалили хитиновую оболочку, полость фиброзной капсулы, обеззараживали глицерином, открывающихся в полость фиброзной капсулы бронхиальных свищей ушивали двухрядными кисетными швами.

У этих больных в ближайшем послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения гидроторакс у одного больного, пневмоторакс - у 2, а формирование остаточной полости у 12 (у 9 без нагноения, у 3 с нагноением), что составило 35,1%. (таб.1).

У больных основной группы, которым бронхиальные свищи обработаны по методике клиники (герметизация бронхиального свища тахокомбом), формирование остаточной полости выявлены у 1 больных (12,5%).

При сравнительном анализе продолжительность стационарного лечения уменьшилась с  $33,2 \pm 0,7$  койко – дней до  $25,1 \pm 0,3$  койка-дней в основной группе.

*Пример.* Больной Б.М., 26.09.2005 г.р. госпитализирован в детское хирургическое отделение Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей 03.11.2011 г. Жалобы при поступлении: слабость, быстрая утомляемость, кашель, снижение аппетита, похудание. Ребенок с лета 2011 года лечился в ЦРБ по поводу пневмонии, в связи с отсутствием эффекта педиатром назначена контрольная рентгенография органов грудной клетки и направлен на консультацию к хирургу после осмотра хирурга госпитализирован в хирургическое отделение МЦ ГМУ г.Семей. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Самочувствие страдает – вялый, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Костно-мышечная система без патологии. Визуально имеется деформация грудной клетки в виде выбухания грудной клетки с обеих сторон, расширение межреберных промежутков. Дыхание поверхностное, учащенное. ЧДД-32 в мин. В легких дыхание в верхних отделах прослушивается, в нижних ослабленное. Сердце тоны ясные, тахикардия. ЧСС-104. АД-11/80 мм рт.ст. живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Проведены следующие обследования: обзорная рентгенография легких – гигантские эхинококковые кисты обеих легких фиг.1.

*Установлен клинический диагноз:* Эхинококкоз. Эхинококковая киста верхней доли левого легкого и средней доли правого.

На рентгенографии черепа в 2-х проекциях патологии не выявлено. При УЗИ печени, селезенки, почек, поджелудочной железы патологии не выявлено.

Подготовка к операции и 11.11.2011 года произведена операция торакотомия, эхинококкэктомия левого легкого и герметизация свища предлагаемым способом. Поверхность бронхиального свища обработали спиртом, сверху нанесена пленка тахокомба размером 2,5 x 3,0 см и прижата к раневой поверхности в течении 5-ти минут. После чего контролировали на герметичность с повышением внутрибронхиального давления до 20 мм.вод.ст. с помощью аппарата РО-5. Легкое полностью расправилось, выделений воздуха нет. Рана на грудной клетке ушита наглухо с оставлением дренажной трубки в плевральной полости. Течение послеоперационного периода гладкое.

На контрольной рентгенографии легких от 12.11.2011 г. – левое легкое полностью расправлено, в плевральной полости жидкости нет (фиг. 2), дренаж удален на 3-и сутки. Течение послеоперационного периода гладкое. Швы сняты на 8-е сутки.

28.11.2011г. произведена операция эхинококкэктомия правого легкого и ушивание свища по поводу эхинококковой кисты средней доли. После эхинококкэктомии имелся свищ в срежней доли, который также обработан тахакомбом. Плевральная полость дренирована. Дренаж удален на 3-е сутки. Заживление раны первичное. На рентгенографии легких от 20.12.2011 г. (фиг. 3) левое легкое полностью расправлено. В правом легком имеется небольшая деформация легочной ткани в диафрагмальной поверхности. Выписан домой 20.12.2011г. в удовлетворительном состоянии.

Осмотрен через 6 месяцев. Жалоб нет. Состояние ребенка удовлетворительное. На обзорной рентгенографии легких 26.06.2012 г. определяется удовлетворительная прозрачность легочных структур. Корни малоструктурные. Синусы свободные, контуры диафрагмы справа неровные из-за базальных спаек (фиг. 4).

#### Выводы.

Таким образом, способ герметизации бронхиального свища тахакомбом при эхинококкэктомии снижает частоту послеоперационных осложнений у детей.

#### Литература:

1. Шангереева Р.Х., Ишимов Ш.С. и др. Клиника, диагностика эхинококкоза легких у детей. Метод. рекомендации. Уфа. - 2002. - 22с.
2. Нугуманов Н.Н., Джанзаков Б.Б., Утетлеуов А.М., Есеналиев Г.К. Хирургическое лечение легочного эхинококкоза у детей // Детская хирургия. - 2008, - №5. - С. 8-11.
3. Пулатов А.Т., Абдуфаттоев Т.А. Результаты эхинококкэктомии легкого с созданием искусственной междолевой или межсегментарной щели // 30 лет дет.хир. Таджикистана. Сборник научн.-практ. работ. Душанбе. - 1994. - С. 180-184.
4. Шамсиев А.М., Шамсиев А.С. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и легких у детей // Детская хирургия. - 2008. - С.46-48.
5. Gouliamos A.D., Kalovidouris A., Papailiou J., Vlahos L., Papavasiliou C.C. Appearance of pulmonary hydrated disease. Chest 2001; 100: 1578-1581.

#### Тўжырым

### БАЛАДАРҒЫ ӨКПЕ ЭХИНОКОККОЗЫНДА БРОНХ ЖЫЛАНКӨЗІН ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ЖАСАУ ӘДІСІ

М.С. Санбаев, М.Т. Аубакиров, А.Д. Жаркимбаева, К.Л. Искаков

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,

Балалар хирургиясы және педиатриядағы шұғыл көмек кафедрасы

Өкпе эхинококкозы ауруымен емделген 45 науқас балаларды операция арқылы емдеу нәтижесі сарапта салынды. Бақылау тобында  $n=37$  эхинококкэктомиядан кейін бронх жыланкөздері екі қабат кесет жіп тігісі арқылы жабылды. Негізгі топтағы науқастарға  $n=8$  бронх жыланкөзі тахокомб пластинасымен бітелді. Емдеу нәтижесінде бақылау тобындағы 14(35%) ауруда өртүрлі асқынулар байқалды, ал негізгі топтағы науқастарда асқыну-1(12,5%).

**Негізгі сөздер:** эхинококкоз, асқынулары, бронх жыланкөзі, герметизация, балалар.

#### Summary

### THE WAY OF CAPSULATION OF BRONCHIAL FISTULAS AT PULMONARY ECHINOCOCCOSIS AT CHILDREN

M.S. Sanbayev, M.T. Aubakirov, A.D. Zharkimbayeva, K.L. Iskakov

Semey State Medical University

Department of Pediatric Surgery and Emergency Aid in Pediatric

The analyses of the results of treatment of 45 children with pulmonary echinococcosis from 1997 to 2013 in the MC SMU (Medical Center State Medical University) of Semey was held.

The patients from control group of patients ( $n=37$ ) were taken and their bronchial fistulas were sutured by purse string sutures with double row.

At the patients of main group ( $n=8$ ) the bronchial fistulas were coated by plate TachoComb.

Among patients in the control group the various complications comprised 14(35%) of all cases, while in the main group it comprised - 1(12,5%)

**Key words:** echinococcosis, complications, capsulation, bronchial fistulas, children.

УДК 616.831-005-053.3

Е.О. Масалимов, М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсенбаев, М.С. Санбаев

**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Медициналық орталығы  
Балалар хирургия бөлімі.****ЕМШЕК ЕМЕТІН ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ БАС МИ ҚАНАЙНАЛЫМЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ****Түіндеме**

Балалардағы жедел бас ми қан айналымының бұзылысы кезінде клиникалық белгілері әрқилы байқалады. Міндетті түрде сырқаттың алғашқы белгілері ретінде жалпымішілік және мидың ошақты симптомдары анықталды. Жас нәрестелерде жедел бас ми қанайналымының бұзылуының себептері ретінде ананың жүктілік кезіндегі перинаталды патологиясы және баланың 1-2 ай жасындағы стресске ұшырауы себеп болып табылды. Патолого-анатомиялық зерттеу нәтижесінде 62,5 пайызда жедел бас ми қан айналуының бұзылуына мидың қан тамырларының мальформациясы әкеліп соқты.

**Негізгі сөздер:** жедел бас ми қан айналымының бұзылуы, мальформация, мішілік, емшек жасындағы, ошақты зерттеу.

**Кіріспе**

Жедел бас ми қанайналымы бұзылысы (ЖБМҚБ) емшек еметін жасындағы балаларда жиі мүгедікке және бала шетінеуіне әкелетін аз зерттелген қазіргі кездегі мәселе болып есептелінеді. Осы уақытқа дейін бас миы қанайналым бұзылысы тек қана үлкен жастағы кездесетін ауру түрі болып саналған. Алайда кейінгі 10-15 жылдарда статистика мәліметтері бойынша аталған мәселенің жасарғанын және емшек еметін нәрестелер арасында артқанын айғақтап отыр (Амос Е.Г., Потяшин А.Е., 2001); ЖБМҚБ кездесу жиілігі 100 000 балаға шаққанда 2-ден 13-ке тең, оның ішінде бір жасқа дейінгі балаларда 60-70% құрайды (Неретин В.Я., 1996; Чучин М.Ю., 2005; Евтушенко С.К., 2010; Lynch, Hirtz D, 2002; Roach E. Golomb M 2008).

**Зерттеу мақсаты:** Емшек еметін жаста кездесетін балалардағы бас ми қанайналымының клиникалық ерекшеліктерін анықтап және себептерін зерттеу.

**Зерттеудің түрі және материалы**

Семей қаласының мемлекеттік медицина университетінің Медицина орталығының балалар хирургия бөлімшесінде 2008 және 2013 жылдар аралығында жасы бір айдан жеті айға дейінгі аралықта ЖБМҚБ 42 нәресте емделген. Стационарлық ем алған аурулардың ЖБМҚБ геморрагиялық түрде өтті. Барлық науқастарға клиникалық, лабораториялық, рентгенологиялық (компьютерлі томография, магнитті резонансты томография) және инструменталды (нейросонография), патологоанатомиялық тексерулер жүргізілді.

**Талқылау нәтижесі**

Науқас балалар жасына байланысты келесі топтарға бөлінді:

- бір айға дейінгі балалар саны - 3 (7,1%);
- 1 аймен 2 ай жас аралығындағы балалар саны - 31 (73,8%);
- 2 аймен 3 ай жас аралығындағы балалар саны - 5 (11,5%);
- 3 айдан жоғыры жастағы балалар саны - 3 (7,1%).

Науқастардың арасында ер балалар басымдығы қыздардан айқын болмады (52 және 48 пайыз, үлесінде). Сонымен қатар, ЖБМҚБ алғашқы клиникалық белгілері басталған күні төрт бала (9,5%) ауруханаға қаралған, екі күннен кейін – 31 (71,4%), үш күннен кейін – 8 (19%) нәресте түскен болып шықты. Тексеру нәтижелері көрсеткендей алғашқы клиникаға түскен уақытта науқастардың жалпы жағдайларының төмен болуына келесі қосымша аурулар себептес болған болып табылды: 38 (90,5%) сәбиде анемия,

қантамырышілік қан ұюдың бұзылу синдромы (ҚҚҰБС) – 38 (90,5%), пневмония – 12 (28,6%).

Бізде жатқан сәби науқастардан ерте жастағы балалардағы бас ми қанайналуының бұзылу себепін анықтау өте қиын болды. Сонымен қатар, перинаталды анамнезді зерттеу кезінде, 52 пайызда ауру дамуына себеп аналардың жүктілік кезінде патологиялық жағдайлары мен қосымша аурулары (анемия, диффузды зоб, пиелонефрит) ықпал еткен. Тағы бір айтып кететін бір жағдай осы сәбилердің барлығы перзентханада туғаннан кейін викасол алмаған болып табылды. Бәрімізге мәлім жас нәрестелерде қан ұю қабілеті өте-мөте төмен, ал витамин К жетіспеушілігі белгілі стресс жағдайларда бас миының қанайналуының бұзылуына әкеліп соғады. Біздің мәліметтер бойынша стресс жағдайлар болған, нәресте 40 күнге толғанда шашын алу рәсімі 54 пайызда науқаста байқалып, осы рәсімнен кейін балалар ЖБМҚБ белгілерімен ауруханаға түскен.

Хирургиялық бөлімге түскен науқастардың белгілерін талқылай отырып ауруларда келесі негізгі клиникалық синдромдар анықталды: орталық нерв жүйесінің тежелу синдромы (қозғалу белсенділігі мен тума автоматизм рефлекстерінің төмендеуі, өте қысқа мерзімде бала есінің болуы) 36(85,7%) науқаста; орталық нерв жүйесінің қозу синдромы(спонданды қозғалу белсенділігінің жоғарлауы, иектің, тілдің, қол-аяқтың треморы, спонданды рефлексстердің үдеуі, лоқсу, құсу) - 4 (9,5%); вегато-висцералды бұзылыстар (өтпелі цианоз, терінің вегативті реакциялары, жүрек-қан-тамырлар жүйесі қызметінің тахи-бради аритмиясы және демалу қызметінің брадианнозсы немесе тахипнозсы) - 40 (95%); діріл синдромы – 22 (52%); ошақты неврологиялық белгілер (моноплегия, монопарез, диплегия, гемисиндром, параплегия, парепарез, тетрапарез, тетраплегия) – 24 (57%). Сонымен қатар жоғарғы аталған синдромдардың қосарлануы 38 (90,%) науқаста бай қалды.

ЖБМҚБ геморрагиялық түрі сәби науқастарда зақымдалған бас миы аумағына байланысты келесі жиілікте кездесті: қарынішілік - 8 (19%); паренхиматозды – 32 (76,2%); мишықішілік – 3 (7%); субарахноидальды – 24(57%); субдуралды - 19 (45%). Осылардың ішінде, бас қанішілік қан кету 56 пайызда аралас түрде болды.

Бас миы қанайналым бұзылған науқастарда арудың диагностикасы ауру ағымына, клиникалық көріністерінің айқындылығына, лабораториялық және рентген - инструменталды тексеру әдістерінің жүргізілуіне тәуелді болды. Арудың диагностикасында

92 пайызда НСГ, бас миының компьютерлі және магнитті резонансты томография әдістерін қолдандық.

Науқастардың емі комплексті түрде жүргізілді. Емнің негізгі бағыты алғашқы сағаттарынан ҚҚҰБ (ДВС) синдромымен күресуге, бас миының ары қарай ісінуіне қысылуына тежеуге, бас миындағы микроциркуляцияны және зат алмасу процесстерін жақсартуға бағытталды. Сонымен қатар белсенді оперативті ем қолданылды. Оперативті ем бас қанішілік гематоманың көлеміне, орналасуына және науқастың жалпы жағдайының ауырлығына байланысты жүргізілді. Операция 29 (69%) сәби науқасқа жасалынды. Оның ішінде, 11 (37,9%) жағдайда қаңқайшілік гематоманы тесу арқылы сорып алу тәсілі қолданылды; резекционды краниотомия арқылы гематоманы алу – 18 (62,1%) орын алды.

Жүргізілген емнің нәтижесі клинико-неврологиялық көрініс, көз түбі және бас қаңқайшілік қысымның жағдайымен бағаланып отырды. Емнің барысында қанағаттанарлық нәтиже 34 (81%) пайызды құрды, ал бала шетінеуі 8 (19%) байқалды. Қайтыс болған сәби науқастарды паталого-анатомиялық зерттеу барысында 5 (62,5%) жағдайда бас миы қан тамырларының мальформациясы анықталған, қан құйылу себебі – 1 (12,5%) анықталмады. Шетінеуге ұшыраған екі баланы паталого-анатомиялық тексеруге туысқандары бермей алып кетті.

#### **Қорытынды:**

Емшек жасындағы балардағы ЖБМҚБ клиникалық көріністері әрқилы, сонымен қатар бас ми қан айналуының бұзылу кезінде науқаста жалпы және

ошақты ми белгілері басым болып табылады. Емделген науқастардың жартысынан артығында жедел бас ми қанайналымының бұзылуына аналардың жүктілік кездегі қосымша аурулары, жас сәбилердегі стресс жағдайлар себеп болған. Зерттелген науқастардың ішінде ЖБМҚБ сәби балаларда 74 пайызда, 1 аймен 2 – ай аралығында кездескен. ЖБМҚБ ауруымен айтыс болып кеткен нәрестелердің себептерін сараптау кезінде байқалған ерекшелік, паталого-анатомиялық зерттеу нәтижесінде 62,5% - да бас миының тамырларының мальформациясы әсер еткен болып табылды.

#### **Әдебиеттер:**

1. Lynch J., Hirtz D., DeVeber G. et al. Report of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke Workshop on perinatal and childhood Stroke. Pediatrics 2002; 109: 1343–8.
2. Roach E., Golomb M., Adams R. et al. Management of stroke in infants and children. Stroke 2008; 39: 2644–91.
3. Амос Е.Г., Потяшин А.Е. Острое нарушение мозгового кровообращения у детей: Современные вопросы диагностики заболеваний у детей. - М. 2001, -С. 23-26.
4. Евтушенко С.К. Инсульты у детей (научный обзор и клинические наблюдения) // Современная педиатрия. - 2010. - № 3(31). - С. 175-182.

#### **Резюме**

### **ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА**

**Е.О. Масалимов, М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсенбаев, М.С. Санбаев**

**Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей  
Отделение детской хирургии**

*Клинические проявления острого нарушения мозгового кровообращения у детей грудного возраста разнообразны, но все-таки в начале заболевания ведущим симптомом являются наличие общемозговых и очаговых симптомов. Причиной нарушения мозгового кровообращения у детей грудного возраста в большинстве случаев была перинатальная патология беременных, стрессовые состояния в возрасте 1-2 мес. Результаты патолого-анатомических вскрытий показывают, что в 62,5% случаев, причиной острого нарушения мозгового кровообращения явилась мальформация сосудов головного мозга.*

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, мальформация, грудной возраст, очаговое исследование.

#### **Summary**

### **ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS IN BABIES**

**E.O. Masalimov, M.T. Aubakirov, A.A. Dyusenbayev, M.S. Sanbaev**

**Medical Center of the Semey State Medical University  
Department of Pediatric Surgery**

*Clinical manifestations of acute cerebral circulatory disorders in babies are varied, but in the beginning of the disease the main symptom are the presence of cerebral and focal symptoms. Reasons acute cerebral circulatory disorders in babies in most cases were perinatal pathology of pregnant, stress conditions at the age of 1-2 months. The results of pathological-anatomical dissections indicate that 62,5% of cases, reasons acute cerebral circulatory disorders was malformation of cerebral vascular.*

**Key words:** acute cerebral circulatory disorders, malformation, in babies, focal study.

УДК 616-006.31-08

**Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаев, А.О. Сураужанова, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева, М.А. Пушкареев, Д.К. Жуманова**

**КММ ШЖК «Ана мен бала орталығы», Өскемен қ.**

## «КРИОТУР 600» АППАРАТЫНЫҢ КӨМЕГІМЕН ГЕАНГИОМАНЫ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕМІЗБЕН БӨЛІСУ

### Тұжырым

*«Криотур 600» аппаратының қолданылуы ыңғайлы. Амбулаторлы тұрғыда жүзеге асатын болғандықтан экономикалық жағынан тиімді. Операцияға дейінгі арнайы дайындықты қажет етпейді. Температуралық режим реттелетін болғандықтан терең тері қабаттарының зақымдалуын сақтайды. Электр тоқ көзінен қуат алатын протативті аппарат болғандықтан қалаған орынға тасымалдауға болады.*

**Негізгі сөздер:** гемангиомы, қатерлі ісік ошағын жою, «Криотур-600» аппаратын қолдану.

Жұмсақ тіндердің қатерсіз ісіктерінің ішінде балаларда ең жиі кездесетіні гемангиома. Кейбір басылымдар бойынша гемангиома 10-20% нәрестелерде кездеседі. Гемангиомалар - тамыр эпителийінің пролиферациясынан дамидын нағыз тамыр ісігі. Гистологиялық зерттеу кезінде митозды бөлінетін клеткалар анықталады. Гемангиома балаларда тері мен жұмсақ тіндерде кездесетін қатерсіз ісіктердің 45,7% құрайды. Жиі орналасатын жерлері - бас, дененің жоғарғы бөлігінің терісі мен тері асты шел май қабаты. Сирек жағдайда ішкі ағзалардың гемангиомасы кездеседі (бауыр, көкбауыр, сүйектер). [1]

Гемангиоманың көпшілігі өздігінен регрессияға ұшырап, жоғалып кетеді, ал кейбіреулері тез өсіп балаға косметикалық жайсыздық туғызады, кейде көру және есту қабілетіне зиян келтіруі мүмкін. Гемангиома инфильтрациялық өсу қабілетіне ие, бірақ метастаз бермейді. Гемангиома асқынұлары - жараға айналу, қансырау және инфекциялық қабынулар болуы мүмкін. Гемангиоманың ең қауіпті асқынуы – қанау, ол кейде шұғыл хирургиялық көмекті қажет етеді.

