



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



6' 2012

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан.

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

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 6 2012 г.

Журнал основан в 1999 г.

С 2001 г. журнал входит в
Перечень изданий, рекомендо-
ванных Комитетом по
надзору и аттестации в сфере
образования и науки
Министерства образования и
науки РК, для публикации
основных научных результа-
тов диссертаций

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 фактов и
сведений в публикациях несут
авторы.

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного медицинского
университета г. Семей

Подписано в печать 26.12.2012 г.
Формат А4. Объем 13,9 усл.п.л.
Тираж 500 экз.

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

Зам. главного редактора:
доктор медицинских наук
Т.А. Адылханов

Редакционная коллегия:

Аканов А.А.	(Алматы)
Арзыкулов Ж.А.	(Алматы)
Андерссон Р.	(Швеция)
Виткрафт С.	(США)
Жузжанов О.Т.	(Астана)
Жумадилов Ж.Ш.	(Астана)
Иар Лампл	(Израиль)
Икеда Т.	(Япония)
Кулмагамбетов И.Р.	(Караганда)
Кульжанов М.К.	(Алматы)
Ланд Ч.	(США)
Миттельман М.	(Израиль)
Саймон С.	(США)
Сексенбаев Б.Д.	(Шымкент)
Султаналиев Т.А.	(Алматы)
Султанбеков З.К.	(Усть-Каменогорск)
Телеуов М.К.	(Астана)
Хамзина Н.К.	(Астана)
Хоши М.	(Япония)
Шарманов Т.Ш.	(Алматы)
Ямашита С.	(Япония)

Редакционный совет:

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

Статьи

З.К. Жумадилова, Н.Р. Баркибаева, А.Ш. Каскабаева, Ж.Е. Муздубаева, Л. Касым, Г.К. Калимолдина	4
К вопросу отдаленного воздействия ионизирующего излучения на состояние здоровья населения в регионе бывшего Семипалатинского полигона (Литературный обзор)	
Н.Р. Баркибаева, З.К. Жумадилова, Б.К. Утегенова, Б.К. Аукунова, Д.Ж. Жунусова, Л. Касым	7
Структура патологии печени в экологически неблагоприятном регионе бывшего Семипалатинского полигона	
Т.Е. Шаханов, А.Т. Шаханова	12
ХОБЛ в различных зонах радиационного риска	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская	14
А.К. Хайбуллина, А.А. Аукунова	
Патология щитовидной железы у жителей Семипалатинского региона	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская, Р.К. Ельчибаева, Е.В. Пересыпкина	16
Функциональное состояние тиреоидной системы у жителей районов Семипалатинского испытательного ядерного полигона (СИЯП)	
Г.М. Шалгумбаева, И.А. Избасарова, Г.Ж. Сабекова	19
Анализ заболеваемости жителей Абайского, Бескарагайского, Бородулихинского районов Семейского региона по результатам анкетирования	
Г.Н. Баймусанова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.Б. Кажибекова	20
Состояние репродуктивного здоровья потомков лиц, подвергшихся радиационному облучению в Бескарагайском районе Восточно-Казахстанской области	
М.А. Даулетьярова, Г.К. Манабаева, Б.Ж. Сатубалдинова	22
Состояние минеральной плотности кости у женщин, проживающих в Бескарагайском и Бородулихинском районах	
Н.Б. Хайдарова, А.К. Смаилова, Б. Исина, Л.А. Рахматуллина	25
Распространенность злокачественных новообразований губы на территории города Семей и близлежащих регионов	
Г.М. Шалгумбаева	27
Эпидемиология рака шейки матки	
Н.Е. Аукунов, А.Б. Есенбаева, Г.Б. Мусабекова, М.А. Сегизбаева, З.Х. Ярмухаметова, Л.М. Омарова	29
Проведенные исследования липидного обмена при ишемической болезни сердца у жителей Семипалатинского региона	
А.А. Дюсупова, Г.Ж. Баядилова, Г.С. Томпакова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова	31
Диабетическая невропатия, патогенетические аспекты ее терапии	
А.А. Дюсупова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотыков, А.А. Бужикенова	32
Автономная диабетическая невропатия	
Ж.Е. Муздубаева	34
НПВП-гастропатии и их профилактика	
Г.Д. Абилямжинова	36
Ишемическая болезнь сердца у женщин, не имеющих атеросклероза коронарных артерий	
Г.Д. Абилямжинова, С.С. Абдраманова	39
Трудности диагностики ишемической болезни сердца у женщин	
Б.С. Дуйсенбаева	42
Роль новых технологий в диагностике врожденных пороков сердца	
Р.И. Рахимжанова, Т.Б. Даутов, Б.С. Дуйсенбаева	45
Роль компьютерной и магнитно-ангиографической томографии в диагностике коарктации аорты	
Л.М. Пивина, Р.К. Абдугалиева, Н.Е. Аукунов, М.Р. Мадиева, Г.Ж. Ыргиев	47
Изучение факторов риска болезней системы кровообращения, сочетанных с желчнокаменной болезнью	
Л.И. Павлова, К.С. Калиекова	48
Кардиопротекторы, повышающие функциональные возможности сердца	
Л.М. Пивина, Л.Г. Герасименко	50
Особенности клинического течения внебольничной пневмонии у пациентов пожилого возраста	
М.К. Сыздыкбаев, Д.С. Каримов, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Р.Х. Сейтахасимов, Э.М. Гамзаева, Е.А. Жумажанов, А.М. Солтанбекова	52
Поверхностно-активные свойства альвеолярного сурфактанта у больных в послеоперационном периоде	
М.К. Сыздыкбаев, Т.Х. Сыздыкбаев, Т.А. Кусайнов, Н.С. Камасов, М.А. Семикина, Р.Х. Сейтахасимов, Э.М. Гамзаева, Б.Т. Габдуллин	54
Возрастно-половая характеристика больных с острым абсцессом легких, пролеченных методом селективной трансбронхальной катетеризации бронхов	