Күнделікті тәжірибемізде гемангиомаларға Г.А. Федореев жіктеуін пайдаланамыз, олар - шынайы (капиллярлы, кавернозды, тармақталған) және жалған (жалпақ, жұлдызша тәріздес, пиогенді гранулема, медиалды дақтар). [2]

Гемангиоманың емдеу жолдары көп. Ең радикальды және тез емдеу жолы - хирургиялық жолмен алып тастау. Операция денеде немесе қол - аяқта орналасқанда жасалады. Бет аймағында орналасқан гемангиоманы хирургиялық жолмен алу косметикалық жайсыздық, дефект тудыруына байланысты басқа емдеу түрлері қолданылып келді (қысқа фокусты рентгентерапия, 70\* спиртпен склероздау терапиясы, гормоналдық терапия )

Криотерапия өткен ғасырдың 70-ші жылдарының аяғында алғаш газ түріндегі криотерапия ретінде қолданыла бастады. Газдың көзі сұйық азот болып табылып, ол -120 \*С - қа дейін температура бере алды.

Ал, 90-шы жылдардың басында газтәрізді криотерапияның жаңа түрі қолданыла басталды. Осы жолы суық көзі ретінде көмір қышқыл газы (СО<sub>2</sub>) қолданылды. Медициналық көмір қышқыл газы сақталған баллон 50 бар. қысымды ұстап, - 78 гр температураны бөрді. Осы әдісті 2007 жылға дейін қолданып келдік. [3]

Бұл әдістің өзінің кемшіліктері бар:

1. Қажетті температураны алу, температураны өзгерту мүмкін емес.

2. Гемангиоманың көлеміне сай, жанасу бетінің пішінін өзгерту қиындығы, қосымша сау теріні зақымдау.

3. Процедура кезінде уақытқа тәуелділік.

4. Тері қабаттарын терең зақымдау, жараның түзілуі.

5. Экономикалық жағынан тиімсіздігі.

Біздің клиникада алғаш рет 2007 жылдан бастап «Криотур 600» аппараты қолданыла бастады. Осы аппараттың көмегімен қазіргі кезде балалар арасында кең таралған жұмсақ тіндердің қатерсіз ісігі - қарапайым гемангиоманы консервативті емдеу алға қойылған. Қолданылуы қарапайым және ыңғайлы. Ешқандай қосымша тәжірибені керек етпейді. Процедуралардың барлығы амбулаторлы түрде жүзеге асып, пациенттер есепке алынады. Ата - аналар үшін бұл тиімді.

«Криотур 600» аппаратының медицина саласында қолдану аясы өте кең. Мысалы: Хирургия; Травматология / ортопедия (сіңір созылу-ларында, контузияларда, жабық сынықтарда, бұлшық ет жыртылуында, гематома, операциядан кейінгі ісіктердің алдын алу мақсатында, артроз, артрит, бурсит, спондилез, миальгия, миозит); Физиотерапия және реабилитация; Терапия; Спорттық медицина; Педиатрия; Оториноларингология; Дерматокосметология (пигментация, лентигиоз, контагиозды моллюск, созылмалы эритомотоздар т.б).

Мұның барлығы суықтың адам ағзасына түрлі дәрежеде әсер етуіне байланысты.

1. Жергілікті жансыздандыру (анальгезия).

Жоғарғы әсері емдеу барысында тез 10 -15 сек аралығында білініп, ұзақтығы 30 минуттан 1 сағатқа дейін сақталады (орташа 1 сағат).

2. Қабынуға қарсы.

Қабыну реакциясы, капиллярлардың өткізгіштігі мен клеткалық жауап тікелей тін температурасының деңгейіне тәуелді. Бірден суық әсерінен жергілікті вазоконстрикция туындайды (артериолалар мен капиллярлар). Керсінше, қабыну реакциясы кезінде вазодилатация болатыны белгілі. Вазоконструкция қан айналысын бәсеңдетіп, соның әсерінен гидростатикалық қысым төмендейді. Сұйықтық қан тамырынан клеткааралық кеңістікке шығып, тін ісінуі азаяды.

Бұл аппараттың қолайлысы гемангиоманың пішініне қарай әр түрлі көлемді қондырғылармен (насадка) жабдықталған: 2мм, 4мм, 6мм, 8мм, 10 мм, 12мм. Гемангиоманың қай аймақта орналасқанына, тері жабындыларының ерекшеліктеріне байланысты қажетті температураны таңдауға мүмкіндік береді. Ең төменгі температура деңгейі - 35 гр. С. Балаларда косметикалық маңызды аймақтарда орналасқан гемангиоманы консервативті емдеуде жақсы нәтиже беруде. Орынында 3 аптадан кейін қоңыр түсті дақ болса, 6 айда түсі өзгеріп жойылады.

Біздің тәжірибемізде 2007 жылдан 2009 жылдар аралығында «Ана мен бала орталығында» 250 науқас гемангиоманың әртүрлі формасы бойынша ем қабылдады. Соның ішінде капиллярлы гемангиоманың үлес салмағына 45 % (112 науқас) келіп, амбулаторлы түрде криотерапия қолданылды. Локализациясы әртүрлі - 63 балада (55%) кеудеде, алдыңғы құрсақ қабырғасында, 33 балада (30%) аяқ-қолда, 16 балада (15%) бет аймағында орналасқан. Температура - 33 пен - 35°C аралығында тағайындалып, экспозициясы 10-15 секундтан 2-3 рет қайталанды. Криотерапиядан кейінгі емдеу нәтижелері:

1. 96 балада (87%) 1 реттік процедуранан кейін жойылды.

2. 11 балада (10%) криотерапия әдісі гемангиоманың көлемінің үлкендігіне байланысты 2-3 мәрте қайталанды.

3. Асқынулар болған емес.

4. Рецидив 5 балада (3%) кездесті. Гемангиоманың қайта түзілуі кавернаның терең орналасқан жағдайында, аралас түрлерінде кездесті.

#### Әдебиеттер:

1. Дюсембаев А.А., Ормантаев К.С. Балалар хирургиясы. - Алматы – 2008 – С. 34-40.

2. Ленюшкин А. И. «Руководство по детской поликлинической хирургии». - М. Медицина. - 1986 - 170с.

3. Пачес А.И., Шенталь В.В. Криогенный метод лечения опухолей головы и шеи. - М. Медицина. - 1978г.

#### Резюме

#### ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМЫ С ПОМОЩЬЮ АППАРАТА «КРИОТУР 600»

**Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулкубаев, Е.Р. Шокаев, А.О. Сураужанова, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева, М.А. Пушкареев, Д.К. Жуманова**  
КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск

Гемангиомы - врожденные образования, исходящие из кровеносных сосудов. По своему характеру гемангиомы близки и к порокам развития, и к опухолям. Одним из доказательств принадлежности гемангиом к неопластическим процессам, является возможность спонтанной регрессии некоторых опухолей. Задачи лечения заключаются в прекращении роста гемангиомы, ликвидации опухолевого процесса и достижение наилучшего функционального и косметически выгодного результата.

**Ключевые слова:** гемангиомы, ликвидация опухолевого процесса, применение аппарата «Криотур-600».

#### Summary

#### EXPERIENCE TREATING OF HEMANGIOMAS WITH USING THE APPARATUS "KRIOTUR - 600"

**R.Zh. Rakhimova, K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, E.R. Shokayev, A.O. Surauzhanova, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov, A.B. Rakishev, M.A. Pushkarev, D.K. Zhumanova**  
Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk

Hemangioma - congenital formation coming from the blood vessels. Nature of Hemangioma and malformations are close, and tumors. One of the proofs of origin of hemangiomas to neoplastic processes, is the possibility of spontaneous regression of some tumors. Objective of treatment is to halt the growth of Hemangiomas, elimination of tumour and to achieve the best functional and cosmetically favorable results.

**Key words:** hemangioma, elimination of the tumor process, the use of the apparatus "Kriotur - 600"

УДК 616.61-002.3-036.87-036.12

К.А. Цыкунов

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ

#### Аннотация

Ультразвуковое исследование почки является одним из доступных информативных методов оценки тяжелых осложнений пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), как склероз почечной паренхимы. Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных ПМР является: 1) уменьшение размеров почки; 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным; 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Позитивным симптомом рефлюкса на УЗИ является положительный градиент дилатации ЧЛС в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или микции), что колеблется при II степени ПМР от 67% до 37%, при III ст. заболевания до 93,8%. Применение ультразвукового метода у больных с ПМР расширяет представление не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре.

**Ключевые слова:** ПМР, ультразвуковое исследование почек, уменьшение размеров почек, повреждение паренхимы почек.

**Актуальность.** Хронический пиелонефрит (ХП) является одним из тяжелых осложнений пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), который представляет собой вяло текущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление паренхимы почки и урете-ля лоханки с последующим склерозом паренхимы [1].

Широкое распространение при диагностике пиелонефрита получило ультразвуковое исследование (УЗИ) почек. Для ХП характерно уменьшение размера почки, ее объема, нечеткость, неровность контура. Толщина паренхимы уменьшается, причем этот процесс может носить как очаговый, так и тотальный характер. Повы-

шение эхоплотности при ХП отмечено за счет склероза почечной паренхимы [2,3,4].

Развитие современных ультразвуковых технологий сделало возможной раннюю диагностику многочисленных заболеваний почек, лечение которых способно предотвратить прогрессирование заболевания. В настоящее время всё более раскрываются возможности УЗИ при диагностике поражений паренхимы почки, ко-

торые в конечном итоге приводят к почечной недостаточности [5,6,7,8,9].

**Цель исследования.** Изучить состояние паренхимы у детей с ПМР с применением ультразвукового метода.

**Материалы и методы.**

УЗИ проводилось в режиме реального времени механическим секторальным датчиком 3,5 МГц на аппарате "SONOLINE" Versa Pro "Seimans". Обследованию подвергнуто 315 больных с различной степенью ПМР.

Таблица 1.

**Распределение больных пузырно-мочеточниковым рефлюксом по степени поражения и возрасту.**

Возраст	Итого		Степень ПМР							
			I n = 81		II n = 67		III n = 145		IV n = 22	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
0 - 3	74	23,5	21	25,9	18	26,9	32	22,07	3	13,6
4 - 7	107	33,9	11	13,6	15	22,4	67	46,2	14	63,6
8 - 15	134	42,5	49	60,5	34	50,7	46	31,7	5	22,7

Для оценки ультразвуковой оценки анатомо-структурного состояния почечной паренхимы у больных ПМР использовали параметры биометрии почки - это определение длины, ширины и толщины паренхимы, а также корреляционную связь между возрастом больного, степенью ПМР и давностью заболевания.

Помимо количественных характеристик при УЗИ дана качественная оценка состояния коллекторной системы почки в зависимости от степени рефлюкса и поражения почечной паренхимы.

За основу ультразвукового критерия оценки поражения почечной паренхимы у больных ПМР взяли: уменьшение размеров почки, ее объема; нечеткость и неровность контура; деформация чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

Поражение почечной паренхимы может быть, как очаговым, так и тотальным. Повышение эхоплотности при хроническом пиелонефрите отмечено за счет склеротического поражения почечной паренхимы, расширение, деформация ЧЛС почки, более выражены уплотнение и неоднородность стенок, нечеткость дифференцировки синуса от паренхимы является следствием по-

стоянного ретроградного заброса, зачастую инфицированной мочи.

УЗИ почек имеет неограниченное значение для выявления наступивших изменений в почечной паренхиме вследствие ПМР. Хронический пиелонефрит осложненный ПМР протекает более тяжело на фоне незаторможенных сокращений мочевого пузыря, что поддерживает его непрерывно-рецидивирующее течение с развитием склеротических изменений в паренхиме почки. В наших наблюдениях в 56% случаях причиной хронического пиелонефрита у больных ПМР является нарушение уродинамики НМП. В этой связи функциональное состояние почечной паренхимы находится в прямой зависимости от состояния уродинамики НМП и вполне вероятным является тот факт, что внутрипузырная гипертензия оказывает непосредственное влияние на гемодинамику почки. Распределение больных по степени ПМР по показателям размеров почки, представлено в таблице 2.

Качественная ультразвуковая характеристика хронического пиелонефрита осложненного ПМР разделена на 3 степени (таблица 3).

Таблица 2.

**Распределение больных с ПМР по показателям размеров почки.**

Размеры (в см.)	Степень ПМР			
	I n = 71	II n = 93	III n = 129	IV n = 22
Длина почки	4,5 – 11,5	4,1 – 11,0	3,8 – 10,0	3,6 – 6,7
	25 (35,21%)	29 (31,18%)	37 (28,68%)	7 (31,81%)
Ширина почки	2,7 – 5,1	2,3 – 4,9	2,0 – 4,6	2,0 – 4,5
	21 (29,57%)	25 (26,88%)	30 (23,25%)	6 (27,27%)
Верхний полюс	1,1 – 3,5	0,9 – 3,0	0,8 – 1,5	0,5 – 1,3
	7 (9,89%)	18 (19,35%)	27 (20,93%)	4 (18,18%)
Нижний полюс	1,4 – 2,7	1,5 – 2,3	1,3 – 2,1	1,0 – 1,5
	8 (11,26%)	13 (13,98%)	23 (17,82%)	3 (13,63%)
Средний полюс	1,0 – 2,6	1,0 – 2,4	0,8 – 1,7	0,5 – 1,5
	10 (14,08%)	8 (8,60%)	12 (9,3%)	2 (9,09%)

Эхографическим критерием ПМР кроме расширения, деформации ЧЛС почки, является уплотнение и неоднородность стенок, нечеткость дифференцировки синуса от паренхимы, свободное сообщение просветов мочевого пузыря и мочеточника. Позитивным симптомом рефлюкса на УЗИ является положительный градиент дилатации ЧЛС в момент ретроградного заброса мочи (при натуживании или микции), что колеблется при II степени ПМР от 67% до 37%, при III ст. заболевания до 93,8%.

Таким образом, УЗИ почки является одним из доступных информативных методов оценки тяжелых

осложнений ПМР, как склероз почечной паренхимы. Основными диагностическими ультразвуковыми критериями поражения почечной паренхимы у больных ПМР является:

- 1) уменьшение размеров почки;
- 2) поражение почечной паренхимы может быть как очаговым, так и тотальным;

- 3) неравномерное чередование пораженных сегментов со здоровыми. Применение ультразвукового метода у больных с ПМР расширяет представление не только об анатомическом строении почки, но и его морфологической структуре.

Таблица 3.

**УЗИ характеристика почечной паренхимы у больных ПМР.**

УЗИ характеристика почки	Степени поражения почки при ПМР		
	I	II	III
Линейные размеры и объем почки	Контур почки ровный. Почка умеренно меньше в размерах	Контур почки не ровный, почка уменьшена в размерах	Контур почки не ровный, почка резко уменьшена в размерах
Оценка почечной паренхимы	Паренхима почки неоднородна и больше поражена над верхним и нижним сегментами	Паренхима не однородна, имеются склеротические изменения, которые больше выражены над верхними и нижними группами чашечек, толщина паренхимы более сохранена над средней группой чашечек	Паренхима не однородна, неравномерно истончена, имеются рубцовые втяжения над всеми группами чашечек
Состояние ЧЛС	ЧЛС расширен, деформирован	Лоханка расширена, деформирована, стенка утолщена, чашечки расширены, деформированы, шейка чашечек также расширена, форниксы имеют не правильную форму сглажены	ЧЛС резко расширена, деформирована. Чашечки и лоханка представляют единую полостную систему
Состояние мочеточника	Равномерное расширение мочеточника на всем протяжении	Мочеточник резко расширен больше в нижнемцистоиде	Мочеточник расширен, коленообразно извит

**Литература:**

1. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита // Урология. – 2000. – №2. – С. 15 – 17.  
 2. Петров Д.А., Игнашин Н.С. Ультразвуковые методы в диагностике и лечении пиелонефрита. // Урол. – 1998. - № 5. – С. 48 – 50.  
 3. Дударев А.Л., Миронюк Т.Ф. // Съезд рентгенологов и радиологов УССР, 8-й. Киев, 1989. – С. 401.  
 4. Пилипенко Н.В., Назаренко В.А. Ультразвуковая диагностика в урологии. – М., 1993. – С. 27.

5. Игнашин Н.С. Ультрасонография в диагностике и лечении урологических заболеваний. – М., 1997.  
 6. Глазун Л.О. Ультразвуковые критерии тяжести острой почечной недостаточности: Дис. ... канд.мед.наук. – Хабаровск, 1993.  
 7. Соколенко И.Н. Ультразвуковая диагностика obstructивных процессов верхних мочевых путей у детей: Дис. канд. – М., 1993.  
 8. Калугина, Г.В., Клушанцева М.С., Шехаб Л.Ф. Хронический пиелонефрит. – М., 1993.  
 9. Быковский В.А. Ультразвуковая семиотика острого пиелонефрита. Ультразвук. Диагн. 1998; 4: 69 – 74.

**Тұжырым**

**ҚҰЫҚ НЕСЕПАҒАР РЕФЛЮКСІ МЕН АУЫРАТЫН БАЛАЛАРДЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ТЕКСЕРУ АРҚЫЛЫ БҮЙРЕК ҰЛПАСЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫН АНЫҚТАУ**

**К.А. Цыкунов**

**Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей қ.**

Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі қуықтық-несепағарлық рефлюкстің (ҚНР) ауыр асқынуы болып табылатын, бүйрек паренхимасының склерозын анықтайтын ең қолайлы информативті әдіс. ҚНР бар науқастардағы бүйрек паренхимасының зақымдалуының негізгі диагностикалық ультрадыбыстық белгілері болып саналады: 1) бүйрек көлемінің кішіреюі; 2) бүйрек паренхимасының зақымдалуы ошақтық немесе тотальды болуы мүмкін; 3) зақымдалған және сау сегменттердің біртекті ораналасуы. УДЗ-гі рефлюкстің позитивті белгісі болып, несептің ретроградтық ағуы кезінде (күштенгенде немесе микция кезінде) тостағанша-табақша жүйесінің оң градиенттік дилатациясы саналады. Ол ҚНР II дәрежесінде 67%-ден 37%-ке, ал III дәрежесінде 93,8% кездеседі.

ҚНР бар науқастарда ультрадыбыстық зерттеу әдісін қолдану тек қана бүйректің анатомиялық құрылысын емес, сонымен қатар оның морфологиялық құрылымын да көруге мүмкіндік береді.

**Негізгі сөздер:** ҚНР, бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі, бүйрек көлемінің кішіреюі, бүйрек паренхимасының зақымдалуы ошақтық немесе тотальды болуы мүмкін, зақымдалған және сау сегменттердің біртекті ораналасуы.

**Summary**

**ULTRASOUND DIAGNOSIS OF PARENCHYMAL KIDNEY OF CHILDREN WITH VESICoureteral REFLUX**

**K.A. Tsykunov**

**Research institute for Medicine and Ecology, Semey**

Ultrasound examination of the kidney is one of the available methods for assessing informative severe complications of PMR as sclerosis renal parenchyma. The main diagnostic criteria of ultrasonic destruction of renal parenchyma in patients with PMR are: 1) reducing the size of the kidneys, and 2) renal parenchymal lesion may be focal or total, and 3) irregular alternation of the affected segments of the healthy. Positive symptoms of reflux on ultrasound is a positive gradient CHLS dilatation at the time of casting of retrograde urine (straining or miktsii), which varies with the degree of PMR II from 67% to 37% at III century. disease to 93.8%.

Application of ultrasonic method in patients with PMR expands the view is not only about the kidney anatomy, but also its morphological structure.

**Key words:** PMR, Ultrasound examination of the kidney, reducing the size of the kidneys, renal parenchymal lesion may be focal or total, irregular alternation of the affected segments of the healthy.

УДК 616.8. - 613.62. 628

К.Д. Аймухамбетова

ВКФ «Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний», г. Усть-Каменогорск

## НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

### Аннотация

В статье проанализированы показатели профессиональной заболеваемости, в частности, неврологические болезни у рабочих вредных производств.

**Ключевые слова:** профессиональная патология, неврология, заболеваемость.

Основной целью Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг., Послания Президента РК Н.А. Назарбаева (от 29.11.2010г.), является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны и направлена, в том числе на усиление профилактических мероприятий, целенаправленных исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний. [1].

Сохранение здоровья и трудоспособности работников, снижение уровня профессиональных заболеваний является важнейшей проблемой государства, общества и органов здравоохранения в целом. [2]

На территории Восточно-Казахстанской области профессиональные заболевания регистрируются в основном среди работников предприятий горнодобывающей и металлургической промышленности г. Риддер, Зырянского, Бородулихинского, Глубоковского районов. Количество работающих приведено в таблице 1. Во вредных и опасных условиях труда работает 67%.

Ежегодно хронические профессиональные заболевания регистрируются на следующих предприятиях: Жезкентский горно-обогатительный комбинат филиала ТОО «Корпорации «Казахмыс», Зырянский и Риддерский горно-обогатительные комплексы ТОО «Казцинк» и его дочерних предприятиях.

Таблица 1.

Показатели работающих по Восточно-Казахстанской области за 2009-2013г.

Годы	Количество работающих		Количество работающих женщин	
	Общее количество	Во вредных условиях труда	Общее количество	Во вредных условиях труда
2009 г	140 568	43 060	82 097	20 182
2010г.	137 164	39 525	82 890	20 203
2011г.	133 278	77 033	35 576	7 542
2012г.	135 444	76 510	42 114	7 542
2013г.	133 186	90 011	42 910	23969

В 2013 году на предприятиях ВКО зарегистрировано 194 случая профзаболеваний, против 300 случаев в 2012 году (рисунок 1). В то время как по данным литературы профзаболеваемость в странах Европы, где

условия труда значительно безопаснее, имеет более высокие цифры. В 2006 году в Германии установлено 13365 профзаболеваний, во Франции 51142, в Финляндии -5311 случаев.

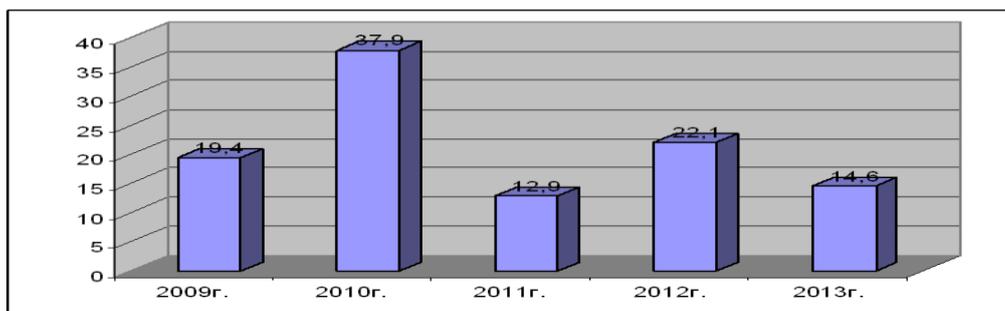


Рисунок 1 Первичная профессиональная заболеваемость 2009-2013гг. в ВКО (на 10 тыс. работающих).

Первичная профзаболеваемость носит волнообразный характер с пиком в 2010г. и минимумом в 2011г. в целом наблюдается некоторая тенденция к снижению.

В структуре впервые зарегистрированных профзаболеваний за 2013 год, как и ранее, лидирующее место занимает профессиональная радикулопатия – 88 случаев, патология дыхательных путей – 49 случаев, вибрационная болезнь - 34 случаев (рисунок 2).

Такая же ситуация наблюдается в других регионах Казахстана: так, в Карагандинской области в 2012 году патология периферической нервной системы (радикулопатия, вибрационная болезнь, вегетативно-сенсорная полинейропатия) составила 46%, нейросенсорная тугоухость 15% [3].

Таким образом, в структуре профзаболеваемости преобладает неврологическая патология: радикулопа-

тия, вибрационная болезнь, вегетативно-сенсорная полинейропатия и нейросенсорная тугоухость, составляя до 68% от всех впервые выявленных профзаболеваний. Эти данные подтверждаются литературными данными о том, что вертеброневрологическая патология занимает одно из первых мест среди заболеваний нервной системы и является наиболее частой причиной временной утраты нетрудоспособности. Остеохондроз позвоночника особенно распространен среди лиц тяжелого физического труда [4].

В 2013 году по профзаболеваниям на «Д» учете состоят – 2510 больных (3428случаев). Из них I гр инвалидности имеет - 3, II группу –55 и III группу - 110 человек с профессиональной нозологией, что соответственно составляют 0,1%, 2,2% и 4,4% от всех профессиональных больных, состоящих на «Д» учете.

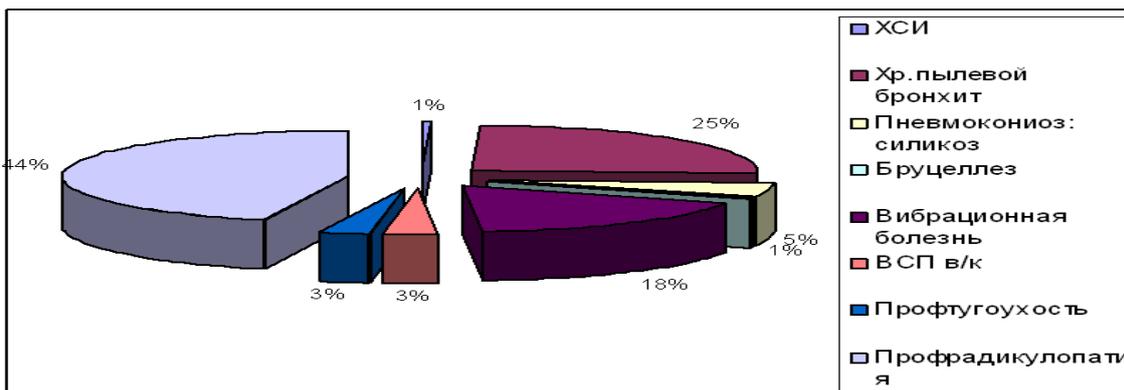


Рисунок 2. Структура первичной профессиональной заболеваемости 2009-2013гг. в ВКО

Имеет % утраты трудоспособности – 1943 больных, что составляет 77,4% от всех профессиональных больных, состоящих на «Д» учете. В структуре общей профзаболеваемости радикулопатия, вибрационная бо-

лезнь, вегетативно-сенсорная полинейропатия и нейро-сенсорная тугоухость в сумме составляют 51%, что повторяет данные первичной заболеваемости и подтверждает приоритет неврологической патологии.

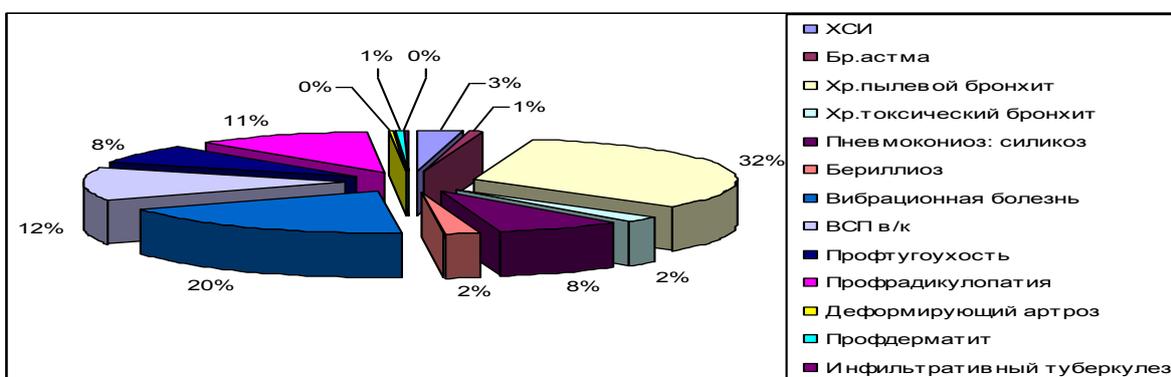


Рисунок 2. Структура профессиональной заболеваемости 2009-2013гг. в ВКО.

В связи с доминированием неврологической патологии в структуре профзаболеваемости необходимы следующие меры по улучшению профпатологической помощи:

1. Мероприятия, направленные на выявление ранней стадии неврологических профессиональных заболеваний, лекции и семинары в медицинских учреждениях, для цеховых врачей и медработников предприятия.
2. Организация выездной консультативной помощи по неврологии на ведущих предприятиях области.
3. Организация помощи по проведению качественных профилактических осмотров с участием невропатолога на местах, своевременного выявления и направления лиц с подозрением на профессиональное заболевание на экспертизу связи заболевания с профессией с целью профилактики.
4. Проведения лечебно-реабилитационных мероприятий и диспансеризации рабочего населения, занятого во вредных условиях труда, направление на про-

филактическое и санаторно-курортное лечение для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

**Литература:**

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг. Указ Президента Республики Казахстан А.А. Назарбаева от 29.11.2010г. №1113;
2. Султанбеков З.К. Актуальные вопросы охраны здоровья и реабилитации работающего населения Восточно-Казахстанской области // Экофера, - 2011. - №2, - С. 30-33.
3. Акынжанова С., Бойко Л.А., Боцан Е.Г. Сравнительный отчет по профессиональной заболеваемости Карагандинской области // Материалы НПК «Труд, экология и здоровье народа» / Караганда. - 2013. – С. 237-239.
4. Матвеева О.В., Ступникова Ю.А. Распространенность вертеброгенной патологии // Медицина труда и пром. экология. - 2006. - №6. – С. 35-38.

**Тұжырым**  
**ШҚО-ДАҒЫ КӘСІБИ АУРУЛАР АРАСЫНДАҒЫ НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯ**

К.Д. Аймухамбетова

ҚР ДСМ Еңбек гигиенасы және кәсіби аурулар ұлттық орталығының ШҚ филиалы, Өскемен қ. Мақалада кәсіби аурушаңдықтың, соның ішінде зиян өндірістердегі жұмысшылардың неврологиялық аурулары туралы талданған.

**Негізгі сөздер:** Кәсіби патология, неврология, аурушаңдық.

**Summary**

**THE NEUROLOGICAL PATHOLOGY AMONG PROFESSIONAL DISEASES IN EAST KAZAKHSTAN REGION**  
**K.D. Aimukhambetova**

EK branch of "National Centre for Occupational Health and Occupational Diseases", Ust-Kamenogorsk The indexes of professional morbidity are analyzed in the article, in particular, neurological illnesses at working harmful productions.

**Key words:** professional pathology, neurology, morbidity.

УДК 616.895.8-159.938.363.3

Н.С. Косарева, М.В. Надеина, К.Н. Кусаинов

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

### Аннотация

Определение демографических и клиничко-социальная характеристика пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, несомненно, представляет большой интерес для специалистов.

Нами были предоставлены цели и задачи по определению достаточно важных параметров, формирующих патологический процесс.

**Ключевые слова:** шизофрения, образование, социальный статус, профессиональный статус, семейное положение.

**Актуальность исследования:** Данное направление настоящего исследования нами было выбрано отнюдь не случайно. Несмотря на огромное количество публикаций как в виде монографий, диссертаций и других форм исследования, мы решили еще раз разобраться в данной проблеме и взяли локусом клиничко-эпидемиологический аспект больных, страдающих расстройствами шизофренического спектра.

**Цель исследования:** Определение демографических и клиничко-социальных характеристик больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

**Задача исследования:** Определить демографические и клиничко-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

**Материалы и методы исследования:** Сплошным не выборочным методом в условиях ЦПЗ Г. Семей бы-

ла выделена группа больных, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в количестве 157 человек. Пациенты были изучены как проспективно, так и ретроспективно. Использовались клиничко-психопатологический, статистические методы исследования.

### Результаты исследования:

Всего было исследовано 157 человек, состоящих на «Д»- учете в ЦПЗ с диагнозами шизофренией, шизотипическими или бредовыми расстройствами (МКБ-10, F 20-29).

Женщин наблюдалось 80 человек (50,9%), мужчин, соответственно -77 человек (49,1%).

Средний возраст пациентов составил 35 лет.

Доля больных трудоспособного возраста составило 93,7%.

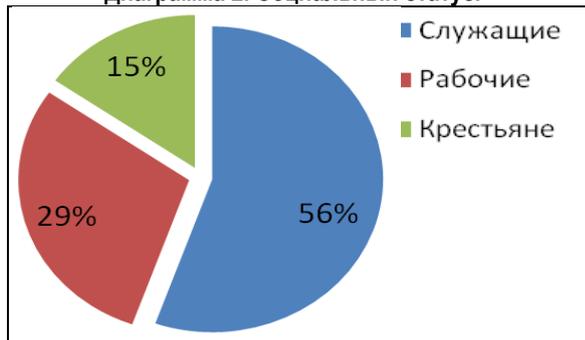
По уровню образования контингент пациентов распределился следующим образом. (диаграмма 1).

Диаграмма 1. Контингент пациентов по уровню образования.



По социальному статусу обнаружались следующие показатели (диаграмма 2). По профессиональному ста-

Диаграмма 2. Социальный статус.



туса больные распределились таким образом: (диаграмма 3).

Диаграмма 3. Профессиональный статус.

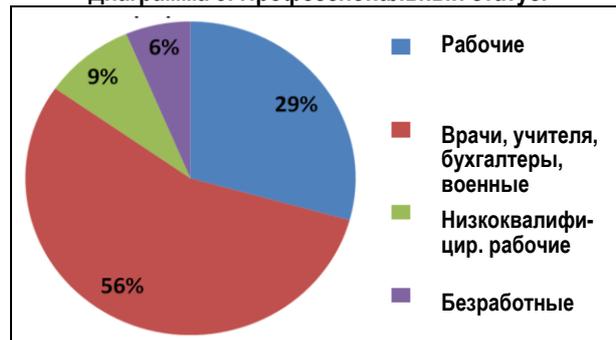
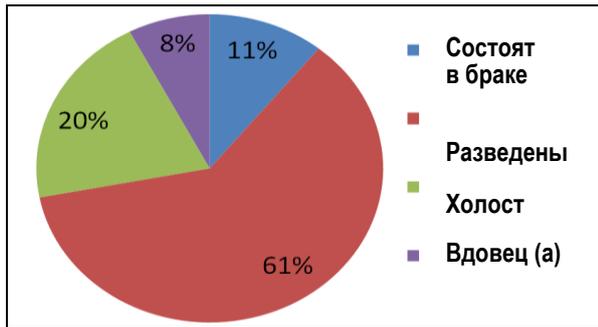


Диаграмма №4. Семейное положение.



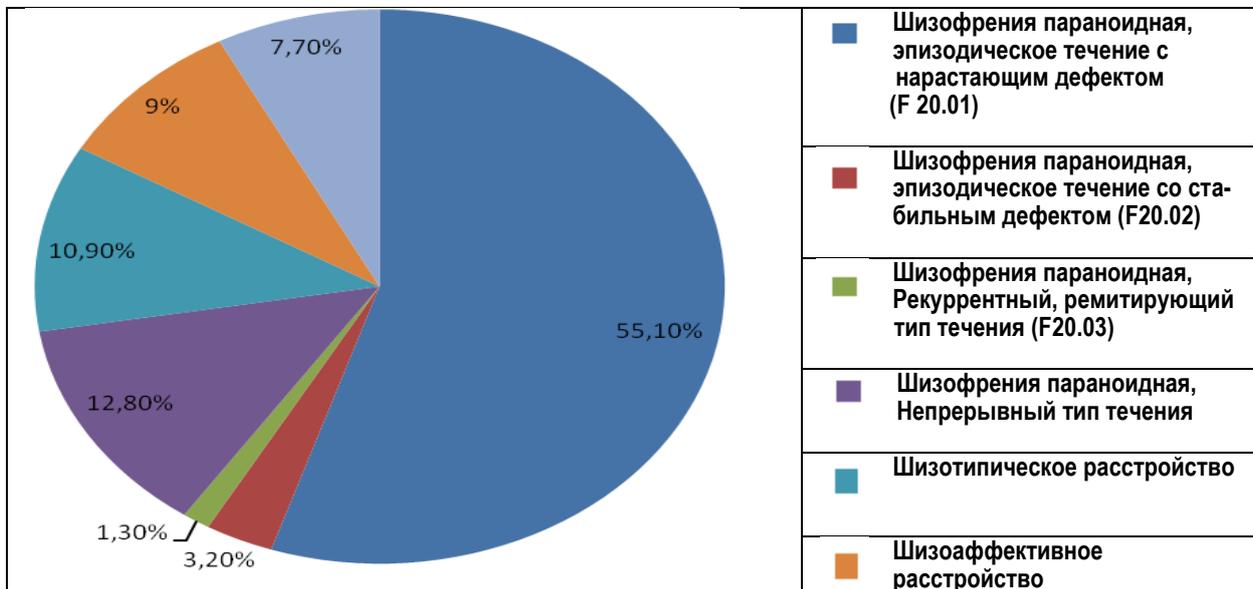
Распределение по семейному положению отражено в диаграмме 4. Учитывались такие позиции, как состоящие в браке, разведенные, холостые и вдовцы.

Что касается окончательных диагнозов, то они были выставлены согласно стандартам и параметрам МКБ-10 и результаты отражены в следующей диаграмме 5.

В результате нашего исследования мы пришли к следующим выводам:

- Среди обследованных преобладали женщины (50,9% против 49,1% мужчин);
- Средний возраст больных составил 35 лет.
- Доля больных трудоспособного возраста составила - 93,7%.
- По уровню образования преобладали лица, имеющие средне-специальное образование (26,11%).
- По социальному статусу больший удельный вес пришелся на служащих (55,4%).
- По профессиональному фактору преобладали представители умственного труда (врачи, бухгалтеры, педагоги) – 55,4%.
- По семейному статусу больше встречались разведенные – 61,2%.
- Из окончательных диагнозов больше выставлялся диагноз: Шизофрения. Параноидная. Эпизодическое течение с нарастающим дефектом (F20.01) - 55,1%.

Диаграмма 5. Окончательные диагнозы.



**Литература:**

1. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия // Учебник. - Медицинское информационное агентство. - Москва, - 2009. – С. 12-87.

2. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия / пер. с англ.: в 2 т.-Т.1.-М.: // Медицина, - 1994. - С. 1-95.  
3. Снежневского А.В. Шизофрения: Мультидисциплинарные исследования / Под ред. А.В. Снежневского.- М.: Медицина, - 1972. - С. 15-89.

**Тұжырым**

**ШИЗОФРЕНИЯМЕН НАУҚАСТАНҒАН ЖӘНЕ ШИЗОФРЕНИЯЛЫҚ СПЕКТРЛІ БҰЗЫЛЫСТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКА-ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ**

**Н.С. Косарева, М.В. Надеина, К.Н. Кусаинов**

**КМҚК «Семей қаласының психикалық салауаттылық орталығы»**

Шизофренияға шалдыққан аурулардың және шизофрениялық спектрлі бұзылған аурулардың демографиялық және клинико-социалдық мінездемесін анықтау, әлбетте, мамандардың үлкен қызығушылығын тудырады.

Біздің алдымызға патологиялық процессті анықтайтын аса маңызды мақсаттар мен міндеттер қойылды.

**Негізгі сөздер:** шизофрения, білім, әлуметтік мәртебе, біліктілік мәртебе, отбасы жағдайы.

**Summary**

**THE DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS**

**N.S. Kosareva, M.V. Nadeina, K.N. Kusainov**

**"Center for Mental Health" Semey**

To determine demographic and clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders, undoubtedly, is of great interest to specialists.

We were provided to the goals and objectives for determination of important parameters which form pathological process.

**Key word:** schizophrenia, education, social status, professional status, family status.

УДК 611.31-616.513.7-616.516

Ж.Н. Аханова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

### Аннотация

Проведены клинико-иммунологические исследования 22 больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом. Установлено повышенное содержание *SigA* и общего белка в пробах слюны по сравнению с контрольной группой здоровых лиц, что определяет назначение иммунокоррекции.

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий афтозный стоматит, секреторный *IgA*, общий белок

### Актуальность

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, которое характеризуется рецидивирующим высыпанием афт и язв, длительным течением с периодически возникающими обострениями.

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит - это одно из наиболее распространенных заболеваний слизистой оболочки рта. Так, по данным многочисленных исследований, распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита, колеблется от 10 до 40% в различных возрастных группах населения [1]. В последние годы отмечается значительный рост числа больных рецидивирующим афтозным стоматитом, и прежде всего с тяжелой его формой [2].

Этиологическими факторами развития ХРАС являются очаги хронической инфекции в организме (ангина, хронический тонзиллит, фарингит, заболевания желудочно-кишечного тракта и пр.). Следует отметить также влияние таких неблагоприятных факторов как хронические стрессовые ситуации, частая смена климатических и часовых поясов, воздействие электромагнитного и радиоактивного излучений, профессиональные вредности и др. [3]. Преобладающее число научных исследований, посвященных изучению патогенеза ХРАС, отводят ведущую роль в развитии этого заболевания нарушениям со стороны иммунной системы. Многие исследователи в развитии патогенеза данного заболевания слизистой оболочки рта указывают на важную роль иммунных нарушений [4,5].

У больных рецидивирующим афтозным стоматитом выявлены значительные нарушения иммунного статуса и неспецифической защиты. Так, установлена депрессия Т-системы иммунитета, выражающаяся в снижении количества и функциональной активности Т-лимфоцитов. Выявлены нарушения в соотношении субпопуляций Т-лимфоцитов, выраженное уменьшение количества Т-хелперов и увеличение Т-супрессоров, что приводит к дисрегуляции иммунного ответа и снижению регуляторного индекса. Установлены изменения В-системы иммунитета, что проявляется увеличением количества В-лимфоцитов, повышением уровня сывороточного иммуноглобулина G, циркулирующих иммунных комплексов, и снижение содержания иммуноглобулина М. При рецидивирующем афтозном стоматите изменяются показатели неспецифических гуморальных и клеточных факторов защиты (уменьшение содержания фракций комплемента С3, С4 и повышение фракций С5, снижение концен-

трации лизоцима и повышение бета-лизинов в сыворотке крови [6].

Таким образом, большинство исследователей считают, что в патогенезе ХРАС ведущую роль играют иммунные механизмы.

### Материалы и методы

Всего было обследовано в стоматологической клинике г. Семей 22 больных ХРАС (легкая форма) в возрасте от 20 до 53 лет (средний возраст 37,2 года), из них 10 мужчин и 12 женщин. Контрольную иммунологическую группу составили 10 здоровых лиц.