Т.А. Кусаинов	56
Изменения слизистой оболочки желудка при эзофагогастроскопическом исследовании у больных с синдромом Меллори-Вейсса	
В.Т. Сторожук, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев	57
Флогэнзим в комплексном лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы	
В.Т. Сторожук, Г.Е. Джакова, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев	59
Эффективность вобэнзима в комплексном лечении больных хроническим простатитом	
Г.Е. Джакова, В.Т. Сторожук, Б.С. Рыспаев, Г.К. Сулекеева	61
Софтовок как совершенный регулятор деятельности кишечника в послеоперационном периоде у больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью	
М.Н. Аккалиев	63
Характеристика иммунного статуса больных острым пиелонефритом	
М.К. Сыздыкбаев, Т.А. Кусаинов, А.А. Березинец, Т.М. Шошаев, А.М. Солтанбекова	65
Фибробронхоскопическая картина при применении посегментарно-субсегментарной санации бронхиального дерева при острых гнойных деструкциях легких	
Н.С. Фамутдинова, Г.Ж. Ыгиев, Г.В. Добрынин	68
Современные возможности профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с сочетанными травмами	
Г.В. Добрынин, Г.Ж. Ыгиев, Н.С. Фамутдинова	70
Эффективность применения кораксана у больных со стенокардией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей	
М.К. Сыздыкбаев, А.В. Писмарева, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Г.Т. Исакова, А.М. Солтанбекова, Т.М. Шарипов	71
Практический опыт лечения жировой эмболии	
Г.Ж. Ыгиев, Г.В. Добрынин, Н.С. Фамутдинова	73
Особенности ведения травматологических больных с осложнениями жировой эмболии	
Т.А. Булегенов, А.С. Глемисов	74
Карт жэне егде жастагы адамдар арасындагы кұлау нәтижесіндегі жаракаттану	
Е.О. Абдыкаримов	76
Анализ смертности в результате механической асфиксии в городе Серебрянск ВК области	
В.Н. Онгарова	78
Обзорный анализ организации первичной профилактической работы Городского наркологического диспансера города Семей	
А.А. Алмагамбетова	80
Комплексный подход к лечению пограничных нервно-психических расстройств	
А.А. Алмагамбетова, Р.М. Байжуманова, М.Г. Раимова, Г.К. Бураханова	84
Эффективность психотерапии у больных с синдромом раздраженного кишечника	
Г.Ж. Абдрахманова, Ф.Ф. Ягофаров, Н.К. Кудайбергенова, Т.И. Терехова, Д.Б. Козубаева, М.Р. Зенкович, А.Т.Маликова	87
L-Цет (левоцетиризин) в лечении аллергических дерматитов	
К.Н. Тусупова	88
Сальмонеллез науқастарының өту нұсқаларына байланысты клиникалық көріністер сипаттамасы	
Қ.Н. Тусупова	90
Қоздырғыштар сероварына байланысты сальмонеллездің клиникалық ағымын сипаттау	
Б.И. Байгундинова	91
Исследование учебного и экзаменационного стресса в медицинском вузе в студенческой среде	
Ә.Д. Ғалымова	95
Оқытуды акпараттандыру процесінде оқушылардың зерттеушілік қабілеттерін дамыту	
С.М. Сыздыкбаева	96
Опыт применения солкосерил дентальной адгезивной пасты в практике терапевтической стоматологии	
С.К. Нуртазина, А.Ж. Байбусинова	98
Современные аспекты питания школьников города Семей	
Случаи из практики	
С.В. Автушко, А.К. Ахметбаева	100
Диагностика ложной аневризмы селезеночной артерии методом магнитно-резонансной томографии (случай из практики)	
Г.Т. Исакова	103
Нетипичные клинические случаи инфаркта миокарда в работе врача скорой помощи	
Г.А. Мерейбаева	104
Патоморфологический случай болезни Арнольда-Киари у новорожденного	
К.Е. Агибаев	106
Ошибки при первичной хирургической обработке колотых ран шеи	

УДК 616.36-002.2-022

З.К. Жумадилова, Н.Р. Баркибаева, А.Ш. Каскабаева,
Ж.Е. Муздубаева, Л. Касым, Г.К. Калимолдина

Государственный медицинский университет города Семей

К ВОПРОСУ ОТДАЛЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ БЫВШЕГО СЕМИПАЛАТИНСКОГО ПОЛИГОНА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Аннотация

Представлены иммуноопосредованные механизмы развития заболеваний вследствие воздействия ионизирующего излучения. Определена взаимосвязь метаболических заболеваний печени с отдаленными последствиями ионизирующего облучения в экологически неблагоприятном регионе бывшего Семипалатинского полигона. Обоснована необходимость иммунореабилитации населения данного региона.

Ключевые слова: ионизирующее излучение, Семипалатинский полигон, иммунная система, патология печени.

В последнее время источники ионизирующих излучений стали рассматриваться как существенные факторы загрязнения окружающей среды, что связано с интенсивным развитием атомной промышленности и энергетики, с широким применением меченых атомов и ионизирующих излучений в биологии, в медицинской практике, с появлением зон повышенного фона радиации. Воздействие малых доз на организм человека представляется наиболее возможным в современных условиях развития и применения радиационных технологий. Важность проведения исследований в этом направлении отмечена в решении V съезда по радиационным исследованиям (Москва, 2006) [1]. Так в ответ на радиационное воздействие развиваются многообразные патологические процессы, затрагивающие различные системы и органы человека, прежде всего, опосредованно через иммунную систему [2–7], поскольку она обладает высокой радиочувствительностью. Не случайно в последние годы отмечается резкий рост заболеваний, связанных с расстройством и недостаточностью иммунной системы, в том числе и аутоиммунного генеза [8]. В настоящее время даже в таких развитых странах, как США, число нозологических форм, обусловленных ауто-агрессией, резко увеличилось, превысив 100, а количество зарегистрированных случаев составляет более 6,5 млн человек (Робсон А., Ройт А., Делвз П., 2006). Наряду с этим интерес к возможности формирования адаптации к повторному облучению проявляется в научных задачах вот уже несколько лет.