Для оценки показателя местного иммунитета полости рта изучали содержания в слюне секреторного иммуноглобулина А и общего белка.

Смешанную слюну собирали натощак после ополаскивания полости рта водой путем сплевывания в пробирку объемом 2 мл, в течение 6 минут, которую затем хранили при t: - 20°C до момента проведения анализа. Смешанную слюну собирали до лечения и в конце лечебного курса. Аналогичные исследования проводились в контрольной группе здоровых лиц. Иммунологические исследования проводили в лаборатории Медицинского Центра Государственного медицинского университета города Семей.

### Результаты

Длительность ХРАС у пациентов составила от 1 года до 3-х лет. В течение всего периода заболевания пациенты отмечали периодическое появление болезненных образований в полости рта. Обострения заболевания до 3-х раз в год наблюдались у 6 (27,3%), каждые 2-4 месяца у 12 (54,5%) и постоянный рецидивирующий характер отмечался у 4 (18,2%) больных. У большинства больных заживление болезненных афт развивалось в среднем в течение 8-10 дней (82,6%). У 4-х пациентов (9,3%) был поставлен диагноз рубцующей формы ХРАС - афтоз Сэттона, характеризующейся появлением глубоких, резко болезненных язв, не склонных к эпителизации в течение 1-2 и более месяцев. Клиническое обследование выявило у 20 пациентов (83,3%) характерные афты, локализующиеся чаще на слизистой щек, губ, дна полости рта. У 2-х пациентов с афтозом Сэттона (16,7%) наблюдали глубокие язвенные дефекты, покрытые фибринозным налетом. У всех пациентов в момент осмотра было 2-3 элемента. Появление и течение афта в полости рта сопровождалось различной степенью болезненности. Болевые ощущения пациентов отмечали в анкетах при 3-х режимах: в покое, приеме пищи, разговоре.

Результаты анкетирования показали, что во время первого посещения врача, при развившемся афтозном элементе на слизистой оболочке половина пациентов

отмечали незначительную болезненность, в 40% случаев - значительную болезненность, на отсутствие боли указали 10% пациентов.

Слабо выраженную болезненность у большинства больных, возможно, обусловлена приспособляемостью к воздействию раздражающих факторов. Для предупреждения травмирования большого участка слизистой, пациенты старались обеспечить щадящий режим питания и жизни.

Результаты иммунологических исследований показали, у практически здоровых людей при исследова-

нии смешанной слюны выявлены индивидуальные колебания в содержании секреторного иммуноглобулина А (sIgA) и общего белка. По усредненным индивидуальным и групповым показателям содержание данных иммунологических параметров в смешанной слюне составило: sIgA- 103,01±2,55 мкг/мл; общий белок-0,68±0,1 мг/мл. При заболеваниях слизистой оболочки рта все исследуемые иммунологические показатели были достоверно выше по сравнению со здоровыми людьми (табл.1).

Таблица 1.

**Иммунологические показатели смешанной слюны у пациентов с ХРАС в сравнении с показателями здоровых лиц.**

Исследуемые параметры	sIg A (мкг/мл)	Общий белок (мг/мл)
<b>ХРАС</b> (n = 22)	151,32 ± 2,16	1,1 ± 0,2
<b>Норма</b> (n = 10)	103,01 ± 2,55	0,68 ± 0,1

Таким образом, клинико-иммунологические исследования подтверждают участие иммунологических механизмов в развитии воспалительных процессов у больных ХРАС, что позволяет обосновать назначение иммунокорректирующей терапии этих больных.

#### Литература:

1. Борисенко Л.Г. Особенности в распространности болезней слизистой оболочки рта среди населения старших возрастных групп // Стоматологический журнал, - 2003, - № 3, - С. 9-11.

2. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. Опыт клинического применения солкосерил дентальной адгезивной пасты при лечении афтозного и дентального стоматитов // Клин. стомат., 1998, - № 4, - С. 49-52.

3. Диагностика и лечение некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта / Под редакцией Г.М. Барера, - Учебное пособие. М., 1993. - 135с.

4. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс... - М. - 2008, - 67с

5. Борисова О.В. Клинико-лабораторная характеристика и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Высокие технологии в стоматологии. - Воронеж, 1996. - С. 85-90.

6. Пинегин Б.В., Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживина Н.В. Современные возможности иммунокорректирующей терапии заболеваний слизистой оболочки рта // Клин. стоматология. - 2002, - № 3. - С. 68-69.

### Тұжырым СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАНБАЛЫ АФТОЗДЫ СТОМАТИТТІҢ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ КӨРІНІСТЕРІ

Ж.Н. Аханова

Семей қ. «Ер-стом» тіс емдеу емханасы

Созылмалы қайталанбалы афтозды стоматиті бар 22 науқас клинико-иммунологиялық зерттеуден өтті. Сау адамдардың бақылау тобымен салыстырғанда сілекей сынамаларында sIgA және жалпы белоктың жоғары мөлшері анықталды, ол иммунокоррекция тағайындауды көрсетеді.

**Негізгі сөздер:** созылмалы қайталанбалы афтозды стоматит, секреторлы IgA, жалпы белок.

### Summary CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL DATA PATIENTS WITH CHRONIC RECURRING APHTHOUS STOMATITIS

Zh.N. Ahanova

Dental Clinic "Er-stom" Semey

Conducted clinical-immunological study of 22 patients with chronic recurring stomatitis. Set high content sIgA and total protein in the samples of saliva as compared with the control group of healthy persons, which defines the purpose of immunocorrection.

**Key words:** chronic recurring aphthous stomatitis, secretory IgA, general protein.

УДК 611.31-616.513.7-616.516

Ж.Н. Аханова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

**ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА****Аннотация**

*Ликопид в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом способствует нормализации местной защиты полости рта, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов.*

**Ключевые слова:** хронический рецидивирующий афтозный стоматит, местный иммунитет, иммунокоррекция.

**Актуальность.** Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) - является одним из наиболее распространенных заболеваний слизистой оболочки рта. Так, по данным многих авторов распространенность хронического рецидивирующего афтозного стоматита, может достигать до 40% в различных возрастных группах населения [1]. В патогенезе ХРАС ведущая роль в развитии этого заболевания отводится нарушениям со стороны иммунной системы. При ХРАС изменяются показатели неспецифических гуморальных и клеточных факторов защиты и выявляются нарушение местных факторов защиты полости рта. Заболевание сопровождается воспалительной реакцией слизистой оболочки, наличием болезненных афт, полиморфизмом клинических проявлений и незначительной эффективностью лечения. Возникшие нарушения иммунной системе требуют применение методов иммунокоррекции выявленных нарушений в работе иммунной защиты [2].

Актуальность применения различных иммуномодулирующих препаратов и разработка различных схем для повышения эффективности лечения ХРАС не вызывает сомнений. Одним из современных иммуномодуляторов является препарат ликопид, который представляет полусинтетический гликопептид-структурный фрагмент клеточной стенки всех известных бактерий. Биологическая активность препарата обусловлена наличием специфических рецепторов (NOD-2) к глюкозаминилмурамилдипептиду (ГМДП), локализованных в эндоплазме фагоцитов и Т-лимфоцитов. Препарат стимулирует функциональную (бактерицидную, цитотоксическую) активность фагоцитов (нейтрофилов, макрофагов), усиливает пролиферацию Т- и В-лимфоцитов, повышает синтез специфических антител. Фармакологическое действие осуществляется посредством усиления выработки интерлейкинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-12), фактора некроза опухолей-альфа, гамма-интерферона, колониеобразующих факторов и повышает активность естественных киллерных клеток. Этот препарат используется для лечения целого ряда заболеваний, которые сопровождаются нарушениями различных звеньев иммунитета [3].

В стоматологии ликопид применяли при лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая [4].

В доступной нам литературе мы не нашли работ по использованию препарата ликопид – сублингвальных таблеток для рассасывания в полости рта для лечения ХРАС, что обусловило актуальность работы и послужило предпосылкой для проведения исследования.

**Цель исследования:** оценить клиническую эффективность иммунокоррекции ликопидом.

**Материалы и методы:** Всего было обследовано и пролечено в стоматологической клинике «Ер-стом» 22 больных ХРАС (легкая форма) в возрасте от 20 до 53 лет (средний возраст 37,2 года), из них 10 мужчин и 12 женщин. Все больные были разделены на 2 группы.

Основная группа - 12 человек, получали в схеме комплексного лечения иммуномодулирующий препарат ликопид. Контрольная группа - 10 человек, получали традиционное комплексное лечение, исключая применение препарата ликопид. Контрольные иммунологические исследования проводили в группе 10 здоровых лиц. Пациентам основной и контрольной групп проводилась комплексная терапия: санация полости рта, профессиональная гигиена, устранение травматических факторов и назначение средств общей и местной терапии.

Местное лечение включало назначение традиционных эпителизирующих (солкосерил, акто-вегин) и обезболивающих средств. Для обезболивания пациентам в контрольных подгруппах назначали аппликации или ротовые ванночки 2% раствора лидокаина. Общее лечение, у пациентов контрольной и основной групп, включало традиционные средства (антигистаминные, витаминные препараты). Пациентам основной группы дополнительно назначали сублингвальные таблетки иммуномодулятора ликопид 2 раза в день (1 таблетка ликопида содержит 1 мг лекарственного вещества). Суточная доза приема сублингвальных таблеток составляла 2 мг. Курс приема препарата составил 10 дней по 2 мг в день, а затем по 1 мг через день - 10 дней. Общий курс составил 30 дней с приемом 30 мг препарата. У пациентов регистрировали показатели болевой чувствительности элементов поражения до- и в процессе местного лечения и площадь очага эрозивно-язвенного поражения, которую определяли по максимальным вертикальным и горизонтальным размерам.

Для оценки показателей местного иммунитета полости рта в процессе традиционного лечения и при применении сублингвальных таблеток ликопид изучали динамику изменения содержания в слюне показателей местной иммунной защиты - секреторный иммуноглобулин А, а также общий белок

Смешанную слюну собирали натощак после ополаскивания полости рта водой путем сплевывания в пробирку объемом 2 мл, в течение 6 минут, которую затем хранили при t: - 20°C до момента проведения анализа. Смешанную слюну собирали до лечения и в конце лечебного курса. Аналогичные исследования проводились в контрольных подгруппах больных, получавших традиционное лечение и здоровых лиц. Иммунологические исследования проводили в лаборатории МЦ ГМУ г. Семей.

**Результаты.** Длительность ХРАС у пациентов составила от 1 года до 3 лет, в течение всего периода заболевания пациенты отмечали периодическое появление болезненных образований в полости рта. (табл.1). У большинства больных обеих групп заживление болезненных афт развивалось в среднем в течение 8-10 дней. Клиническое обследование выявило у пациентов характерные афты, локализующиеся чаще на слизистой щек, губ, дна полости рта.

Таблица 1.

**Частота обострений у больных ХРАС.**

Группа больных	n	Обострения		
		До 3-х раз в год	Раз в 2-4 месяца	Постоянное рецидивирование
Опытная	12	3	7	2
Контрольная	10	3	5	2

У всех пациентов в момент осмотра было 2-3 элемента. В течение всего времени пациенты отмечали периодическое появление болезненных образований в полости рта. Обострения возникали до 3-х раз в год у 25% пациента в опытной и у 30% в контрольной группах, каждые 2-4 месяца - у 58,3% и 50,0%, ежемесячно - у 16,6% и 20,0% больных соответственно. У большинства больных заживление болезненных афт развивалось в среднем в течение 8-10 дней. Появление и течение афт в полости рта сопровождалось различной степенью болезненности. Болевые ощущения пациентов отмечали в анкетах при 3-х режимах: в покое, приеме пищи, разговоре.

Результаты иммунологических исследований показали, у практически здоровых людей при исследовании смешанной слюны выявлены индивидуальные колебания в содержании секреторного иммуноглобулина А (slgA) и общего белка. По усредненным индивидуальным и групповым показателям содержание данных иммунологических параметров в смешанной слюне составило: slgA- 103,01±2,55 мкг/мл; общий белок - 0,68±0,1 мг/мл; При заболеваниях слизистой оболочки рта все исследуемые иммунологические показатели в обеих группах больных были достоверно выше по сравнению со здоровыми людьми (табл.2).

Таблица 2.

**Иммунологические показатели смешанной слюны у пациентов с ХРАС.**

Исследуемые параметры	n	slg A (мкг/мл)	Общий белок (мг/мл)
ХРАС опытная	12	150,2 ± 2,1*	1,15 ± 0,23*
		105,1 ± 2,2**	0,71 ± 0,1**
ХРАС контрольная	10	152,1 ± 2,2*	1,2 ± 0,16*
		127,3 ± 2,5**	0,77 ± 0,1**
Норма	10	103,01 ± 2,55	0,68 ± 0,1

\*Показатели до лечения \*\*Показатели после лечения

Иммунологические показатели после лечения в 1 группе больных почти соответствовали данным здоровых лиц, а у больных контрольной группы значительно уменьшились, по сравнению с исходными данными, но превышали показатели здоровых.

Регистрация динамики заживления афт в основной и контрольной группах проводили раз в три дня. Определяли уменьшение площади элементов поражения, интенсивность боли и процесс эпителизации.

Лечебный эффект от применения ликопада был отмечен у всех больных. У 3-х человек (25,0%) заживление афт отмечено на 3-6 сутки приема ликопада. К 8-му дню приема ликопада ещё у 9 человек (75,0%) наблюдалась практически полная эпителизация и выздоровление пациентов. Однако наблюдение за пациентами показало, что у 2 лиц через 3-4 месяца развился рецидив. Вместе с тем, больные отмечали, что рецидивы были менее тяжелыми, чем до лечения (уменьшилось число афт, ускорился процесс регенерации).

У пациентов контрольной подгруппы при проведении местного лечения с применением традиционных средств (актовегина и солкосерила) зарегистрирована полная эпителизация афт у 2 больных (20,0%) к 6-ому дню и уменьшению эрозивной поверхности у других

пациентов. Полная эпителизация слизистой наблюдалась к 10 дню лечения. Рецидив заболевания выявлен у 4-х больных через 2-3 месяца.

Таким образом, применение ликопада в комплексном лечении у больных ХРАС восстанавливает иммунологические показатели, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов по сравнению с данными больных получавших только традиционное лечение.

**Литература:**

1. Борисенко Л.Г. Особенности в распространенности болезней слизистой оболочки рта среди населения старших возрастных групп // Стоматологический журнал. - 2003, - № 3, - С. 9-11.
2. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс.... - М. - 2008, - 67с.
3. Инструкция по применению ликопада.
4. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Пинегин Б.В. Применение иммунокорректирующего препарата "Ликопад" в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Институт Стоматологии. - №12, - 2001. - С. 29-34

**Тұжырым**  
**СОЗЫЛМАЛЫ ҚАЙТАЛАНБАЛЫ АФТОЗДЫ СТОМАТИТТІҢ ИММУНОКОРРЕГИРЛЕУШІ ТЕРАПИЯСЫ**  
**Ж.Н. Аханова**

**Семей қ. «Er-stom» тіс емдеу емханасы**

*Ликопад созылмалы қайталанбалы афтозды стоматиті бар науқастардың кешенді емінде ауыз қуысының жергілікті қорғанысының қалыптасуына, жазылу уақытын жеделдетуге және рецидив санын азайтуға әсер етеді.*

**Негізгі сөздер:** созылмалы қайталанбалы афтозды стоматит, жергілікті иммунитет, иммунокоррекция.

**Summary**  
**IMMUNOCORRECTION OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS**  
**Zh.N. Ahanova**

**Dental Clinic "Er-stom" Semey**

*Licopid in complex treatment of patients with chronic recurring aphthous stomatitis contributes to the normalization of local protection of the oral cavity, accelerates healing and reduces the number of relapses.*

**Key words:** chronic recurrent aphthous stomatitis, local immunity, immunocorrection.

УДК 611.31-616.513.7-616.516

Г.А. Сапарова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

## ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

### Аннотация

Полиоксидоний в комплексном лечении больных красным плоским лишаем способствует восстановлению, как местной защиты полости рта, так и общей системы иммунитета, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов.

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, полость рта местный и общий иммунитет, иммунокоррекция, полиоксидоний.

Красный плоский лишай остается существенной проблемой современной стоматологии и дерматологии, так как до сих пор не снижается частота заболевания, которое имеет тяжелое хроническое течение, часто торпидное к проводимой терапии [1,2]. Частота встречаемости КПЛ за последние 30 лет увеличилась примерно в 2 раза [3,4]. По данным ряда авторов изолированное поражение КПЛ слизистой оболочки рта встречается довольно часто и составляет от 23% до 54% [1,4].

В последние десятилетия ведущую роль в патогенезе КПЛ придается иммуноаллергическим аспектам. Установлено, что в крови больных отмечается снижение числа Т-клеток и их функциональной активности, дисрегуляция иммунного ответа [4,6,7]. У большинства больных наблюдалось снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, как в спонтанном, так и в индуцированном НСТ тесте, что свидетельствовало об истощении резервного потенциала фагоцитов [5].

В настоящее время лечение КПЛ остается сложной задачей. Для терапии данного заболевания применяются лекарственные препараты различных групп, в том числе и иммуностимулирующие препараты. Так, при лечении эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая применяли ликопид [8] и галавит [6]. Учитывая, что по данным литературы и собственных исследований у больных КПЛ выявляются нарушения местного иммунитета и снижение фагоцитарной функции нейтрофилов, нами в качестве иммунокорректора использован полиоксидоний. Согласно инструкции полиоксидоний увеличивает резистентность организма в отношении бактериальных, грибковых и вирусных инфекций. Основой механизма иммуномодулирующего действия Полиоксидония является прямое воздействие на фагоцитирующие клетки и естественные киллеры, а также стимуляция антителообразования. Восстанавливает иммунные реакции при вторичных иммунодефицитных состояниях, вызванных инфекциями, травмами, ожогами, злокачественными новообразованиями, осложнениями после хирургических операций.

При сублингвальном применении Полиоксидоний активизирует лимфоидные клетки, находящиеся в бронхах, носовой и ротовой полости, евстахиевых трубах, тем самым повышая устойчивость этих органов к инфекционным агентам.

При пероральном применении Полиоксидоний активирует лимфоидные клетки, находящиеся в кишечнике, а именно В-клетки, продуцирующие секреторные IgA. Следствием этого является повышение устойчивости ЖКТ и дыхательного тракта к инфекционным агентам. Кроме того, при пероральном применении Полиоксидоний активизирует тканевые макрофаги, что способствует более быстрой элиминации возбудителя из организма при наличии очага инфекции.

Наряду с иммуномодулирующим действием, Полиоксидоний обладает выраженной детоксицирующей и антиоксидантной активностью, которые определяются структурой и высокомолекулярной природой препарата. Повышает устойчивость мембран клеток к цитотоксическому действию лекарственных препаратов и химических веществ, снижает их токсичность.

У взрослых и подростков старше 12 лет в комплексной терапии: острых и хронических воспалительных рецидивирующих бактериальных, вирусных и грибковых инфекций ротовой полости, околоносовых пазух, верхних дыхательных путей, внутреннего и среднего уха. [9].

Клиническая апробация Полиоксидония широко представлена при фурункулезе, герпесе, простатите, гнойных инфекциях, при лечении язвенной болезни желудка и у больных раком молочной железы. Основанием при выборе препарата послужило его выраженное рано- и язвообразующее свойства, изученные при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

В доступной нам литературе мы не нашли работ по изучению клинической эффективности Полиоксидония при лечении КПЛ, что обусловило актуальность работы и послужило предпосылкой для проведения исследования.

**Цель исследования:** сравнить клиническую эффективность иммунокорректора Полиоксидония у больных КПЛ

**Материалы и методы:** Всего было обследовано и пролечено в стоматологической клинике «Ер-стом» г. Семей 20 больных с красным плоским лишаем – 15 женщин (75,0%) и 5 мужчин (25,0%), средний возраст составил 60,3 лет.

Все больные были разделены на группы. 1 основная группа - 12 человек, получали в схеме комплексного лечения иммуномодулирующий препарат полиоксидоний. Контрольная группа - 8 человек, получали традиционное комплексное лечение, исключающее применение полиоксидония. Контрольные иммунологические исследования проводили в группе 10 здоровых лиц. Пациентам основной и контрольной групп проводилась комплексная терапия: санация полости рта, профессиональная гигиена, устранение травматических факторов и назначение средств общей и местной терапии.

Местное лечение включало назначение традиционных эпителизирующих (солкосерил, актовегин) и обезболивающих средств. Для обезболивания пациентам в контрольных подгруппах назначали аппликации или ротовые ванночки 2% раствора лидокаина. Общее лечение, у пациентов контрольной и основной групп, включало традиционные средства (антигистаминные, витаминные препараты). Пациентам основной группы дополнительно назначали Полиоксидоний в таблетках сублингвально из расчета 12мг -2 раза в день. Курс лечения 15 дней. У пациентов регистрировали показатели

болевой чувствительности элементов поражения до- и в процессе местного лечения и площадь очага эрозивно-язвенного поражения, которую определяли по максимальным вертикальным и горизонтальным размерам.

Для оценки показателей местного иммунитета полости рта и системы фагоцитоза в процессе традиционного лечения и при применении инъекций Полиоксидония изучали динамику изменения содержания в слюне показателя местной иммунной защиты - секреторного иммуноглобулина А и в периферической крови показатели фагоцитоза.

Слюну собирали натощак после ополаскивания полости рта водой путем сплевывания в пробирку объе-

мом 2 мл, в течение 6 минут, которую затем хранили при t: - 20°C до момента проведения анализа. Слюну собирали до лечения и в конце лечебного курса. В пробах периферической крови исследовали фагоцитарную систему: фагоцитоз, фагоцитарное число и НСТ тест. Аналогичные исследования проводились в контрольной подгруппе больных, получавших традиционное лечение и здоровых лиц. Все иммунологические исследования проводили в лаборатории МЦ ГМУ г.Семей.

**Результаты.** Длительность КПЛ у пациентов составила от 1 года до 3 лет, в течение всего периода заболевания пациенты отмечали периодическое появление болезненных образований в полости рта. (Табл.1)

Таблица 1.

**Частота обострений у больных КПЛ.**

Группа больных	n	Обострения		
		до 3-х раз в год	раз в 2-4 месяца	постоянное рецидивирование
Опытная	12	4	5	3
Контрольная	8	3	3	2

Контроль за динамикой заживления эрозий у больных показал, что в течение 8-10 дней наблюдения у 5 пациентов основной подгруппы отмечалась полная эпителизация эрозий, у 5 - площадь эрозивно-язвенных элементов поражения уменьшилась на половину. В

двух случаях площадь поражения уменьшилась на 10%. У пациентов контрольной подгруппы полная эпителизация выявлена в двух случаях, в 3-х уменьшение площади элементов поражения наполовину и в 3 -х случаях площадь поражения уменьшилась на 10%. (табл.2)

Таблица 2.

**Результаты лечения больных КПЛ.**

Группа больных	n	Результаты лечения			
		Полная эпителизация	Уменьшение площади поражения на 50%	Уменьшение площади поражения на 10%	Рецидивы за год
Опытная	12	5	5	2	1
Контрольная	8	2	3	3	3

Анализ клинических наблюдений за год показал, что в первой группе был всего один случай рецидива за год, в то время как во второй было 3 рецидива.

Результаты иммунологических исследований показали, у практически здоровых людей при исследовании слюны выявлены индивидуальные колебания в содержании секреторного иммуноглобулина А (sIgA), По усредненным индивидуальным и групповому показате-

лям содержание данных иммунологических параметров в смешанной слюне составило: sIgA- 103,01±2,55 мкг/мл. При заболеваниях слизистой оболочки рта показатели секреторного иммуноглобулина А в обеих группах больных были достоверно выше по сравнению со здоровыми людьми (табл.3). У этих больных отмечалось снижение функций фагоцитирующих клеток периферической крови.

Таблица 3.

**Иммунологические показатели у пациентов с КПШ.**

Исследуемые параметры	n	слюна	кровь		
		sIg A (мкг/ мл)	Фагоцитоз (%)	Ф.ч	НСТ тест
Опытная	12	150,2 ± 2,1*	32,1 ± 1,2*	1.5 ± 0,2*	4,3 ± 0,1*
		105,1 ± 2,2**	39,0 ± 1,6**	2.2 ± 0,2**	5,8 ± 0,2**
Контрольная	8	152,1 ± 2,2*	33,2 ± 1,3*	1.4 ± 0,1*	4,3 ± 0,1*
		127,3 ± 2,5**	35,4 ± 1,2**	1,8 ± 0,1**	4,8 ± 0,2**
Норма	10	103,01 ± 2,55	40,0 ± 2,2	2.2 ± 0,1	5,8 ± 0,2

\*Показатели до лечения \*\* Показатели после лечения

Содержание секреторного иммуноглобулина А после лечения в 1 группе больных почти соответствовали данным здоровых лиц, а у больных контрольной группы значительно уменьшились, по сравнению с исходными данными, но превышали показатели здоровых. Что касается фагоцитарных показателей, то применение полиоксидония привело к восстановлению функций фагоцитирующих клеток, а в контрольной группе эти показатели были снижены по сравнению с данными здоровых лиц.

Таким образом, применение полиоксидония в комплексе лечения у больных КПЛ восстанавливает иммунологические показатели, ускоряет сроки заживления и снижает число рецидивов по сравнению с данными больных получавших только традиционное лечение.

**Литература:**

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. Саратов. Издат-во СГУ. – 1990. – С. 176.

2. Евсеева И.К. Особенности клинического течения и лечения некоторых кератозов слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста: Автореф. канд. мед. наук. – СПб. – 1997. - 19 с.

3. Машкилейсон А. Л., Абрамова Е. И., Абдуев Н. К. Клинические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой рта. // Вестн. дерматол. —1989. №8. - С. 29-31.

4. Слесаренко Н. А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии. Автореф. дис.докт. мед.наук. – М. – 1995. – С. 31.

5. Мергембаева Х.С. и др., Клинико-иммунологические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Гигиена, эпидемиология и иммунобиология, - 2010. 4(46). - С.68-71.

6. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс. - М. 2008, - 17с

7. Рабинович О.Ф., Ханукова А.М., Хамидуллина К.Ф. Особенности иммунного статуса больных с красным плоским лишаем // Стоматология. - 1995. №5. - С. 20-25.

8. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Пинегин Б.В. Применение иммунокорректирующего препарата "Ликопид" в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Институт Стоматологии, - №12, - 2001. -С. 29-34.

**Тұжырым**  
**АУЫЗ ҚУЫСЫ ШЫРЫШТЫ ҚАБАТЫНЫҢ ҚЫЗЫЛ ЖАЛПАҚ**  
**ТЕМІРЕТКІСІНІҢ ИММУНОКОРРЕГИРЛЕУШІ ТЕРАПИЯСЫ**  
**Г.А. Сапарова**

**Семей қ. «Ер-стом» тіс емдеу емханасы**

*Қызыл жалпақ теміреткісі бар науқастарды кешенді емдеу кезінде полиоксидоний ауыз қуысының жергілікті қорғанысының, сонымен қатар иммунитеттің жалпы жүйесінің қалыптасуына, жазылу уақытын жеделдетуге және рецидив санының азаюына әсер етеді.*

**Негізгі сөздер:** қызыл жалпақ теміреткі, ауыз қуысы, жергілікті және жалпы иммунитет, иммунокоррекция, полиоксидоний.

**Summary**  
**IMMUNOCORRECTION OF RED FLAT LICHEN OF MUCOUS CAVITY OF MOUTH**  
**G.A. Saparova**  
**Dental Clinic "Er-stom" Semey**

*Polyoxidonium in complex treatment of patients with red flat lichen of mucous cavity of mouth. contribute to the restoration of local mouth guards, and the overall immune system, accelerates healing and reduces the number of relapses.*

**Key words:** red flat lichen, oral cavity, local and General immunity, immunocorrection, polyoxidonium.

УДК 611.31-616.513.7-616.516

Г.А. Сапарова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

**КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**  
**У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ**

**Аннотация**

*Проведены клинические и иммунологические исследования 20 больных красным плоским лишаем слизистой полости рта. Установлено, что у половины больных отмечалась выраженная болезненность. Отмечено значительное увеличение в слюне секреторного иммуноглобулина А и снижение показателей фагоцитоза, что диктует необходимость проведение иммунокоррекции.*

**Ключевые слова:** красный плоский лишай, слюна, секреторный иммуноглобулина А, система фагоцитоза.

**Актуальность.** Одним из распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта является красный плоский лишай (КПЛ). Число больных КПЛ имеет тенденцию к постоянному росту, несмотря на современные методы диагностики и лечения заболевания [1].

По данным эпидемиологических исследований КПЛ встречается у 0,1-2% населения, чаще у женщин в возрасте от 40 до 65 лет [2]. В последние годы происходит «омоложение» страдающих этим заболеванием. По-видимому, это связано с нарушением экологии, распространением вирусной инфекции, изменениями реактивности организма и повышенной частотой психоэмоциональных напряжений. Описаны случаи возникновения КПЛ у детей [3]. Изолированное поражение слизистой оболочки полости рта красным плоским лишаем выявляется в 30-35% случаев [4].

Известно, что эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы заболевания являются факультативными предраками с вероятностью онкотрансформации до 7% [1]. По данным многих авторов КПЛ характеризуется полиморфизмом симптомов клинического проявления, тяжелым, длительным, рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой традиционной терапии [4,6].

В связи с ростом числа пациентов с КПЛ, длительным хроническим течением заболевания, низкими результатами существующих методов лечения данной патологии, возможностью малигнизации процесса актуальным является поиск новых препаратов, обладающих высокой эффективностью и дающих стойкий терапевтический эффект за минимально короткое время. При КПЛ отмечаются выраженные нарушения, как в гуморальном, так и в клеточном звеньях системы иммунитета [5,6,7]. Необходимо применение простых иммунологических методов, позволяющих в повседневной практике оценить иммунологические нарушения и провести их коррекцию.

**Цель работы:** изучить клинико-иммунологические проявления у больных КПЛ.

**Материалы и методы:** В стоматологической клинике «Ер-стом» г. Семей было обследовано 20 больных с красным плоским лишаем – 15 женщин (75,0%) и 5 мужчин (25,0%), средний возраст составил 60,3 лет. Контрольную иммунологическую группу составили 10 здоровых лиц.

Показателя местного иммунитета полости рта изучали по содержанию в слюне секреторного иммуноглобулина А и системы фагоцитоза периферической крови.

Слюну собирали натошак после ополаскивания полости рта водой путем сплевывания в пробирку объемом 2 мл, в течение 5 минут, которую затем хранили при t: – 20°C до момента проведения анализа. Слюну собирали до и после лечения. Кровь для исследования системы фагоцитоза получали и проводили анализ по стандартной методике. Такие же исследования проводились в контрольной группе здоровых лиц. Иммунологические анализы проводили в лаборатории Медицинского Центра Государственного медицинского университета города Семей.

**Результаты.** Длительность заболевания красным плоским лишаем от 1 года до 3-х лет. За данный период пациенты отмечали развитие болезненных образований в полости рта. Неоднократно лечились, с применением различных препаратов, однако выздоровления не наступало. В течение многих месяцев эрозии на слизистой оболочке рта не эпителизировались.

Большинство пациентов с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая были лица пожилого возраста. У большинства больных (18 человек) выявлены сопутствующие заболевания, сахарный диабет – 25,0%, гипертоническая болезнь – 25,0%, хроническая патология желудочно-кишечного тракта – 45,0%. Клиническое обследование выявило у всех пациентов эрозивные элементы поражения, которые локализовались, пре-

имущественно на слизистой оболочке щек (90%), на губах (10%).

Размер эрозий колебался от 1,5-3 мм до 1,5- 2,0 см в диаметре. Количество эрозий было различным: от 1 до 3 в полости рта. Течение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая сопровождалось разной степени выраженности болезненности.

Анализ результатов болевой чувствительности у больных с КПЛ показал, что в первый день визита к врачу, при наличии эрозивно-язвенных элементов на слизистой оболочке в четверти случаев у пациентов была значительная болезненность, в половине случаев - незначительная боль и в четверти - болезненность отсутствовала. Незначительная болезненность возможно объяснить приспособлением пациентов к постоянной болевой чувствительности.

Проведенные иммунологические исследования проб слюны показали, что у практически здоровых лиц выявлены индивидуальные колебания в содержании секреторного иммуноглобулина А (slgA). Усредненные индивидуальные и групповые показатели содержания в слюне составило: slgA- 103,01±2,55 мкг/ мл. Содержание секреторного иммуноглобулина А у больных было выше по сравнению с контрольной группой. Изучение системы фагоцитоза показали снижение данных фагоцитоза, по сравнению со здоровыми людьми (табл.1).

Таблица 1.

**Иммунологические показатели слюны и крови у пациентов с КПЛ в сравнении с показателями здоровых лиц.**

Исследуемые параметры	slg A (мкг/ мл)	кровь		
		Фагоцитоз (%)	Ф.ч	НСТ тест
КПЛ (n = 20)	199,15 ± 3,09	32,7 ± 1,2	1,45 ± 0,2	4,3 ± 0,1
Здоровые (n = 10)	103,01 ± 2,55	40,0 ± 2,2	2,2 ± 0,1	5,8 ± 0,2

Таким образом, клинические исследования показали, что КПЛ протекает с воспалительной реакцией слизистой оболочки, значительной болезненностью и торпидностью течения, полиморфизмом клинических проявлений. Лабораторные исследования подтверждают участие местных иммунных механизмов, так и системы фагоцитоза периферической крови в развитии воспалительных процессов у больных КПЛ, что требует назначение иммунокорректирующих препаратов для лечения таких больных.

**Литература:**

1. Довжанский С.И., Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай. Саратов. – Издат-во СГУ. 1990. – С. 176.
2. Евсеева И.К. Особенности клинического течения и лечения некоторых кератозов слизистой оболочки полости рта у лиц пожилого возраста: Автореф. канд. мед. наук. - СПб. 1997. - 19 с.

3. Машкиллейсон А.Л., Абрамова Е.И., Абудуев Н.К. Клинические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой рта. // Вестн. дерматол. —1989. №8. - С. 29-31.

4. Слесаренко Н.А. Красный плоский лишай (современные иммунологические и биохимические аспекты) и методы патогенетической терапии. Автореф. дис.докт. мед. наук. – М. – 1995. – С. 31.

5. Мергембаева Х.С. и др., Клинико-иммунологические особенности эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Гигиена, эпидемиол. и иммунобиол. - 2010. - 4(46). - С. 68-71

6. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс... - М. 2008, - 17с

7. Рабинович О.Ф., Ханукова А.М., Хамидулна К.Ф. Особенности иммунного статуса больных с красным плоским лишаем // Стоматология, 1995. - №5. - С. 20-25.

**Тұжырым**

**ҚЫЗЫЛ ЖАЛПАҚ ТЕМІРЕТКІ КЕЗІНДЕГІ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР**

**Г.А. Сапарова**

**Семей қ. «Er-stom» тіс емдеу емханасы**

Ауыз қуысы шырышты қабатының қызыл жалпақ теміреткісі бар 20 науқас клиникалық және иммунологиялық зерттеуден өтті. Науқастардың жартысында айқын ауырсыну анықталды. Сілекейде секреторлы иммуноглобулин А мөлшерінің айқын жоғарылауы және фагоцитоз көрсеткіштерінің төмендеуі анықталды, ол иммунокоррекция жүргізуді талап етеді.

**Негізгі сөздер:** қызыл жалпақ теміреткі, сілекей, секреторлы иммуноглобулин А, фагоцитоз жүйесі.

**Summary**

**CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL RESEARCHES FOR PATIENTS THE OF RED FLAT LICHEN**

**G.A. Saparova**

**Dental Clinic "Er-stom" Semey**

Clinical and immunological studies are undertaken 20 patients by red flat lichen of mucous cavity of mouth. It is set that at the half of patients the expressed sickliness was marked. A considerable increase is marked in saliva of secretory immunoglobulin A and general albumen, that dictates a necessity realization of immunocorrection.

**Key words:** red flat lichen, saliva, immunoglobulin A, general albumen.

УДК 616.31-07-08 (081)

Ж.Н. Аханова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕСТАВРАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ ESTELITE ФИРМЫ "TOKUYAMA DENTAL" В СТОМАТОЛОГИИ

### Аннотация

Проведена оценка двух реставрационных систем в стоматологии. Установлено, что композитная реставрационная система Estelite имеет ряд преимуществ в работе и лучшие отдаленные результаты.

**Ключевые слова:** пломбировочный материал, реставрационная композитная система Estelite.

В последние годы в стоматологии современное материаловедение представляет различные виды материалов, что позволяет практически врачам право выбора пломбировочного материала, удовлетворяющего всем требованиям. В идеале пломбировочный материал должен иметь: высокую износостойкость и механическую прочность, нетоксичность, эстетичность, приближенность коэффициента термического расширения (КТР) материала к КТР твердых тканей зуба, низкую усадку, наличие эффективной адгезии к тканям зуба, хорошая полируемость и удобство в работе.

Наиболее распространенными универсальными композиционными пломбировочными материалами длительное время являлись микрогибриды. Они, по своим основным свойствам, приближались к идеальным реставрационным материалам. Преимуществами данной группы материалов, приближающиеся к «золотому стандарту», являются хорошие физико-механические свойства (устойчивость к облому, сдавливанию, изгибу, низкое водопоглощение, близость КТР материала к КТР твердых тканей), стабильность цвета, хорошая полируемость (но хуже, чем у микрофилов), рентгеноконтрастность, широкая шкала оттенков, высокая стабильность.

В то же время, у этой группы материалов отмечают такие недостатки, как сложность клинического применения (послойное внесение и соблюдения принципов направленной полимеризации), недостаточная прочность и пространственная стабильность при пломбировании обширных полостей, неидеальное качество поверхности (хуже, чем у микрофилов), трудность моделирования пломбы и заполнения материалом некоторых участков. Все эти недостатки послужили стимулом к разработке новых композиционных пломбировочных материалов[1].

Новым этапом в совершенствовании свойств композиционных материалов явилось создание микроматричных композитов, содержащих мелкие субмикронные частицы наполнителя и обладающих высокой степенью наполненности (до 90%). Эта группа материалов обладают низкой усадкой, что позволяет при их применении отказать от методики направленной полимеризации. Высокие эстетические качества и прочностные характеристики материалов обеспечивают сверхмелкие частицы наполнителя и оптимально подобранный состав частиц, максимально заполняющих органическую матрицу.

На казахстанском стоматологическом рынке появилась новая реставрационная система «Estelite» фирмы "Tokuyama Dental" (Япония), основанную на адгезивной системе VI поколения "One Up Bond F Plus", универсальном микроматричном композиционном материале "«Estelite Sigma", композиционном материале повышенной текучести «Estelite LV», универсальном компози-

онном материале повышенной текучести «Estelite Flow Quick».

Адгезивная система "One Up Bond F Plus" относится к VI поколению (самопротравливающие одношаговые двухфлаконные системы). Использование данного поколения адгезивных систем направлена на решение главной проблемы техники тотального протравливания – проблему несоответствия глубины протравливания дентина и глубины создаваемой гибридной зоны, что может приводить к некрозу коллагеновых волокон дентина, лишенных опоры, вторичному инфицированию и разгерметизации реставрации. Система не требует предварительного кондиционирования поверхности. Наличие двух флаконов для компонентов адгезивной системы позволяет обеспечить стабильность растворов при отсутствии органического растворителя – ацетона, спирта, тем самым исключить этап подсушивания адгезива после его внесения в полость.

Преимущества адгезивной системы "One Up Bond F Plus" состоят в следующем:

Глубина деминерализации и глубина проникновения адгезива в дентинные структуры идентичны, так как оба процесса протекают одновременно. Этим устраняется миллимикронная проницаемость и снижается риск постоперационной чувствительности.

Гарантируется полное проникновение мономера через подготовленные структуры дентина, в результате чего образуется сплошная монолитная структура и снижается опасность образования краевой щели.

Значения силы сцепления с эмалью и дентином зуба сопоставимы с таковыми при использовании техники тотального протравливания. Производитель гарантирует высокую силу сцепления как с предварительно препарированной, так и с непрепарированной эмалью, а также с эмалью, устойчивой к декальцинации. Система имеет низкую чувствительность к техническим погрешностям, обеспечивая надежную адгезию независимо от состояния поверхности (надежная адгезия и к сухой, и к влажной поверхности) и толщины слоя адгезива (от 10 до 100 и более микрон).

Контроль за границами нанесения и эффективно-стью полимеризации за счет включенного в систему розового пигмента, исчезающего после светотверждения.

Профилактика вторичного кариеса за счет выделения ионов фтора. Экономия времени. Работа с "One Up Bond F Plus" занимает 25 секунд.

«Estelite Sigma» – универсальный светотверждаемый микроматричный композит, содержащий 82% по весу (71% по объему) субмикронного сферического кремний-циркониевого и стронций-циркониевого наполнителя (средний размер частиц – 0,2 мкм, фракционный состав частиц – от 0,1 до 0,3 мкм). Практически одинаковый размер частиц, их равномерное распределение в

органической матрице позволяют добиться высокой наполненности композита и как следствие – снижения усадки. Размер частиц наполнителя меньше длины волн видимого света, что обеспечивает лучшее рассеяние света, эффект "хамелеона", эффект истинной опалесценции и идеальное качество поверхности, легко полируемой до зеркального блеска. Мономерная основа содержит бис-глицидиметилметакрилат (Bis-GMA) и триэтиленгликольдиметакрилат [2].

**Цель работы:** провести сравнительный клинический анализ отдаленных результатов применения реставрационных систем «Estelite» и «Megafill»

**Материалы и методы:** Всего под клиническим наблюдением находилось 60 человек. Все были разделены на 2 группы по 30 человек путем случайного подбора. Были сходны по возрасту, полу и клиническим характеристикам кариозных полостей. Оценивались субъективные ощущения пациентов и простота работы с материалом. Проводился сравнительный клинический анализ ближайших, так и отдаленных результатов по

состоянию пломб и цветовых качеств различных реставрационных систем на протяжении 2-х лет.