Иммунная система является одной из наиболее уязвимых для внешних воздействий на организм человека, поскольку её функции зависят от клеточной пролиферации и дифференцировки - высокочувствительных к ионизирующему излучению процессов, которые лежат в основе гемо- и иммунопоэза. Российскими авторами были изучены последствия радиационного воздействия на территориях, прилегающих к Семипалатинскому полигону. Так, одним из основных клинических проявлений отдаленных последствий радиационного воздействия Семипалатинского полигона являются различные иммунодефицитные состояния и развитие оппортунистических инфекций, а так же апластические и гипопластические состояния кроветворения. Это ведет к длительным изменениям в экспрессии регуляторных молекул и формированию различных иммунопатологических состояний, часто с нарушениями эритропоэза. В исследованиях, выпол-

ненных ранее, установлено, что у жителей Алтайского края, подвергшихся радиационному воздействию, увеличивается частота встречаемости типовых иммунопатологических синдромов (ИПС) — инфекционного (синдром вторичного иммунодефицита), аллергического, аутоиммунного, гематологического и онкологического [5,9,10,11]. Для второго поколения потомков лиц, находившихся на следе ядерного взрыва 29 августа 1949г, наиболее показательным является инфекционный синдром, который включает в себя множественные рецидивирующие или хронические инфекционно-воспалительные заболевания различной локализации. Дети, у которых не выявлены различные признаки иммунопатологических состояний, составляют всего 12%, что значительно меньше аналогичного показателя для жителей Сибирского региона. Анализ распространенности типовых иммунопатологических синдромов в трех поколениях у людей, проживающих в зоне, пострадавшей в результате деятельности Семипалатинского полигона, так же показал увеличение процента лиц с инфекционным синдромом в сравнении с жителями Сибирского региона [12,13]. Эти данные свидетельствуют о неблагоприятном влиянии Семипалатинского полигона на состояние здоровья жителей пострадавших регионов.

Первое испытание ядерного устройства на Семипалатинском полигоне с эпицентром ядерного взрыва в 150 км от границ Алтайского края было проведено 29 августа 1949 г и привело к быстрому перемещению радиоактивного облака в сторону населенных пунктов Алтайского края. Отдаленные последствия такого массивного воздействия радиации на юго-западе Алтая - Угловский и Рубцовский районы - в настоящее время заключаются в снижении параметров иммунного статуса и повышении риска реализации стохастических эффектов облучения, поскольку возможные детерминированные эффекты к этому времени должны были полностью реализоваться [14]. В настоящее время в литературе продолжают накапливаться данные об отдаленных эффектах у лиц, подвергшихся радиационному воздействию на Семипалатинском полигоне. Установлено превышение смертности и распространенности заболеваний среди облученного населения Алтайского края над спонтанным уровнем. Определена зависимость «доза-эффект» для ряда заболеваний [15]. Хотя и в течение более чем 40 лет не предпринималось никаких попыток по защите здоровья населения от отдаленных последствий испыта-

ний ядерных устройств на Семипалатинском полигоне, и на настоящий момент не существует единой концепции реабилитации при иммунопатологических заболеваниях детей - потомков лиц, пострадавших от деятельности полигона. В связи с этим, необходимы Государственные программы по реабилитации, находившихся в зоне воздействия ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, является разработка методов иммунореабилитации с целью лечения и профилактики иммуно-опосредованной патологии пострадавшего населения. Такие исследования необходимы для поиска рациональных путей иммунореабилитации с целью восстановления здоровья потомков людей, пострадавших от последствий испытаний ядерных устройств на Семипалатинском полигоне.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность исследования нарушений иммунной системы как на уровне субпопуляционной структуры, так и на уровне функциональных свойств иммунокомпетентных клеток и системы иммунорегуляторных цитокинов: экспрессии их генов, их продукции и их сывороточной концентрации при многих заболеваниях, в том числе и развитии иммуно-опосредованной патологии печени. Так к аутоиммунным заболеваниям печени относятся аутоиммунные гепатиты, билиарные циррозы печени [16-34]. Кроме иммуно-опосредованных заболеваний, на современном этапе, все большую значимость обретают метаболические поражения печени [35-39], составляющие сегодня актуальную проблему медицины в виду их высокой распространенности в популяции, по данным многочисленных авторов в 3-10 раз превышающих частоту хронического гепатита С. В течение 5-10 лет стеатогепатиты, возникающие на основе жирового гепатоза, могут приводить к циррозам печени (С. Matteoni et al., 1999; A.G. McCullough, 2004). Эпидемиология жировой дистрофии печени составляет 7-9% в Западной Европе, 1,2% - Японии, в США - 15%, до 30% всех циррозов обусловлены стеатогепатитами. Стеатогепатиты являются достаточно частой патологией, обуславливающей около 30% всех заболеваний печени, актуальность данной проблемы не вызывает сомнения. Этиология стеатогепатозов и гепатитов связана с такими распространенными факторами как сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, гипер- или дислипидемия, которые в свою очередь относятся к мультифакториальным заболеваниям с выраженной наследственной предрасположенностью. По РК распространенность метаболических нарушений печени, прогнозирование развития и тяжести течения не изучалась, тем более не рассматривалась этиологическая роль отдаленных последствий воздействия «малых доз» ионизирующего излучения на возможности развития метаболических, аутоиммунных заболеваний печени. Также нуждается в исследовании характер, особенности течения, возможности профилактики патологии печени в экологически неблагоприятном регионе, подверженном ионизирующему облучению.