Больным 1 группы для реставрации была использована система «Estelite» производство, а у пациентов 2 группы система «Megafill» производства ФРГ.

**Результаты**

Проведенные исследования показали, что у больных 1 группы в течение всего периода наблюдения не отмечались постпломбировочные боли и какие либо неприятные ощущения, связанные с лечением.

Во второй группе у одной трети больных отмечались постпломбировочные боли, такие как боли на температурные и механические (накусывание) раздражители.

Немаловажное значение в работе имеет отсутствие прилипания пломбировочного материала системы Estelite к инструменту, по сравнению с другой реставрационной системой, что облегчает работу стоматолога.

Проведенные двухлетние исследования у пациентов за состоянием пломб и цветовым качеством материала представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Анализ состояния пломб различных систем в течение 2-х лет наблюдения\*.**

группа	n	Сроки наблюдения				всего
		6 мес	12 мес	18 мес	24 мес	
1 группа	30	0/0	0/0	2/4	2/6	4/10
2 группа	30	2/4	2/10	2/4	4/7	10/25

\*В числителе количество выпавших пломб, в знаменателе - количество пломб изменивших цвет

Как видно из данных таблицы сохранность пломб и цвета реставрационной системы Estelite значительно выше по сравнению с пломбами системы Megafill.

**Выводы.**

Таким образом, применение реставрационной системы Estelite фирмы "Tokuyama Dental" последнего поколения имеет ряд преимуществ перед системой «Megafill», удобна в работе (не прилипает к инструменту), не используется прокладочный материал и протравка, экономит время, высокая прочностная харак-

теристика, хорошие отдаленные результаты по сохранности пломб и цвета.

**Литература:**

1. Дворникова Т.С.- Основы композитной реставрации – Методическое руководство. 4-е издание, С-Петербург. - 2012. - 39 с.
2. Мороз Б.Т., Дворникова Т.С., Жукова Л.В. Композиционные материалы для эстетической реставрации японской фирмы TOKUYAMA DENTAL // Институт Стоматологии – 2006. №1 (30), - С. 106-109

**Тұжырым  
СТОМАТОЛОГИЯДАҒЫ "ТОКУЯМА ДЕНТАЛ" ФИРМАСЫНЫҢ ESTELITE  
РЕСТАВРАЦИЯЛЫҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ  
Ж.Н. Аханова**

**Семей қ. «Er-стом» тіс емдеу емханасы**

Стоматологиядағы екі реставрациялық жүйенің сынағы жүргізілді. Estelite композитті реставрациялық жүйесінің онымен жұмыс істеу барысында және жақсы алыстатылған нәтижелерінің бірқатар артықшылықтары анықталды.

**Негізгі сөздер:** пломбалық материал, Estelite реставрациялық композитті жүйесі

**Summary  
EXPERIENCE OF USING RESTORATIVE SYSTEM ESTELITE  
FIRM "TOKUYAMA DENTAL" IN DENTISTRY DENTAL CLINIC  
Zh.N. Ahanova**

**Dental Clinic "Er-stom" Semey**

Evaluated two restoration systems in dentistry. Found that composite restoration Estelite system has several advantages in the best long-term results Keywords: filling material, restorative composite system Estelite.

**Key words:** filling material, restorative composite system Estelite.

УДК 616.31-07-08 (081)

Г.А. Сапарова

Стоматологическая клиника «Ер-стом», г. Семей

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПОЗИТНОЙ РЕСТАВРАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ

### Аннотация

Сравнительный клинический анализ отдаленных результатов использования реставрационной композитной системы «Estelite» показал ее преимущество перед системой Filtek Z 550.

**Ключевые слова:** реставрационная композитная система, пломбировочный материал, отдаленные результаты.

### Актуальность

На стоматологическом рынке РК появилась новая реставрационная система «Estelite» фирмы "Tokuyama Dental" (Япония), которая имеет ряд преимуществ перед другими композитными системами. «Estelite Sigma» применяется в прямом восстановлении передних и боковых зубов, включая окклюзионную поверхность. Преимуществами "Estelite Sigma" являются: низкая полимеризационная усадка (1,3%), уменьшающая постполимеризационный стресс и позволяющая отказаться от соблюдения принципов направленной полимеризации. Высокая компрессионная прочность, обеспечивающая устойчивость к окклюзионной нагрузке и позволяющая рекомендовать материал для восстановления боковых зубов.

Идеальное сочетание высокой устойчивости к истиранию с низкой абразией зубов-антагонистов. [1].

Превосходная эстетика, связанная с субмикронным размером частиц наполнителя. Быстрая полируемость, гладкость и эмалевый блеск поверхности реставрации.

Выраженный эффект хамелеона. Каждый оттенок "ESTELITE Sigma" перекрывает соседние участки спектра, что упрощает подбор оттенков реставрации "Estelite Sigma" имеет 18 оттенков, включая 5 опалесцентных (OA1, OA2, OA3, OB3 и BW – опалесцентный оттенок для отбеленных зубов). Опалесцентные оттенки являются промежуточными по опалесценности между эмалевыми и дентинными и удобны в тех случаях, когда необходимо перекрыть темный дентин со дна кариозной полости или восстановить сквозной дефект, избавляя от необходимости восстанавливать отдельно эмалевые и дентинные структуры.

Материал обладает естественной флуоресценцией не меняет цвета после фотополимеризации.

Совершенствование композитных технологий, развитие щадящих методов препарирования вызвали необходимость создания жидких, текучих композитов, которые бы надежно проникали в небольшие дефекты, фиссуры и заполняли "проблемные" участки кариозной полости. Введение в структуру органической матрицы специальных молекул (эластомеров) придает этим материалам текучесть и низкий модуль упругости. Положительными свойствами композитов повышенной текучести являются: высокая эластичность, хорошая эстетика, достаточная прочность, тиксотропность, рентгеноконтрастность.

Однако необходимо отметить, что подавляющее большинство традиционных текучих композитов в качестве наполнителя содержат микрогибридные или микрофильные частицы, выполняющие материал всего лишь на 50-60% по весу, следствием чего являются

значительная усадка (от 4 до 7%) и недостаточная механическая прочность. Указанные недостатки в значительной мере ограничивают показания к их применению, делая невозможным использование этих материалов в обширных полостях и в полостях, испытывающих нагрузку. Кроме того, большинство традиционных низкомодульных композитов обладают повышенной прозрачностью и не имеют опалесцентных оттенков, что негативным образом отражается на их эстетике.

Результатом научных разработок фирмы "Tokuyama Dental" по оптимизации свойств текучих композитов явилось создание субмикрогибридных материалов, сочетающих высокие эстетические качества с низкой полимеризационной усадкой, высокой прочностью и устойчивостью к истиранию. Материалы имеют три варианта текучести:

- высокотекучий "ESTELITE LV High Flow";
- низкотекучий "ESTELITE LV Low Flow";
- и среднетекучий "Estelite Flow Quick".

"Estelite Flow Quick" был создан в 2005 году на основе "Estelite LV Medium Flow". Он положил начало новому поколению материалов – поколению универсальных композитов повышенной текучести.

Значительное снижение полимеризационной усадки (до 2,4%), позволило снять ограничение по применению материала только в небольших полостях или в качестве адаптивного слоя. Высокая механическая прочность материала и его устойчивость к истиранию позволяют использовать "Estelite Flow Quick" на жевательной группе зубов.

Превосходная эстетика делает его пригодным для реставраций, локализованных на передних зубах. "Estelite Flow Quick" обладает высокой цветостабильностью, стойким блеском и отличной полируемостью.

Включенный в систему катализатор полимеризации (инновационная разработка фирмы "Tokuyama Dental") позволил значительно сократить время полимеризации. Слой в 2 см полимеризуется 5-10 секунд при использовании галогеновой лампы, LED-лампой – 5-10 секунд (при мощности в 900 мВт/см<sup>2</sup>), ксеноновой – 3 секунды, что позволяет добиться существенной экономии рабочего времени. При этом материал устойчив к свету рабочего светильника (время на манипуляции составляет не менее 90 секунд). "Estelite Flow Quick" имеет 17 оттенков материала, обладающих выраженным "эффектом хамелеона", включая 5 опалесцентных оттенков. Материал удобен в применении в педиатрической практике (черный пластиковый наконечник не похож на инъекционную иглу), быстрая полимеризация, меньший риск попадания слюны [2].

Все эти преимущества позволяют эффективно применять реставрационную систему Estelite фирмы "Tokuyama Dental" (Япония).

**Цель работы:** провести сравнительный клинический анализ отдаленных результатов реставрационных систем «Estelite» производство Япония и Filtek Z550 производство США.

**Материалы и методы**

Всего под клиническим наблюдением находилось 68 человек, которые были сопоставимы по возрасту, полу и клиническим характеристикам поражений зубов. Пациенты были разделены на 2 группы по 34 человека путем случайного отбора. Оценивались субъективные ощущения пациентов, состояние пломб, технологичность материалом. Проводился сравнительный клинический анализ ближайших, так и отдаленных результатов по состоянию пломб различных реставрационных систем на протяжении 2-х лет. Для

реставрации кариозных полостей у больных 1 группы использована система композитной реставрации «Estelite» производство Япония, а у пациентов 2 группы система «Filtek Z550» производство США.

**Результаты**

Клинические наблюдения показали, что пациенты 1 группы в течение всего периода наблюдения не отмечали постпломбировочные боли и других неприятных ощущений связанных с лечением.

Во второй группе 16 пациентов отмечали постпломбировочные боли на температурные и механические воздействия.

Пломбировочный материал системы «Estelite» не прилипает к инструменту, что дает преимущество перед другой реставрационной системой и облегчает работу стоматолога. Проведенные наблюдения за состоянием пломб и цветовым качеством материала на протяжении 2-х лет представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Оценка состояния пломб реставрационных систем в течение всего периода наблюдения\*.**

группа	n	Сроки наблюдения				всего
		6 мес	12 мес	18 мес	24 мес	
1 группа	34	0/0	0/0	2/3	2/4	4/7
2 группа	34	2/6	4/10	4/5	2/6	12/27

\*В числителе количество выпавших пломб, в знаменателе количество пломб изменивших цвет

Данные таблицы показывают, что сохранность пломб и цвета реставрационной системы Estelite значительно выше по сравнению с пломбами системы Filtek Z550.

Таким образом, композитная реставрационная система Estelite фирмы "Tokuyama Dental" (Япония) имеет ряд преимуществ перед системой Filtek Z550:

1. Технологична (не прилипает к инструменту);
2. Меньшие трудозатраты, экономит время;
3. Не требуется прокладочный материал и протравка;

4. высокая прочностная характеристика, хорошие отдаленные результаты.

**Литература:**

1. Дворникова Т.С.- Основы композитной реставрации – Методическое руководство. 4-е издание, С-Петербург. 2012. - 39 с.
2. Мороз Б.Т., Дворникова Т.С., Жукова Л.В. Композиционные материалы для эстетической реставрации японской фирмы TOKUYAMA DENTAL - Институт Стоматологии – 2006. - №1 (30), - С. 106-109

**Тұжырым  
СТОМАТОЛОГИЯДАҒЫ КОМПОЗИТТИ РЕСТАВРАЦИЯ  
ЭФФЕКТИВТІЛІГІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗІ**

**Г.А. Сапарова**

«Estelite» реставрациялық композитті жүйесін қолданудың алыстатылған нәтижелерінің салыстырмалы клиникалық анализі Filtek Z 550 жүйесіне қарағанда жақсы екені анықталды

**Негізгі сөздер:** реставрациялық композитті жүйе, пломбалық материал, алыстатылған нәтижелер.

**Summary  
COMPARATIVE ANALYSIS OF COMPOSITE FILLINGS IN DENTISTRY**

**G.A. Saparova**

**Dental Clinic "Er-stom" Semey**

Comparative clinical analysis of long-term results of using restorative composite system «Estelite» showed its advantage over the system Filtek Z550

**Key words:** restoration composite system, filling material, long-term results.

УДК 616.37-007.43-053.2-089

С.А. Изнауров

КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРАВСТОРОННЕЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ

### Аннотация

В соответствии с зарубежными и отечественными литературными данными частота случаев диафрагмальной грыжи достигает 1: 2000-1: 3000. Правосторонняя диафрагмальная грыжа встречается в 19-22% наблюдений. Смертность, по мнению западных авторов, достигает 46-80%. Остается открытым вопрос о сроках и методах эффективного оперативного лечения диафрагмальных грыж.

**Ключевые слова:** диафрагмальные грыжи, малоинвазивные эндоскопические методы, эффективность лечения.

Диафрагмальная грыжа — перемещение органов брюшной полости в грудную клетку через естественные или патологические отверстия в грудобрюшной преграде. В отличие от грыж других локализаций диафрагмальные грыжи не всегда содержат весь комплекс обязательных компонентов, как грыжевой мешок и грыжевые ворота. Диагноз, обычно выставляется сразу же после рождения, или устанавливается антенатально, но по данным разных авторов, в 5-25% случаев, диагноз выставляется в более поздние сроки.

В «Центре Матери и Ребенка» г. Усть-Каменогорска проводятся операции, как традиционными доступами, так и эндоскопические, эндовидеокомплексом фирмы «Karl Storz» с 2007г, распределенного по республиканской программе.

*Пример.* К нам обратился ребенок, девочка, М., 12 л, из района, с жалобами на периодические боли в животе, больше в правом подреберье и эпигастрии, периодически одышку, болевой синдром периодического характера, отставание в физическом развитии. Данный ребенок часто лечился по поводу хронического бронхита, пневмонии, мучился от изжоги и периодической рвоты после физических нагрузок, дискинезии желчевыводящих путей.

Методами диагностики явились: тщательный сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр, рентгенография, сонологическое исследование грудной клетки и брюшной полости, общеклинические лабораторные исследования, после чего установлен диагноз истинной правосторонней диафрагмальной грыжи. Треть правой доли печени находилась в грудной клетке.

Данному ребенку было решено провести торокоскопическую герниорафию. Период предоперационной подготовки составил 2 дня. Положение на операционном столе на левом боку, доступы из трех типичных точек: передняя, задняя и средне-подмышечные линии. При торокоскопии выявлен выраженный спаечный процесс в нижних отделах с сдавлением нижней доли правого легкого. После адгезиолизиса и мобилизации купола диафрагмы нижняя доля легкого расправилась, от-

четливо определилось выпячивание диафрагмы. Далее, поэтапно наложены интрокорпоральные гофрирующие швы викрилом №00, что привело к ликвидации диафрагмальной грыжи. Установление плеврального дренажа.

Длительность операции составила 60 минут. Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась антибактериальная терапия одним антибиотиком в возрастной дозировке, анальгетики, лечебная физкультура, местная обработка ран. Плевральный дренаж удален через 2-е суток после операции. Осложнений не было. На контрольной обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, ранее имеющихся изменений не определялось. Четко прослеживается купол диафрагмы на уровне 6-7 межреберья. Ребенок выписан на 5-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Длительность пребывания в стационаре составила 7 суток. В катамнезе ребенок активен, не испытывает ранее имевшихся жалоб, не отстает в физическом развитии от сверстников.

### Выводы:

1. Малоинвазивность эндоскопических методов коррекции диафрагмальных грыж является методом выбора особенно у детей старшей возрастной группы.
2. Длительность операции и сроки нахождения в стационаре значительно сокращаются.
3. Безболезненный восстановительный период.

### Литература:

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. Эндоскопическая хирургия у детей. – Москва. – 2002. – 165с.
2. Лёнюшкин А.И. Руководство по педиатрии, Москва, 2006. -
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Гераськин В.И. Руководство по торокальной хирургии у детей. Москва – 1978.
4. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия, Первое издание на русском языке. ИЧП «Хардфорд» Санкт-Петербург, - 1996. Т1., - Гл.19.

### Тұжырым

**12 ЖАСТАҒЫ БАЛАДА ОНЖАҚТЫ ДИАФРАГМАНЫҢ ЖАРЫҒЫН ЭНДОСКОПИЯ ЖОЛЫМЕН ОНТАЙЛЫ ЕМДЕУ**

С.А. Изнауров

**КММ ШЖК «Ана мен бала орталығы», Өскемен қ.**

*Шетел және отандық әдебиеттер деректеріне сүйенсек диафрагмалық жарықтар, олі туган нәрестелерді қоса алғанда - жиілігі 1:2000 – 1:3000 жетеді. Осылардың ішінде оң жақтық диафрагмалық жарықтар 19-22% жағдайда кездеседі. Батыс елдер мәліметтері бойынша олім көрсеткіші 40-80% көрсетеді. Біріншай тиімді жүйелік емнің жоқтығы оперативтік емнің қай мерзімде және әдістерінің қалай қолдануына сурақ тудыра.*

**Негізгі сөздер:** диафрагма жарықтары, эндоскопиялық әдістер, емдеу әсері.

**Summary**  
**CASE OF SUCCESSFUL ENDOSCOPIC TREATMENT**  
**RIGHT-SIDED DIAPHRAGMATIC HERNIA IN A CHILD 12 YEARS**  
**S.A. Iznairov**

**Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk**

*According to the foreign and domestic literature frequency of diaphragmatic hernia reaches 1: 2000-1: 3000, including the pathology of the stillborn, with right-sided diaphragmatic hernia occurs in 19-22% of observations. Fatality, according to Western authors, is 46-80%. The lack of a single effective treatment leaves the question of the timing and methods of operative treatment.*

**Key words:** diaphragmatic hernias, low invasive endoscopic methods, effectiveness of treatment.

УДК 616.346-616.381-002-089-053.2

**Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов**

**КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск**

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

### Аннотация

*Аппендикулярный перитонит обычно встречается у детей, поступивших в больницу на более поздних стадиях заболевания. Разлитой перитонит и аппендикулярный инфильтрат являются наиболее частыми и тяжелыми осложнениями острого аппендицита. Диффузный перитонит развивается при наличии деструктивных форм аппендицита, и является следствием распространения воспалительного процесса в брюшине из-за проницаемости или перфорации стенок аппендикса для микроорганизмов.*

**Ключевые слова:** острый аппендицит, аппендикулярный перитонит, осложнения.

Острый аппендицит - самое распространенное хирургическое заболевание в детском возрасте. Аппендэктомия составляет 75% экстренных оперативных вмешательств у детей (Исаков Ю.Ф. 1980г). Кроме своевременной диагностики заболевания, не маловажную роль играет правильное лечение аппендицита у детей. Многолетние исследования и дискуссии показали, что лечение у детей должны быть малоинвазивные и малотравматичные.

За последнее десятилетие эндоскопическая хирургия распространилась по всему миру, улучшая лечение многих хирургических патологий. Эндоскопическая хирургия нашла поддержку и в детской хирургии, в отделении детской хирургии Центра Матери и Ребенка города Усть-Каменогорска лапароскопическая аппендэктомия начала применяться с 2007 года.

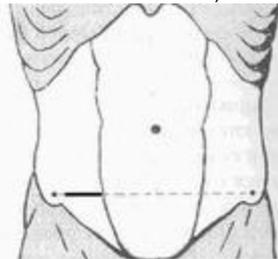
Лапароскопическая аппендэктомия произведена у 1/5 пациентов с острым аппендицитом, во всех случаях послеоперационных осложнений не были замечены. Пациент выписывался домой уже на 5-6 сутки. Преимуществом этого метода является:

1. Малая травматичность;
2. Снижение сроков реабилитации и нахождения в стационаре;
3. Сокращение частоты и тяжести осложнений - очень редко возникают послеоперационные грыжи, нет контакта тканей с перчатками хирурга, на органы и брюшину не попадает тальк, меньше манипуляций с кишками, не используются марлевые салфетки - все это значительно уменьшает возможность образования послеоперационного спаечного процесса;
4. Косметический эффект;
5. Практически отсутствуют послеоперационные боли, нет смысла в назначении после операции обезболивающих наркотиков;

6. Быстро восстанавливается нормальное самочувствие и способность к обычной трудовой и бытовой деятельности;

7. Диагностическая лапароскопия у пациентов с неясным диагнозом, когда в процессе 4-6-часового динамического наблюдения невозможно подтвердить или отвергнуть острый аппендицит;

8. Возможность диагностики сопутствующей патологии (заболевание желчного пузыря, паховые грыжи, заболевания яичника).



**Рисунок 1.**

Последние несколько лет в нашем отделении аппендэктомии производится поперечным доступом - **Винкельмана-Шпренгеля**. Этот вид доступа по нашему мнению дают хороший косметический эффект (рис.1). При этом, во время операции выбранным доступом технических затруднений не было. Независимо от выбора доступа - аппендэктомии перед операцией производилось трехкратное внутримышечное введение антибиотиков в возрастной дозировке - первое введение за 30 минут до операции, второе - во время операции, и третье - через 30 минут после окончания операции. Это приводило к уменьшению инфицирования брюшной полости во время операции. После удаления червеобразного отростка, независимо от изменений в нем, при имеющемся местном неотграниченном гнойном перитоните, малый таз и ложе отростка насухо осушались, послеоперационная рана ушивалась наглухо. На кожную рану накладывался внутрикожный шов. В послеоперационном периоде при не осложненных формах аппендицита антибактериальная терапия проводилась в течение последующих трех дней. При перитони-

тах проводится полный курс комбинированной антибактериальной терапии.

При лечении перитонита данным методом (без дренирования брюшной полости) реабилитация пациента происходила в краткие сроки, заживление раны происходило первичным натяжением с формированием мало заметного послеоперационного рубца. При периаппендикулярном абсцессе, разлитой форме перитонита тактика ведения больного остается прежней - санация, дренирование брюшной полости, полный курс антибактериальной терапии. В единичном случае наблюдалось осложнение - нагноение послеоперационной раны. Сформировавшийся абсцесс был вскрыт отдельным разрезом несколько ниже основной раны с последующим дренированием.

В заключение: использование данного метода лечения аппендицита и аппендикулярных перитонитов имело хороший эффект - сократилось пребывание пациента в стационаре, косметический эффект, восстановление функции организма в краткие сроки, отсутствие спаечного процесса.

#### Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Т2., Гл. 39. – М. Медицина, 1998. - С. 152-160.
2. Пури П., Гольварта М. Атлас детской оперативной хирургии. – М. Медицина, 2005. - С. 337-342
3. Баиров Г.А. Рашаль М.М. Срочная хирургия детей. Гл. 19. – М. Медицина. 2008. – С. 255- 284
4. Долецкий С. Я., Исаков Ю. Ф. Детская хирургия. М.: Медицина, 1970-1072 с.

#### Тўжырым

#### БАЛАЛАРДА АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ПЕРИТОНИТТИ ЕМДЕУ ТӘЖИРИБЕСИ

**Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулкубаев, С.А. Изнауров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов**

**КММ ШЖК «Ана мен бала орталығы», Өскемен қ.**

Аппендикулярлық перитонит әдетте стационарға аурудың кешірек мерзімінде тускен балаларда пайда болады. Жедел соқыр ішектің өте жиі және ауыр асқынулары болып жайылмалы іш пердесінің қабынуы және аппендикулярлық инфильтрат табылады. Жайылмалы іш пердесінің қабынуы соқыр ішектің деструкциялы формаларының азымында дамиды және микроорганизмдер үшін құрт тәрізді өсіндінің қабырғасының өткізгіш қасиетінің жоғуы болуы немесе тесілуі - қабыну процессінің іш пердесіне тез таралуын әкеледі.

**Негізгі сөздер:** жедел аппендицит, аппендикулярлы перитонит, асқынулар.

#### Summary

#### EXPERIENCE OF TREATING APPENDICULAR PERITONITIS IN CHILDREN

**R.Zh. Rakhimova, K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, S.A. Iznaurov, A.O. Surauzhanova,**

**E.R. Shokayev, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov**

**Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk**

Appendicular peritonitis usually occurs in children admitted to hospital in the later stages of disease. The most frequent and severe complications of acute appendicitis are diffuse peritonitis and appendicular infiltrate. Diffuse peritonitis develops in the presence of destructive forms of appendicitis, and is a consequence of spread of the inflammatory process in the peritoneum due to permeability of appendix walls for microorganisms or perforation.

**Key words:** acute appendicitis, appendicular peritonitis, a complication.

УДК 616.617-616.62-089.878

**Е.Ш. Мейрбаев**

**КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск**

#### ОПЫТ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ЛИТОЭКСТРАКЦИИ И ЛИТОТРИПСИИ ПРИ КАМНЯХ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕТОЧНИКОВ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

#### Аннотация

В данной статье описан опыт трансуретральной литоэкстракции и литотрипсии при камнях нижней трети мочеточников и мочевого пузыря за период с 2007-2010 гг в «Центре Матери и Ребенка» города Усть-Каменогорска. Проходили лечение 7 детей по поводу наличия камней в мочевом пузыре и нижнем отделе мочевыспускательного тракта. Двое из семи детей прибыли в плановом порядке, пятеро – в экстренном. По полу: 5 мальчиков и 2 девочки. По возрасту: 1 ребенок до 3-х лет, 5 детей в возрасте от 3 до 6 лет и один ребенок 10 лет.

**Ключевые слова:** камни мочеточника, литоэкстракция, литотрипсия.

Мочекаменная болезнь (МКБ) – заболевание, связанное с нарушением обмена веществ в организме, при котором образуются камни в почках и мочевыводящей системе (МВС). МКБ является проблемой широко обсуждаемой в отечественной и зарубежной литературе, многими авторами отмечается омоложение заболевания, встречается у детей во всех возрастных группах, преимущественно в возрасте от 3 до 11 лет, у мальчиков в 2-3 раза чаще, больше в правой почке, в 15-30%

встречается двухсторонняя локализация. Камни, как правило, образуются в верхних отделах МВС, далее они мигрируют в нижележащие отделы, остановка их движения по ходу МВС, на каком - либо из уровней, в дальнейшем приводит к образованию камней почек, мочеточника, мочевого пузыря, уретры, по данным Р.М. Фронштейн (1953) камни мочевого пузыря встречается в детском возрасте несколько чаще в связи с анатомо-физиологическими особенностями – большим относи-

тельным диаметром и эластичностью мочеточников, но нарушение движения камня по мочеточнику приводит к вклиниванию, чаще в нижней трети, в пузырно-мочеточниковом сегменте.

Наличие камней МВС, не поддающимся консервативной терапии, является показанием к проведению оперативного вмешательства, для удаления камней прибегают к нефротомии, пиелотомии, уретеролитотомии, через забрюшинные, чрезбрюшинные, комбинированные доступы, весьма травматичные, требующим пересечения большого объема мышц. К менее инвазивным методам относятся применение дистантной литотрипсии, трансуретральной литоэкстракции (ТЛЭ) и трансуретральной контактной литотрипсии (ТЛТ), а также перкутанной литотрипсии и литоэкстракции. [1,2]

В период 2007-2010гг. в ЦМИР г. Усть-Каменогорск проведено лечение 7 пациентов с конкрементами нижних отделов мочеиспускательного тракта. Двое из семи детей поступили в плановом порядке, камень мочевого пузыря был находкой при проведении УЗИ МВС, в экстренном порядке - 5. По полу: 5 мальчиков и 2 девочки. До 3 лет был 1 ребенок, от 3 до 7 лет - 5 детей и один ребенок в возрасте 10 лет. У детей поступивших экстренно в клинической картине превалировал болевой синдром, гематурия, лейкоцитурия отмечалась у 3 детей, у одного мальчика показатели анализа мочи были в пределах нормы, связанная с полным блоком мочеточника, у 1 ребенка при поступлении жалобы на задержку мочеиспускания в течении суток. Проведено клинко-инструментальное обследование, у всех детей, на обзорной рентгенограмме, в проекции мочевыводящих путей определялись рентгеноконтрастные тени. Проведено УЗИ исследование аппаратом «ALOKA 5000», которое подтвердило наличие в нижней трети мочеточника в 2-х случаях слева, у одного ребенка справа, размеры камней от 0.4 до 0.6 мм. в диаметре, у 4 детей камень располагался в мочевом пузыре, размерами до 0.7 в диаметре.

Наличие камня нижней трети мочеточника и мочевого пузыря, сопровождающегося болевым синдромом, на фоне неэффективной консервативной терапии, нарушения функции почек, вероятность развития осложнений, вплоть до полной гибели почки, размеры камней в среднем 0.5-0.6см в диаметре, явилось показанием к

удалению, что было осуществлено методом трансуретральной литоэкстракции.

При проведении трансуретральной литоэкстракции использовали цистоскоп фирмы «Карл Шторц» с выведением цистоскопической картины, с помощью видеокамеры, на монитор с применением экстрактора типа Dormia. Экстрактор введен в мочеточник, заведен за камень, после открытия, путем медленной тракции, камень захватывается в корзинку и под контролем зрения удален совместно с цистоскопом. Для проведения трансуретральной контактной цистолитотрипсии применяли литотриптер «CALCUTRIPT» фирмы «Карл Шторц» с двумя режимами работы, возможностью выработки одиночной и серийной электрогидравлической ударной волны. Литотрипсия проводилась при полном визуальном контроле при непосредственном контакте конкремента и рабочего электрода литотриптера. Более крупные осколки выводились при помощи атравматичных литотриптеров типа «крокодил».

Послеоперационный период протекал благополучно, проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия, средний срок госпитализации составил 9 суток. Дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Далее ребенок находился под наблюдением нефролога, уролога, с проведением терапии, направленной на профилактику повторного образования камней, назначено диетическое питание, медикаментозная, витаминотерапия, физиолечение, рекомендовано санаторно-курортное лечение.

Таким образом, трансуретральная литоэкстракция и трансуретральная контактная литотрипсия являются высокоэффективными, малоинвазивными методами, позволяющими при камнях нижней трети мочеточника и мочевого пузыря не только раздробить конкремент, но и полностью удалить его, при полном визуальном контроле.

#### Литература:

1. Пугачев А.Г. Детская урология. Москва. – 2009. - 674 с.
2. Платкин Н.А. Урология. Национальное руководство. Под ред. Н.А. Лопаткина, М.:Гэотар-Медиа 2009. - 1024с.
3. Дюсенбаев А.А., Ормантаев К.С., Санбаев М., Аубакиров М.Т. Балалар хирургиясы. - Алматы - 2008 ж.

### Тұжырым НЕСЕПАҒАРДЫҢ ТӨМЕНГІ ҮШТЕН БІР БӨЛІГІ ЖӘНЕ ҚУЫҚ ТАСТАРЫ КЕЗІНДЕГІ ЛИТОЭКСТРАКЦИЯНЫҢ ЖӘНЕ ЛИТОТРИПСИЯНЫҢ ТРАНСУРЕТРАЛДЫ ТӘЖІРИБЕСІ Е.Ш. Мейрбаев

#### КММ ШЖК «Ана мен бала орталығы», Өскемен қ.

Осы мақалада 2007 -2010жж. мерзімінде Өскемен қаласындағы «Ана мен бала орталығында» несеппағардың төменгі үштен бір бөлігі мен қуық тастары кезіндегі литоэкстракцияның және литотрипсияның трансуретралды тәжірибесі суреттелген. Қуықта және несептің шығу трактының төменгі бөлігінде тастың болуына байланысты 7 бала емдеуден өтті. Жеті баланың екеуі жоспарлы түрде түсті, бесеуі – шұғыл түрде. Жынысы бойынша: 5 ұл және 2 қыз. Жасы бойынша: 1 бала 3 жасқа дейін, 5 бала 3жасан 6 жасқа дейін және бір бала 10 жаста.

**Негізгі сөздер:** несеппағар тастары, литоэкстракция, литотрипсия

#### Summary EXPERIENCE OF TRANSURETHRAL LITHOEXTRACTION AND LITHOTRIPSY URETERAL STONES OF THE LOWER THIRD OF THE URETER AND URINARY BLADDER

E.Sh. Meyrbaev

Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk

This article describes the experience of transurethral lithoextraction and lithotripsy ureteral stones of the lower third of the ureter and urinary bladder for the period of 2007-2010 in "Centre of Mother and Child" of Ust-Kamenogorsk city 7 children with calculus of lower parts of urethra tracts were treated. Two of seven children arrived routinely. They were: 5 boys and 2 girls. There was 1 child younger of 3 years, 5 children from 3 to 6 years and one child of 10 years.

**Key words:** calculus of ureters, lithoextraction, lithotripsy.

УДК 616.345-089-053.2

*К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева*

*КГП на ПХВ «Центр Матери и Ребенка», г. Усть-Каменогорск*

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ АСЕ (АНТЕГРАДНОЕ ПРОМЫВАНИЕ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА) У ДЕТЕЙ С ПОСТОПЕРАЦИОННЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ КАЛА

### Аннотация

*В 1989 году разработан и описан метод АСЕ (антеградное промывание толстого кишечника), который широко используется как ценное дополнение к набору мер для лечения постоперационного недержания кала. Во всем мире, тысячам пациентов применяли АСЕ, который доказал свою эффективность в более чем 80% случаев.*

**Ключевые слова:** промывание толстого кишечника, постоперационное недержание кала.

Одна из главных проблем в хирургии аноректальных пороков - реабилитация оперированных больных. Нормальный акт дефекации обусловлен сложным нервно-рефлекторным взаимодействием различных групп мышц, главным образом, сфинктеров прямой кишки. Между тем, высокая аноректальная атрезия, как правило, сочетается с гипоплазией копчика, врожденной неполноценностью сфинктерного аппарата: отсутствуют лонно-копчиковые мышцы, лонно-прямокишечная мышца недоразвита и смещена кпереди, наружный сфинктер гипоплазирован, а внутренний вообще отсутствует. Это все предопределяет расстройства акта дефекации. Что касается способа радикальной операции, то при низких и промежуточных формах атрезии отдается предпочтение проктопластике по Пенья. Эта операция имеет несомненные преимущества перед другими вмешательствами своей физиологичностью и меньшей травматичностью. При высоких атрезиях показана брюшно-сacro-промежностная проктопластика. Но, несмотря на усовершенствования оперативной техники, интраоперационное определение сократительной способности леваторов и комплекса послеоперационных реабилитационных мероприятий задача устранения постоперационного энкопреза остается нерешенным.

Ни одно из применяемых методик сфинктеропластики так называемых «операций отчаяния» (операция по Тирше, пластика сфинктера из больших ягодичных мышц и т.д.) не гарантирует медико-социальную реабилитацию ребенка, тем более эти операции применяются в возрасте 14-15 лет.

Согласно описанию эта операция включала отъединение червеобразного отростка от слепой кишки, ампутацию его верхушки, переворачивание отростка, реимплантацию в подслизистый туннель на передней стенке слепой кишки для создания механизма удержания кала и выведение стомы в правой подвздошной области. В нашем отделении данную операцию мы начали применять с 2010 года. Мы применяем видоизмененную модификацию данной операции описанный Pdraig S.J. Malone. При этом червеобразный отросток, не отсекая от слепой кишки, переворачиваем в противоположную сторону, создавая клапанный механизм, делаем «окно» в бессосудистой зоне брыжейки червеобразного отростка и через сформированные отверстие червеобразный отросток погружаем в стенку слепой кишки несколькими серозно-мышечными швами. Данные приемы полностью устраняют выделение жидкости и выход газов через стому. Верхушка червеобразного отростка отсекается, через него в слепую кишку проводится катетер. Далее стома с катетером выводится на переднюю брюшную стенку в зависимости от мобильности слепой кишки в правую подвздошную область или через пупоч-

ное кольцо. Промывание катетера начинается на 5-7 сутки после операции обычной кипяченной теплой водой. Объем промывной воды, определяли у каждого индивидуально, ориентируясь на появление чистых промывных вод. Режим промывания тоже регулировали исходя из объективных данных, (запачканное нижнее белье, произвольное выделение кала). В среднем интервал между промываниями кишечника составлял от 2х до 6 суток. Катетер удаляли на 2-3 неделе. В период нахождения ребенка в стационаре родителей обучали навыкам проведения манипуляций.

За данный период в нашем отделении оперированы 6 больных. 2-м больным стома выведена в правой подвздошной области, 4 больным через пупочное кольцо.

Приводим пример успешных результатов после проведения операции АСЕ ребенку 12 лет. Ребенок родился с ВПР ЖКТ. Высокая атрезия прямой кишки с ректо-везикальным свищом. Сразу же после рождения ребенку хирургом в районной больнице произведена безуспешная попытка проведения операции промежностной проктопластики. Рана тампонирована марлевой салфеткой и был направлен в областной центр. У нас первым этапом выведена колостома, в последующем периоде ребенку произведена брюшинно-сacro-промежностная проктопластика. Следствием неправильно выполненной первичной операции явилось полное разрушение сфинктерного аппарата. Ребенок страдал тяжелой формой послеоперационного энкопреза, был социально дезадаптирован, очень замкнут, обучался на дому, со сверстниками общался плохо. В 2010г ребенку в нашем отделении проведена операция АСЕ.

При динамическом наблюдении за ребенком в течение года после операции отмечено стойкие положительные результаты. Антеградное промывание кишечника родители проводят не более 2-х раз в неделю, при этом в течение этого срока нижнее белье ребенка остается чистым, отсутствуют периоды недержания кала. Ребенок начал активно общаться со сверстниками, играть на улице, посещать обычную школу.

Таким образом, мы считаем, что, несмотря на имеющиеся проблемы, связанные с АСЕ, это вмешательство позволяет достичь социальной адаптации и «социального держания кала», способствует значительному улучшению качества жизни пациентов.

### Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – 1996. - Санкт-Петербург.
2. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология – Москва - 1999.
3. Пури П., Гольварт М., Атлас детской оперативной хирургии – Москва. - 2009.

**Тұжырым**  
**ОТАДАН КЕЙІН БАЛАЛАРДА БОЛАТЫН ҮЛКЕН ДӘРЕТТІ ҰСТАЙ АЛМАУ КЕЗІНДЕ**  
**ТОҚ ІШЕКТІ ШАЙЮ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУ ТӘЖИРИБЕСІ**  
**К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова,**  
**Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева**  
**КММ ШЖК «Ана мен бала орталығы», Өскемен қ.**

1989 жылы ACE операциясы алғаш рет ойластырылып қолданысқа еңгізілді. Ол дәретті ұстай алмау патологияларында қолданылатын комплексті ем қатарына еңгізіліп, үлкен маңызға ие болды. Әлемде мыңдаған науқастарға жасалған бұл операция (ACE) 80% ға дейін тиімдік әсерін тигізді.

**Негізгі сөздер:** тоқ ішекті шайю, үлкен дәретті ұстай алмауы.

**Summary**  
**EXPERIENCE OF ACE OPERATIONS APPLICATION (THE ANTEGRADE RINSING OF LARGE INTESTINE)**  
**IN CHILDREN WITH OF POSTOPERATIVE FECAL INCONTINENCE**  
**K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, S.A. Iznairov, A.O. Surauzhanova,**  
**E.R. Shokayev, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov, A.B. Rakisheva**  
**Centre of Mother and Child, Ust-Kamenogorsk**

In 1989, developed and described the operation of ACE, which is widely used as a valuable addition to the set of measures for the treatment of persistent fecal incontinence in these pathologies. Around the world, thousands of patients performed the ACE, which has proved effective in over 80% of cases.

**Key words:** rinsing of large intestine, postoperative fecal incontinence.



**СУЛТАНБЕКОВ  
ЗЕЙНУЛЛА КАБДЫШЕВИЧ  
(к 70-летнему Юбилею)**

Султанбеков З.К. – известный ученый, академик Международной Академии Наук Экологии, Безопасности Человека и Природы (МАНЭБ, г.Санкт-Петербург), доктор медицинских наук, профессор, родился 4 февраля 1944 года в г.Аягуз, ВКО. После успешного окончания Семипалатинского медицинского института он был военным врачом медсанбата Туркестанского военного округа (г.Самарканд), врачом оториноларингологом, доверенным врачом ЦК профсоюза рабочих металлургической промышленности СССР по ВКО, главным врачом «Профпатологической клиники» НИИ Краевой патологии. С 1981г. по 1983 года занимал должность заместителя главного врача Областной больницы, одновременно являясь внештатным специалистом областного управления здравоохранения по экспертизе временной и стойкой нетрудоспособности. С 1983г.

руководитель Регионального профпатологического центра, а с 2002г. директор ВК филиала «Национального Центра гигиены труда и профессиональных заболеваний», с 2003 года – зам.декана по постдипломному обучению Государственного медицинского университета города Семей.

За этот период он много сделал в вопросах организации профилактической, реабилитационной, санаторно-курортной помощи рабочим, занятым во вредных условиях труда и населения, проживающего в экологических неблагоприятных регионах.

З.К. Султанбеков начал заниматься научной работой в студенческих научных обществах, не бросал интересоваться наукой и с началом трудовой деятельности. В 1990 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности заболеваемости работающих в свинцовом производстве, её экономическая оценка и прогнозирование» (14.00.07 – гигиена; 14.00.33 – социальная гигиена и организация здравоохранения). В 2000 году решением Президиума ВАК ему было присвоено звание доцента. А в 2005 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Научные основы оптимизации условий труда и состояния здоровья рабочих титано-магниевого комбината» (14.00.07- гигиена). В 2007 году Комитетом по надзору аттестации в сфере образования и науки МОН РК присвоено звание профессора. В 2009г. в г. Санкт-Петербург избран действительным членом «Международной Академии Наук Экологии, Безопасности Человека и Природы» (МАНЭБ).

Под его руководством защищены 10 кандидатских диссертаций и является научным руководителем запланированных 3-х кандидатских и 3-х докторских диссертаций, имеет 250 научных публикаций, в т.ч. авторского свидетельства «Способ приготовления раствора из пантов для физиотерапии» (2004 г.) и способа лечения «Панты и их лечебно-профилактическое использование в профпатологии» (2004г.), более 17 - методических рекомендаций, 6 - рационализаторских предложений («Камера для распыления аллергенов», «Способ диагностики свинцовой интоксикации», «Способ лечения хронической свинцовой интоксикаций» и т.д.). Автор монографий: «Гигиена труда в магниевом производстве» (2001 г.), «Оценка влияния экологических факторов на репродуктивное здоровье женщин в промышленном городе» (2012 г.); «Титано-магниевое производство: оценка профессионального риска, степени тяжести труда, состояния здоровья работающих» (2014 г.), член авторского коллектива руководства для врачей «Про-

фессиональные заболевания» (2001 г.), «Медицина қызметкерлерінің кәсіби аурулары» (2003 г.), «Гигиена труда» (2014 г.).