Литература:

1. Решение V съезда по радиационным исследованиям (радиобиология, радиэкология, радиационная безопасность). Москва, 10-14 апреля 2006 // Радиационная биология. Радиэкология. - 2006., Т. 46., № 4. - С. 509-510
2. Акеев А.В. Иммунологические и цитогенетические последствия хронического радиационного воз-

действия на организм человека: Дис. д-ра. мед. наук. - М., 1995. - 45 с.

3. Бабенко А. Ю. Состояние систем иммунитета и гомеостаза у жителей г. Киева через 6 лет после Чернобыльской аварии / А.Ю. Бабенко, В. В. Мельник, К. С. Терновой // 2-й радиобиол. съезд: Тез.докл. Пушчино, 1993.-Т. 1. - С. 354.

4. Козлов В.А. Клиническая иммунология в клинике внутренних болезней / В.А. Козлов. Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 1997. - 21 с.

5. Козлов В. А. Оценка радиационного воздействия на состояние иммунной системы жителей Алтайского края / В.А. Козлов, В.И. Коненков, В.И. Ширинский и др. // Вестн. научн. прогр. «Семипалатинский полигон-Алтай». 1994. - №3. - С. 63-75.

6. Сингер, М. Гены и геномы: Пер. с англ. / М. Сингер, П. Берг. В 2-х т,

7. Шойхет Я.И. Иммунная система населения, подвергшегося радиационному воздействию на следе ядерного взрыва / Я. И. Шойхет, В.А. Козлов, В.И. Коненков, В.И. Киселев и др. Барнаул, - 2000. -179 с.

8. Рабсон А., Ройт А., Делвз П. Основы медицинской иммунологии: пер. с англ. М.: Мир, 2006. - 320 с.

10. Коненков В.И. Медицинская и экологическая иммуногенетика. СО РАМН/В.И. Коненков. Новосибирск, 1999.- 250 с.

11. Коненков В.И. Клиническая иммуногенетика рака желудка в Западной Сибири / В.И. Коненков, Т.А. Аршба, И.Ю. Короткова и др. // Иммунология. 1998. - №1.- С. 54-57.

12. B.Q. Goka Adabayeri et al. // Eur Cytokine Netw. - 2000. - Vol. 11., №1.-P. 1138

13. Alterations in the expression of chemokine mRNA levels in fibrosis-resistant and -sensitive mice after thoracic irradiation / C.J. Johnston, T.W. Wright, P. Rubin et al. // Exp. Lung. Res. 1998. - Vol.24., №3. - P.321-337.

14. Хабаров А.С. Клинико-иммунологическая характеристика и иммунореабилитация потомков (второе поколение) лиц, находившихся на следе ядерного взрыва. Автореф. докт. дис., 2005., - с. 201

15. B.Q. Goka Adabayeri et al. // Eur Cytokine Netw. - 2000. - Vol. 11., №1. - P. 1138

16. Happertz H., Trichel U., Gassel A.M. [et al.] Auto-immune hepatitis following hepatitis A virus infection. J. of Hepatology, - 1995. - Vol. 23. Issue 2. - P. 205-208.

17. Maya R., Gerswin E., Schoenfeld Y. Hepatitis B virus (HBV) and autoimmune disease. Clin. Rev. Allerg. Immunol., 2008. - Vol. 34. - P. 85-102.

18. Bayraktar Y., Bayraktar M., Gurakar A. [et al.] A comparison of the prevalence of autoantibodies in individuals with chronic hepatitis C and those with autoimmune hepatitis: the role of interferon in the development of autoimmune diseases. Hepatogastroenterology, 1997. - Vol. 44., № 14. - P. 417-425.

19. Gutkowski K., Gutkowska D., Bilkiewicz T. Interferon therapy in chronic viral hepatitis; an autoimmunity dilemma. Przegl. Lek., - 2007. - Vol. 64., № 3. - P. 148-152.

20. Alvarez F., Berg P.A., Bianchi F.B. [et al.] International autoimmune hepatitis group report: review for diagnosis. Hepatology, - 1999. - Vol. 31. - P. 929-938.

21. Ebberson R.L., Schreiber R.A. Diagnosing autoimmune hepatitis in children: is the International Autoimmune Hepatitis Group scoring system useful? Clin. Gastroenterol. Hepatol., - 2004. - Vol. 2., № 10. - P. 935-940.

22. Dickson R.C., Gaffey M.J., Ishitani M.B. [et al.] The international autoimmune hepatitis score in chronic

hepatitis C. J. Viral. Hepat., - 1997. - Vol. 4., № 2. - P. 121-128.

23. Алленов М.Н., Волчкова Е.В., Умбетова К.Т. и др. Уровень цитокинов воспаления и хронические аутоиммунные нарушения у больных вирусным гепатитом С. Инфекционные болезни, - 2006. - Т. 4., № 3. - С. 6-8.

24. Lohse A.W., Hennes E. Diagnostic criteria for autoimmune hepatitis. Hepatol. Res., - 2007. - Vol. 37., S. 3. P. 509.

25. Кишкун А.А. Иммунологические и серологические исследования в клинической практике. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», - 2006. - 536 - с.1.

26. Лейшнер У. Аутоиммунные заболевания печени и перекрестный синдром. Пер. с нем. А. Шептулин. М.: Анахарсис, - 2005. - 176 с.

27. Ивашкин В.Т., Морозова М.А., Маевская М.В. и др. Современные терапевтические схемы лечения аутоиммунного гепатита. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктологии. - 2009. - № 4. - С. 4-12.