Его научные труды посвящены гигиене и медицине труда, профпатологии, экопатологии, социальной гигиене и организации здравоохранения, состоянию окружающей среды, многие из которых доложены и опубликованы на международных конференциях, съездах, конгрессах (г.г. Париж, Сеул, Берлин, Эль-Риад, Джидда, Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск, Новокузнецк, Ангарск и др.) Под его непосредственным руководством и участием выполнены научно-исследовательские работы: «Оценка экологической ситуации и состояния здоровья населения Самарского района Восточно-Казахстанской области» (1993г.); «Оценка состояние окружающей среды и здоровье населения Большенарымского, Катон-Карагайского, Курчумского и Маркакольского районов Восточно-Казахстанской области» (1995г.); «Разработать территориальную комплексную схему охраны окружающей среды, гигиенические и лечебно-профилактические мероприятия на предприятиях цветной металлургии» (1995г.); «Комплексная гигиено-экологическая оценка крупных промышленных предприятий Восточного Казахстана, влияние деградации окружающей среды на состояния здоровья работающих и разработка системы оздоровительных мероприятий» (1998г.); «Комплексное геологическое исследования территории и здоровья населения г. Усть-Каменогорск» (2004г.). «Оценка фонового состояния здоровья населения Курчумского района при осуществлении космического пуска с космодрома «Байконур» (2007-2009гг), «Влияние экологических факторов на здоровья население проживающих на урбанизированных территориях» (2010-2012гг). По результатам этих исследований Самарский, Серебрянский, Зырянский районы постановлением Верховного Совета РК (1995г.) включены в перечень территории пострадавших от испытательного полигона и внесены в Закон «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном полигоне» (1995г);

Он является членом ученого совета РГКП «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний» («НЦГТ и ПЗ», г. Караганда), был членом диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертации при Государственном медицинском университете г. Семей; членом редакционной коллегии журналов: «Донозология» (г.Санкт-Петербург), «Гигиена труда и медицинская экология» (г. Караганда), «Наука и Здравоохранение» (ГМУ. г. Семей.), «Вестник» - Ассоциация врачей терапевтов ВКО (г.Усть-Каменогорск) и «Экосервис» (г.Усть-Каменогорск), «Мир безопасности» (г.Астана), главным профпатологом областного департамента здравоохранения, членом коллегий областного Департамента госуэпиднадзора по ВКО, член комиссий по присвоению квалификационной категорий специалистам с высшим медицинским образованием. В 2000 году избран Президентом Восточно-Казахстанского областного филиала Ассоциации врачей и провизоров Казахстана, председателем ассоциации главных врачей области по социальной гигиене и организации здравоохранения. Член общественного совета по экологии и здравоохранения при Акиме Восточно-Казахстанской области.

За многолетнюю плодотворную, научно-практическую, лечебно-профилактическую, общественную работу З.Султанбеков награжден нагрудным значком «Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау ісінің үздігі» (1999г.), юбилейной медалью в честь 10-летия Независимости РК «К 10-летию Независимости РК» (2002 г.), «Құрметті түлек» (СГМУ, 2008 г.), «Алтын дәрігер» (Национальная медицинская Ассоциация 2011г.), нагрудным значком «Денсаулық сақтау ісіне қосқан үлесі үшін» (МЗ РК 2013 г.), Почетными грамотами и благодарностями Министерства здравоохранения Республики Казахстан, ВК областного управления здравоохранения, РГКП «Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний», областного совета профсоюзов работников здравоохранения ВКО, Почетными грамотами и благодарностями ЦК профсоюза работников металлургической промышленности СССР, Ассоциации врачей и провизоров Казахстана.

***Коллектив Восточно-Казахстанского филиала  
«Национального Центра гигиены труда и профессиональных заболеваний»***

## Content

**Literature review**

<b>T.K. Rakhypbekov, N.M. Yelissinova, Y.M. Semenova, A.M. Yelissinova, A.Zh. Kodasheva</b> Social and demographic characteristics of females abandoning their children and causes of abandonment (Literature review)	4
<b>T.K. Rakhypbekov, A.M. Yelissinova, Y.M. Semenova, N.M. Yelissinova, A.Zh. Kodasheva</b> Financial support to families raising children with disabilities in Kazakhstan and overseas (Literature review)	8
<b>M. Massabayeva, N. Aukenov, S. Kopasheva, N. Barkibayeva, E. Smail, M. Khamitova</b> Molecular genetic mechanisms of developing complications of chronic viral hepatitis B and C (Literature review)	11
<b>A.O. Myssayev, K.E. Seilkhanov, D.M. Dusenbaev, T.Zh. Amrenov, S.S. Musataev, Alt.O. Myssayev</b> Road traffic traumatism. Part 2: Risk factors and prevention. (Literature review)	15
<b>A.B. Karagizova, Z.T. Tolysbaeva</b> Progress in eliminating iodine deficiency. Modern state.	21
<b>A.M. Raushanova</b> Обзор литературы по изучению тренировки рабочей памяти с помощью N-BACK	24
<b>G.G. Batyrkhanova</b> The differential diagnosis and approaches to treatment of the abdominal pain syndrome	26
<b>Questions Health organization the Republic of Kazakhstan</b>	
<b>V.V. Li, G.K. Kausova, T.N. Svitich, L.K. Karazhanova</b> Results of educational activity of school of health for patients with arterial hypertension – experience of 10 years of work	31
<b>V.V. Li</b> Quality of life of patients with the arterial hypertension and its dynamics when carrying out the educational program	34
<b>M.A. Dauletyarova, G.Zh. Kailubayeva, Y.M. Semenova, G.K. Manabaeva</b> Assessment of efficiency implementation of family-oriented technologies in Semey city	37
<b>Questions Medical Education</b>	
<b>A.A. Kassymova</b> Comparative hygienic characteristics of educational programs and mental capacity in different forms of training	39
<b>Ecology, radiation, health</b>	
<b>K.N. Apsalikov, T.I. Belikhina, L.M. Pivina, T. Zhunussova, T.Zh. Muldagaliev, A.V. Lipikhina</b> Study of health status of the Kazakhstan population exposed to radiation in the result of nuclear weapon tests based on the identification of mortality and morbidity cases	42
<b>Т. Жунусова, Б. Гроше, К. Апсаликов, Т. Белихина, Т. Мулдагалиев</b> Основные направления проспективного когортного исследования состояния здоровья населения территорий, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону	45
<b>Articles</b>	
<b>E.A. Yukhnevich-Nasonova, R.Kh. Begaydarova, Sh.S. Kalieva, G.M. Muldaeva, E.O. Polyakova</b> Comparative evaluation of quality of life of patients with lambliosis using different therapy regimen	48
<b>N.E. Aukenov, M.R. Massabaeva, U.U. Khassanova</b> Isolation and purification of nucleic acids. State of the problem at the present stage	51
<b>K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, A. Tusupshanova, A. Orazgalieva, A. Salamatov, A. Strokan</b> Efficiency of treatment of new cases of a tuberculosis of bodies of breath	53
<b>L.K. Zhazykbaeva, L.A. Osipanova, G.S. Ramazanova</b> Efficiency of application macrolides (Fromilid UNO) at infections of the upper and lower respiratory tracts	55
<b>A.S. Sarsekeeva, A.N. Zhumagalieva, M.YU. Frolova, L.M. Pivina, E.B. Bogachev, J.M. Urazalin, G.B. Batenova</b> Problem of antibiotic resistance of the main inducers of community acquired pneumonia and the way of its overcoming	57
<b>L.K. Zhazykbaeva, A.M. Bekbayeva, Zh.K. Korgambaeva</b> Fromilid UNO in treatment acute pneumonia	59
<b>G.G. Batyrkhanova</b> The differentiated approach to an anemia syndrome in clinical practice	61

<b>G.N. Bilyalova</b>	65
Study of komplaentnosti for therapy of patients with a high coronary risk	
<b>N.S. Smailov</b>	67
Prevention and evaluation of information knowing for risk factors of insults	
<b>B.T. Seythanova, N.C. Shapambaev, R.R. Olzhayeva, P.E. Kalmenova</b>	70
Microbiocenosis vagina and intestine of pregnant women	
<b>B.T. Seythanova, N.C. Shapambaev, R.R. Olzhayeva, P.E. Kalmenova</b>	72
Facultative aerobic microflora of the reproductive tract of pregnant women surveyed in antenatal	
<b>L. Turgunova, N. Umbetalina, I. Bacheva, T. Baesheva</b>	73
Optimization of treatment of pyelonephritis in pregnancy	
<b>A.B. Bekeshkyzy, M.M. Gladinetc, A.O. Baituyakova, A.Ə. Kirimbaeva, M.E. Baiseitova, M.E. Masalov</b>	77
Choledochotomy in urgent surgery of extra hepatic bile passages	
<b>M.S. Sanbayev, M.T. Aubakirov, A.D. Zharkimbayeva, K.L. Iskakov</b>	79
The way of capsulation of bronchial fistulas at pulmonary echinococcosis at children	
<b>E.O. Masalimov, M.T. Aubakirov, A.A. Dyusenbayev, M.S. Sanbaev</b>	82
Acute cerebral circulatory disorders in babies	
<b>R.Zh. Rakhimova, K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, E.R. Shokayev, A.O. Surauzhanova, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov, A.B. Rakishev, M.A. Pushkarev, D.K. Zhumanova</b>	84
Experience treating of hemangiomas with using the apparatus "Kriotur - 600"	
<b>K.A. Tcykunov</b>	85
Ultrasound diagnosis of parenchymal kidney of children with vesicoureteral reflux	
<b>K.D. Aimukhambetova</b>	88
The neurological pathology among professional diseases in East Kazakhstan region	
<b>N.S. Kosareva, M.V. Nadeina, K.N. Kusainov</b>	90
The demographic, clinical and social characteristics of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders	
<b>Zh.N. Ahanova</b>	92
Clinical and immunological date patients with chronic recurring aphthous stomatitis	
<b>Zh.N. Ahanova</b>	94
Immunocorrection of chronic recurrent aphthous stomatitis	
<b>G.A. Saparova</b>	97
Immunocjrrection of red flat lichen of mucous cavity of mouth	
<b>G.A. Saparova</b>	98
Clinical and immunological researches for patients the of red flat lichen	
<b>Zh.N. Ahanova</b>	100
Experience of using restorative system Estelite firm "Tokuyama dental" in dentistry dental clinic	
<b>G.A. Saparova</b>	102
Comparative analysis of composite fillings in dentistry	
<b>Case histories</b>	
<b>S.A. Iznairov</b>	104
Case of successful endoscopic treatment right-sided diaphragmatic hernia in a child 12 years	
<b>R.Zh. Rakhimova, K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, S.A. Iznairov, A.O. Surauzhanova, E.R. Shokayev, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov</b>	105
Experience of treating appendicular peritonitis in children	
<b>E.Sh. Meyrbaev</b>	106
Experience of transurethral lithoextraction and lithotripsy ureteral stones of the lower third of the ureter and urinary bladder	
<b>K.K. Rakhimzhanov, B.B. Tulkubaev, S.A. Iznairov, A.O. Surauzhanova, E.R. Shokayev, R.N. Zhakupov, D.E. Kozhekenov, A.B. Rakisheva</b>	108
Experience of ACE operations application (the antegrade rinsing of large intestine) in children with of postoperative fecal incontinence	
<b>Anniversary</b>	
<b>Sultanbekov Z.K. 60th anniversary</b>	110

## Мазмұны

**Обзоры**

<b>Т.Қ. Рақыпбеков, Н.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, А.М. Елисинова, А.Ж. Қодашева</b>	<b>4</b>
Баласынан бас тартқан әйелдердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамасы мен баладан бас тарту себептері (Әдебиетті шолу)	
<b>Т.Қ. Рақыпбеков, А.М. Елисинова, Ю.М. Семенова, Н.М. Елисинова, А.Ж. Қодашева</b>	<b>8</b>
Қазақстан және шетелде мүгедек балаларды тәрбиелейтін жаңұяларға қаржылық жәрдем көрсету (Әдебиетті шолу)	
<b>М.Р. Масабаева, Н.Е. Авкенов, С.Ю. Копашева, Н.Р. Баркибаева, Е.М. Смаил, М.О. Хамитова</b>	<b>11</b>
В және С вирусты гепатиттердің асқинуының молекулярлық генетикалық механизмдері (Әдеби шолуы)	
<b>А.О. Мысаев, К.Е. Сеилханов, Д.М. Дюсенбаев, Т.Ж. Амренов, С.С. Мусатаев, Алт.О. Мысаев</b>	<b>15</b>
Жол-көлік травматизм. 2 Бөлім: Қатер факторлары және алдын алу шаралары. (Әдебиеттік шолуы)	
<b>А.Б. Карагизова, Ж.Т. Толысбаева</b>	<b>21</b>
Йод тапшылығын жоюдың дамуы. Заманауи жағдайы	
<b>А.М. Раушанова</b>	<b>24</b>
N-BACK арқылы жадыны машықтауды зерттеулері туралы әдебиеттен шолу	
<b>Г.Г. Батырханова</b>	<b>26</b>
Абдоминалды ауырсыну синдромының ажырату және емдеу тәсілдері	
<b>Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудағы ұйымдастыру сұрақтары</b>	
<b>В.В. Ли, Г.К. Каусова, Т.Н. Свитич, Л.К. Каражанова</b>	<b>31</b>
Артериялық гипертензиясы бар пациенттер үшін денсаулық мектебінің білім беру қызметінің нәтижелері – 10 жылдық жұмыс тәжірибесі	
<b>В.В. Ли</b>	<b>34</b>
Артериялық гипертониямен ауыратын науқастардың өмір сапасы және оның білім беру бағдарламаларын жүргізу кезіндегі динамикасы	
<b>М.А. Даулетьярова, Г.Ж. Кайлюбаева, Ю.М. Семенова, Г.К. Манабаева</b>	<b>37</b>
Семей қаласындағы жанұя - бағытты технологиялар еңгізілуінің тиімділігін бағалау	
<b>Медициналық білім берудің сұрақтары</b>	
<b>А.А. Касымова</b>	<b>39</b>
Сравнительная гигиеническая характеристика учебных программ и работоспособности студентов при разных формах обучения	
<b>Экология, радиация, денсаулық</b>	
<b>К.Н. Апсаликов, Т.И. Белихина, Л.М. Пивина, Т. Жунусова, Т.Ж. Мулдағалиев, А.В. Липихина</b>	<b>42</b>
Өлімділік пен ауырушаңдық жағдайын анықтау негізінде, ядролық қару сынақтарының нәтижесінде сәулеленуге ұшыраған Қазақстан тұрғындарының денсаулық жағдайын зерттеу	
<b>Т. Жунусова, Б. Гроше, К. Апсаликов, Т. Белихина, Л.М. Пивина, Т. Мулдағалиев</b>	<b>45</b>
Семей ядролық полигонының территориясындағы тұрғындардың денсаулық жағдайын зерттеудегі проспективті когортты зерттеудің негізгі бағыттары	
<b>Мақалалар</b>	
<b>Е.А. Юхневич-Насонова, Р.Х. Бегайдарова, Ш.С. Калиева, Г.М. Мулдаева, Е.О. Полякова</b>	<b>48</b>
Лямблиозды әр түрлі препараттармен емдегенде науқастардың өмір суру сапасының салыстырмалы бағалау	
<b>Н.Е. Аукенов, М.Р. Масабаева, У.У. Хасанова</b>	<b>51</b>
Нуклеин қышқылының бөлу және тазалау әдістері. Мәселеніңқазіргі кездегі жағдайы	
<b>К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А. Тусупжанова, А. Оразғалиева, А. Саламатов, А. Строкань</b>	<b>53</b>
Тыныс жолдарының туберкулезіне алғашқы рет шалдыққан науқастардың емдеуінің нәтижелері	
<b>Л.К. Жазықбаева, Л.А. Осипанова, Г.С. Рамазанова</b>	<b>55</b>
Жоғарғы және төменгі тыныс алу жолдарының жұқпалық ауруы кезінде Фромилид УНО препаратын қолданудың тиімділігі	
<b>А.С. Сарсекеева, А.Н. Жумағалиева, М.Ю. Фролова, Л.М. Пивина, Е.Б. Богачев, Ж.М. Уразалина, Г.Б. Батенова</b>	<b>57</b>
Ауруханадан тыс пневмонияны негізгі қоздырушылардың антибиотикке төзімділігінің мәселелері және оны жеңу жолдары	
<b>Л.К. Жазықбаева, А.М. Бекбаева, Ж.К. Коргамбаева</b>	<b>59</b>
Емдеу өкпенің пневмониясының Фромилид УНО қолдану	
<b>Г.Г. Батырханова</b>	<b>61</b>
Клиникалық тәжірибеде қаны аз синдромға келелі ұстаным	

<b>Г.Н. Билялова</b>	65
Биік коронарлы тәуекелмен ауыратын аурулардың терапиялық емделуінің комплеанттылығын зерттеу	
<b>Н.С. Смаилов</b>	67
Инсульттерді алдын-алуы және қауіп факторларды туралы білімділікті бағалау	
<b>Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова</b>	70
Жүкті әйелдердің ішек және қынап микробиоцинозы	
<b>Б.Т. Сейтханова, Н.З. Шапамбаев, Р.Р. Олжаева, П.Е. Калменова</b>	72
Босану кезеңіне дейінгі тексерілген жүкті әйелдердің репродуктивті ағзаларындағы факультативті – аэробмикррофлора	
<b>Л.Г. Тургунова, Н.С. Умбеталина, И.В. Бачева, Т.А. Баешева</b>	73
Жүкті әйелдердің пиелонефрит ауруын емдеуін жақсарту	
<b>А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Ә. Киримбаева, М.Е. Байсеитова, А.Е. Масалов</b>	77
Өттің бауырдан тіс жолдарының жедел абдоминальді хирургиядағы холедохотомия	
<b>М.С. Санбаев, М.Т. Аубакиров, А.Д. Жаркимбаева, К.Л. Искаков</b>	79
Балардағы өкпе эхинококкозында бронх жыланкөзін герметизация жасау әдісі	
<b>Е.О. Масалимов, М.Т. Аубакиров, А.А. Дюсенбаев, М.С. Санбаев</b>	81
Острое нарушение мозгового кровообращения у детей грудного возраста	
<b>Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, Е.Р. Шокаев, А.О. Сураужанова, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева, М.А. Пушкарев, Д.К. Жуманова</b>	84
Опыт лечения гемангиомы с помощью аппарата «Криотур 600»	
<b>К.А. Цыкунов</b>	85
Қуық несеппағар рефлюксі мен ауыратын балаларды ультрадыбыстық тексеру арқылы бүйрек ұлпасының зақымдалуын анықтау	
<b>К.Д. Аймухамбетова</b>	88
ШҚО-дағы кәсіби аурулар арасындағы неврологиялық патология	
<b>Н.С. Косарева, М.В. Надеина, К.Н. Кусаинов</b>	90
Шизофрениямен науқастанған және шизофрениялық спектрлі бұзылыстары бар науқастардың демографиялық және клиника-әлеуметтік сипаттамасы	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	92
Созылмалы қайталанбалы афтозды стоматиттің клинико-иммунологиялық көріністері	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	94
Созылмалы қайталанбалы афтозды стоматиттің иммунокоррегирлеуші терапиясы	
<b>Г.А. Сапарова</b>	96
Ауыз қуысы шырышты қабатының қызыл жалпақ теміреткісінің иммунокоррегирлеуші терапиясы	
<b>Г.А. Сапарова</b>	98
Қызыл жалпақ теміреткі кезіндегі клинико-иммунологиялық зерттеулер	
<b>Ж.Н. Аханова</b>	100
Стоматологиядағы "Токуяма dental" фирмасының Estelite реставрациялық жүйесінің қолдану тәжірибесі	
<b>Г.А. Сапарова</b>	102
Стоматологиядағы композитті реставрация эффективтілігінің салыстырмалы анализі	
<b>Тәжірибеден жағдай</b>	
<b>С.А. Изнаиров</b>	104
12 жастағы балада онжақты диафрагманың жарығын эндоскопия жолымен онтайлы емдеу	
<b>Р.Ж. Рахимова, К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов</b>	105
Балаларда аппендикулярлы перитонитті емдеу тәжірибесі	
<b>Е.Ш. Мейрбаев</b>	106
Қуық және зәр шығару жолдарының тастарын уретра арқылы емдеу тәжірибесі	
<b>К.К. Рахимжанов, Б.Б. Тулькубаев, С.А. Изнаиров, А.О. Сураужанова, Е.Р. Шокаев, Р.Н. Жакупов, Д.Е. Кожекенов, А.Б. Ракишева</b>	108
Отадан кейін балаларда болатын үлкен дәретті ұстай алмау кезінде тоқ ішекті шайю арқылы емдеу тәжірибесі	
<b>Мерейтой</b>	
<b>Султанбеков З.К. 70 - жылдығына арналған</b>	110

**Государственный медицинский университет г.Семей**

**071400, г. Семей, ул. Абая, 103.**

**Подписано в печать 28.02.2014 г.**

**Формат А4. Объем 14,3 усл.п.л. Тираж 300 экз.**