28. Широкова Е.Н. Первичный склерозирующий холангит: этиология, диагноз, прогноз и лечение. // Клин. персп. гастроэнтерол., гепатол. - 2003. - № 3. - С. 2-7.

29. Широкова Е.Н., Ешану В.С., Маевская М.В. и др. Клиника и лечение аутоиммунного перекреста – аутоиммунного гепатита и первичного билиарного цирроза. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктологии. - 2005. - № 5. - С. 35-40.

30. Буевров А.О. Патогенез аутоиммунных заболеваний печени. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. - 2001. - № 4. - С. 59-61.

31. Маннс М. Диагностика и лечение аутоиммунных заболеваний печени. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктологии. - 2001. - № 4. - С. 49-51.

32. Немов В.В., Попкова М.И., Никитина Э.Н. и др. Аутоиммунные нарушения и методы их оценки при гепатитах различной этиологии. Медицинский альманах. - 2009. - № 2. - С. 139-141.

33. Obermayer-Strauss P., Strassburg C.P., Manns M.P. Autoimmune hepatitis. J. Hepatol. - 2000. - Vol. 32 (suppl. 1). - P. 1.

34. Подымова С.Д. Жировой стеатогепатоз. Неалкогольный стеатогепатит (эволюция представлений о клинко-морфологических особенностях, прогнозе, лечении). // Терапевтический архив. - 2006. - №11. - С. 32-38.

36. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. - СПб.: Издательство «Диалект»; М.: «Издательство БИНОМ», - 2005. - 864с.

37. Adams L.A., Lymp J.F., Sauver J.St. et al. The natural history of nonalcoholic fatty liver disease: A Population Based Cohort Study // Gastroenterol. - 2005. - 129. - P. 113-121.

38. Adbelmalek M., Angulo P., Jorgensen R.A. et al. Betaine for the treatment of nonalcoholic steatohepatitis: A promising new agent // Gastroenterology. - 2000. - 118. - P. A973 (N 1061).

39. Ahima R. Obesity: much silence makes a mighty noise // Gastroenterol. - 2007. - 132. - P. 2085-2086

40. Bellentani S., Tinelli C. Epidemiology and risk factors for fatty liver. In: Leuschner U. Steatohepatitis. - Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, - 2001. - 89 p.

Тұжырым

БҰРЫНҒЫ СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ИОНДАУШЫ СӘУЛЕЛЕРДІҢ ӘСЕРІНІҢ СҰРАҚТАРЫ (ӘДЕБИЕТТЕН ШОЛУ)

З.К. Жумадилова, Н.Р. Баркибаева, А.Ш. Каскабаева,
Ж.Е. Муздубаева, Л. Касым, Г.К. Калимолдина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Иондаушы сәуле ішкі аурулар ақауларында этиологиялық фактор ретінде қарастырылады, оның ішінде бауыр ауруларыныңда. Иондаушы сәулелердің әсерінен дамыған аурулардың иммундық механизмі ұсынылған. Бұрынғы Семей полигоны аймағындағы қолайсыз экологияның иондаушы сәулелер әсерімен метаболизімдік бауыр ақаулары байланысты екені анықталды. Осы аймақтағы тұрғындардың иммунореабилитациясы қажет екені негізделген.

Негізгі сөздер: иондаушы сәулелердің, Семей полигоны, иммундық статусы, баур патологиясы

Summary

TO THE LONG-TERM EFFECTS OF IONIZING RADIATION ON THE HEALTH OF THE FORMER SEMIPALATINSK NUCLEAR GROUND POPULATION (LITERATURE REVIEW)

Z.K. Zhumadilova, N.R. Barkibayeva, A.Sh. Kaskabayeva,
Zh.Ye. Muzdubayeva, L. Kasym, G.K. Kalimoldina

Semey State medical university

Immune-mediated mechanisms of disease from exposure to ionizing radiation are presented. An interconnection of metabolic liver diseases with long-term effects of ionizing radiation in ecologically unfavorable regions of the former Semipalatinsk nuclear ground are defined. Necessity of immune rehabilitation the population of the region is justified.

Key words: ionizing radiation, former Semipalatinsk, immune status, liver diseases.

УДК 616.36-002.2-022

Н.Р. Баркибаева¹, З.К. Жумадилова², Б.К. Утегенова³, Б.К. Аукунова⁴, Д.Ж. Жунусова⁵, Л. Касым⁶*Государственный медицинский университет города Семей^{1,2,6},
Консультативно-диагностический центр, г. Семей^{3,4,5}*

СТРУКТУРА ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ БЫВШЕГО СЕМИПАЛАТИНСКОГО ПОЛИГОНА

Аннотация

Изучена структура патологии печени, дана оценка роли этиологических факторов в формировании патологии печени у лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах, подвергнувшихся ионизирующему облучению. Представлены результаты скрининга патологии печени 2510 населения Абайского, Бескарагайского, Бородулихинского районов, дана возрастная их характеристика. Выявлена широкая распространенность метаболических заболеваний печени, коррелирующих с эндокринными и сердечно-сосудистыми заболеваниями в регионе, прежде всего у молодых лиц до 30 лет.

Ключевые слова: Семипалатинский полигон, патология печени, диагностика, метаболические нарушения.

Печень является самым уязвимым органом, подверженным воздействию различных вредных, неблагоприятных факторов внешней среды и эндогенных условий, что создает предпосылки для роста патологии печени и формированию неблагоприятного исхода [1-6]. Нарушение экологических условий, изменения среды обитания человека приводят к серьезным сдвигам многих параметров здоровья [7], в том числе, к патологии печени, рост заболеваемости которых может быть обусловлен мультифакториальным воздействием на организм наиболее распространенных причин, таких как влияние химических факторов: алкоголь, лекарственных препаратов, веществ, обладающих гепатотоксическими эффектами. Широко освещено воздействие на печень гепатотропных вирусов [1,2,3].

Паренхима печени представляет собой систему слабо пролиферирующих клеток, способных накапливать скрытые повреждения, которые проявляются при стимуляции клеточной пролиферации. При этом печень и ее высокоспециализированные печеночные клетки считаются в целом радиорезистентными, но по данным (Маслова, К.И., 1990; Материй Л.Д. В, 1991) [8] оказались весьма чувствительными к действию повышенных уровней радиации в природной среде. По мнению некоторых авторов невозможно оценить биологическое действие ионизирующей радиации в малых дозах на живые организмы с позиций классической радиобиологии. Тем более нет и данных по экологически неблагоприятному воздействию воздействия ионизирующего излучения и его последствий на население по региону г. Семей, вместе с тем не изучены особенности клинического течения, прогрессирования и исходов, приверженности к лечению патологии печени.

Целью настоящего этапа исследования является определение клинико - эпидемиологических особенностей течения патологии печени в экологически неблагоприятном регионе

Материалы и методы. В 2012 г. в рамках реализации научно-технической программы О.0586 «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения» сотрудниками Государственного медицинского университета г. Семей выполнены скрининговые обследования населения Бескарагайского, Абайского и Бородулихинского районов Восточно-Казахстанской области, являющихся территориями радиоэкологического неблагополучия в результате испытаний ядерного оружия на бывшем Семипалатин-

ском полигоне. Значения индивидуальных эффективных доз внешнего облучения жителей указанных территорий находятся в диапазоне 250-500 и более мЗв [41].

Обследование включало осмотр терапевта, гастроэнтеролога, с заполнением для каждого пациента с установленным диагнозом патологии печени специальной разработанной анкеты, позволяющие определить факторы риска при хронических заболеваниях печени, дать эпидемиологическую характеристику патологии печени, оценить качество жизни больных, определить характер течения патологии и включали в себя:

1. Идентификацию (ФИО, пол, дата рождения, длительность проживания в данной местности);
2. Адрес и место проживания (адрес и населенный пункт);
3. Состав семьи (ФИО родителей, братьев и сестер, детей и внуков, дата рождения или возраст), место проживания, род занятий, семейный анамнез, наследственность;
4. Профессиональная деятельность (место работы, вид деятельности, профессиональные вредности, стаж работы);
5. Семейно-бытовые факторы (тип семьи в настоящее время, семейная обстановка, жилищные условия, наличие удобств, удовлетворенность);
6. Факторы образа жизни (режим и качество питания, удовлетворенность, продолжительность сна, вид отдыха, курение, употребление алкоголя, психологический климат в семье, занятие спортом и утренней гимнастикой);
7. Медицинское обслуживание (удовлетворенность, профилактический осмотр, санаторно-курортное лечение);
8. Наличие сопутствующей патологии.

Всего в трех районах было заполнено 295 анкет для больных с патологией печени, постоянно проживающих на территориях изучаемых районов и являющихся потомками II поколения лиц, подвергшихся прямому облучению в период проведения наземных и воздушных ядерных испытаний. Эти лица составили основную группу исследования.

Контрольную группу составили жители сел, где осуществлялось скрининговое обследование, сопоставимые по возрасту и полу, прибывшие на изучаемые территории из радиоэкологически незагрязненных территорий области после 1970 года и практически не подвергшиеся облучению. Всего в контрольную группу вошли 50 человек.

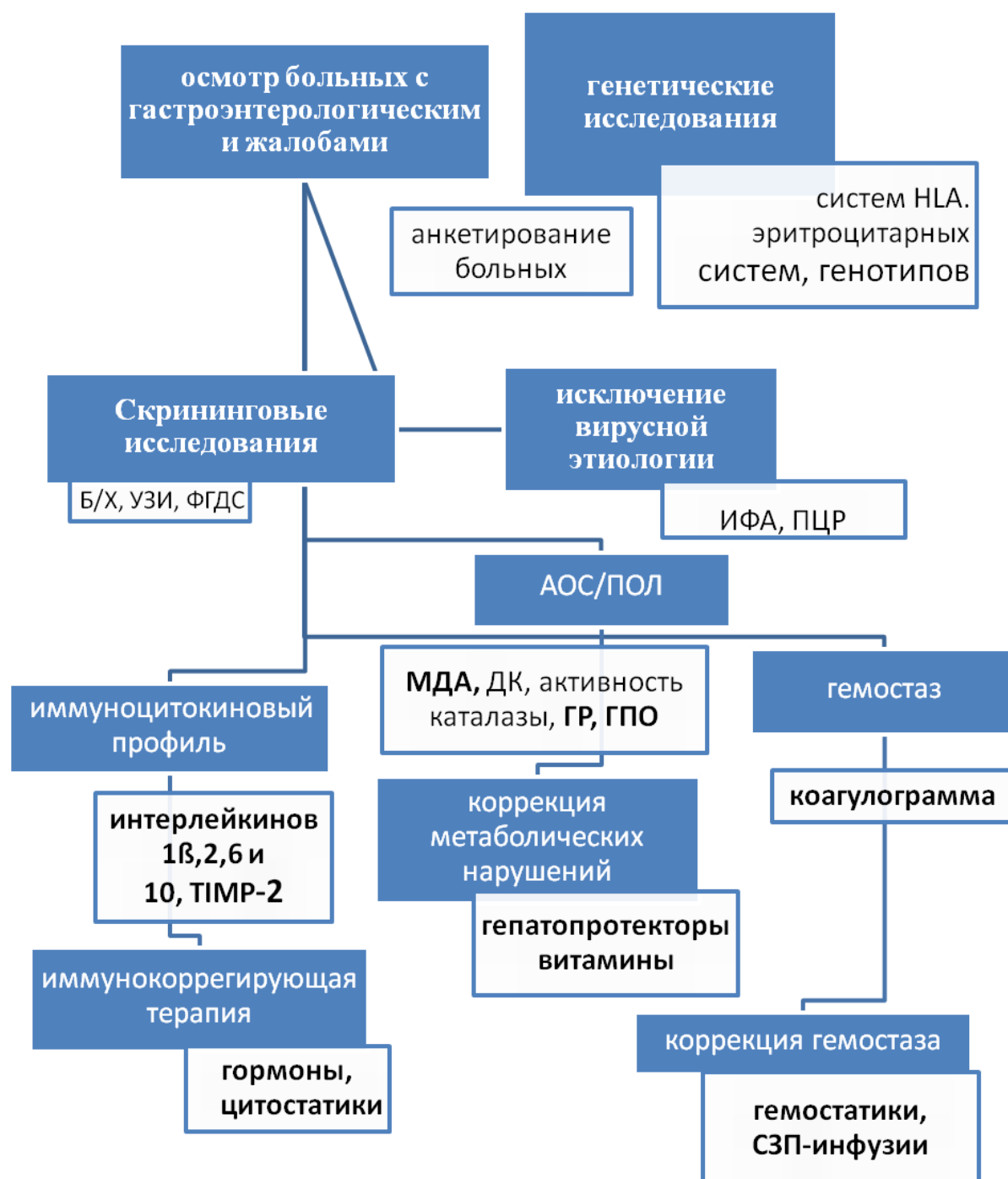


Рисунок 1. Алгоритм диагностики, профилактики и лечения больных с патологией печени.

Помимо клинических исследований проводились:

1. Определение антител против гепатотропных вирусов методом ИФА у больных с хронической патологией печени;
2. Определение у серопозитивных больных с заболеваниями печени вирусных ДНК и РНК методом молекулярной гибридизации (ПЦР);
3. Проведение у больных с хронической патологией печени иммуногенетических исследований (определение антигенов эритроцитов);
4. Исследование показателей АОС/ПОЛ (ДК, МДА, ГР, ГПО, активности каталазы);
5. Исследования клеточного и гуморального звеньев иммунитета, органоспецифических антител;

6. Ультразвуковое исследование печени, селезенки, портальной и селезеночной вен, желчного пузыря и поджелудочной железы;

7. Консультации узких специалистов (при необходимости): эндокринолога, хирурга, кардиолога.

Алгоритм диагностики представлен на схеме 1., осмотр гастроэнтеролога позволил выявить лиц с патологией печени на основании жалоб, анамнеза с выявлением факторов риска, в том числе и потенциального – облучения во 2 поколении, на основании осмотра врача-гастроэнтеролога проводились скрининговые исследования: ОАК, обязательное определение уровня сахара, также в объеме Б/х крови по показаниям определялись холестерин, трансаминазы, мочевины. Всем без исключения проводилось ультразвуковая диагно-

стика органов брюшной полости, при необходимости эндоскопическое исследование – ФГДС. У больных с выявленной патологией печени исследовали состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантного статуса. Для исключения вирусной природы заболевания печени определялись вирусные маркеры методами ИФА/ПЦР. Лица с манифестными формами патологии печени в дальнейшем направлялись на дообследование в специализированное отделение МЦ ГМУ, где применялись стандарты диагностики и лечения, включающие в себя коагулологические, иммунологические исследования, этим же категориям больных проводились иммуногенетические исследования на основе типирования изоантигенной структуры эритроцитов. Объем профилактики и лечения включал в себя проведение патогенетической, метаболической терапии с включе-

нием гепатопротекторов (в основе препарат Годекс, для контроля Эссенциале, Карсил и т.п.), витаминных комплексов (Tatipool®).

Результаты и обсуждение

Всего в регионах радиационного риска было осмотрено (таблица 1) 2510 человек, среди которых лица подвергнувшиеся радиационному воздействию составляют подавляющее большинство – 85,18% (2138 человек). Наименьшая миграция населения наблюдалась в Абайском районе, наибольшая в Бородулихинском. По гендерному распределению количество осмотренных мужчин в Бородулихинском и Абайском районах были сопоставимы и составили – 32,73% и 30,25%, тогда как в Бескарагайском – всего 18,21%. Также обращали на себя внимание неполные составы семей, преобладающие в Бескарагайском районе.

Таблица 1.

Количественные показатели скрининга патологии печени в регионе радиационного риска.

№ п/п	Район	Обследовано			Выявлено*			ПРИМЕЧАНИЕ
		Всего	М	Ж	Всего	М	Ж	
1	Всего Бескарагай (+ детализированные данные по обследованным сёлам)	725	132	593	117	27	90	14,53% - новообразований 85,47% - др.заболевания печени
2	Всего Абай (+ детализированные данные по обследованным сёлам)	1180	357	823	118	54	64	25,42% - новообразований 74,58% - др.заболевания печени
3	Всего Бородулиха (+ детализированные данные по обследованным сёлам)	605	198	407	60	8	52	23,33% - новообразований 76,66% - др.заболевания печени
4	Всего	2510	687	1823	295	89	206	

Также обследованные были распределены по следующим возрастным группам: 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет и 60 лет и старше (таблица 2). Первые три возрастные страты представлены практически полностью потомками лиц, постоянно проживавших на территориях с максимальными уровнями радиоактивного загрязнения в период наземных и воздушных ядерных испыта-

ний. Представители страт 50-59 и 60-69 лет частично являлись потомками облученных лиц, при этом подвергались прямому облучению в младенческом и детском возрасте.

Таким образом, в исследовании представлены 2 поколения лиц, подвергнувшихся радиоактивному облучению.

Таблица 2.

Возрастная характеристика лиц с патологией печени, подвергнувшихся радиационному облучению.

№	Районы радиационного риска	Возрастная стратификация					Всего выявлено
		< 30л. абс./%	30-39г. абс./%	40-49г. абс./%	50-59л. абс./%	> 60л. абс./%	
1.	Абайский	6/5,1	26/22,03	37/31,35	23/19,49	26/22,03	118
2.	Бескарагайский	2/1,7	17/14,53	36/30,77	40/34,19	22/18,8	117
3.	Бородулихинский	4/6,67	9/15	20/33,33	17/28,33	10/16,67	60
4.	<i>Итого</i>	12	52	93	80	58	295

Обращает внимание формирование хронической патологии печени в 21,69% случаев в возрасте до 30 лет.

В структуре патологии печени преобладали метаболические нарушения (рисунок 2).

Отмечается также высокий удельный вес новообразований в структуре хронической патологии печени (20,68%). Выявление аутоиммунной патологии печени можно объяснить отсутствием при проведении скрининговых исследований специфических печеночных аутоантител.

На формирование патологии печени могли оказать этиологическую роль вредные привычки, диетические погрешности, ятрогенные причины, наследственность,

вирусная этиология, а также метаболические нарушения (рисунок 3). Обращает внимание низкий показатель вирусной инфекции, что может быть обусловлено отсутствием ранее исследований вирусных маркеров. Диетические погрешности, выявляемые непосредственно со слов анкетированных, были обусловлены предпочтениями, отдаваемыми богатой углеводной, жирной пище. Вместе с тем сами опрошиваемые не связывали возможность развития патологии печени с вредными привычками. Метаболические заболевания печени (неалкогольная жировая болезнь печени) могла быть обусловлена проявлениями метаболического синдрома, в этой связи необходимо отметить

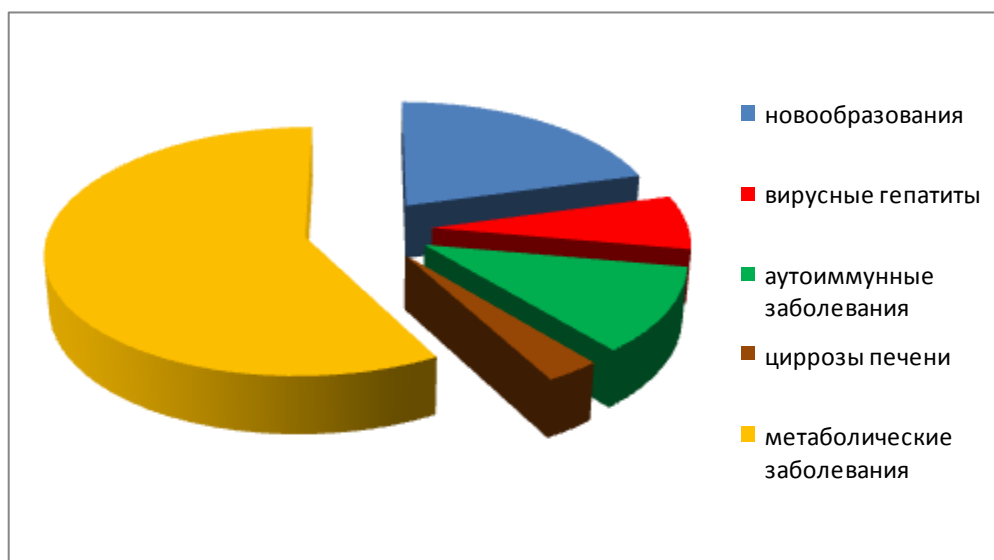


Рисунок 2. Структура патологии печени.

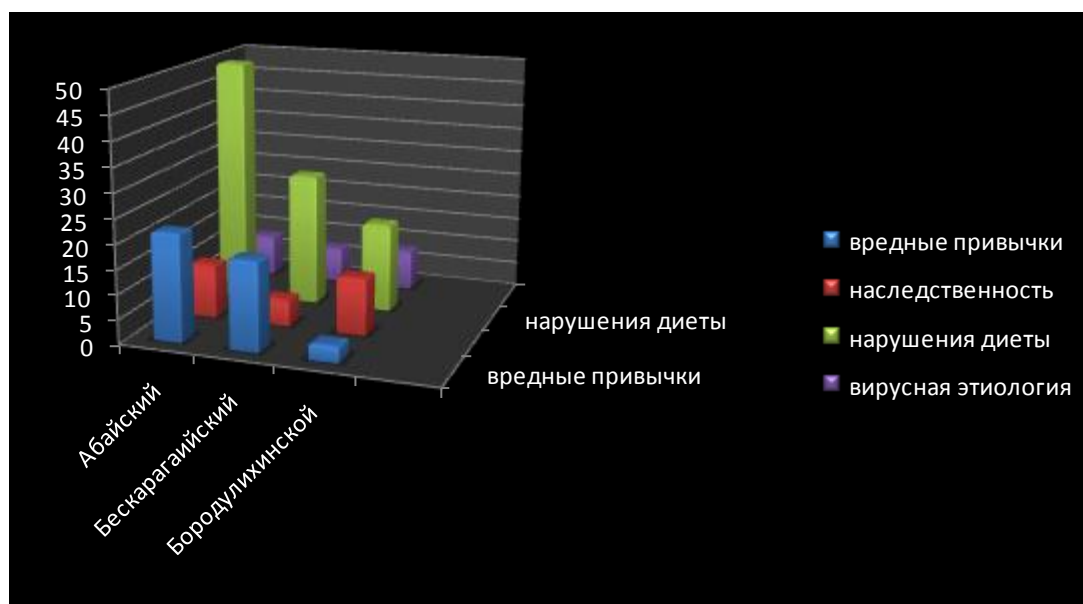


Рисунок 3. Факторы риска развития патологии печени.

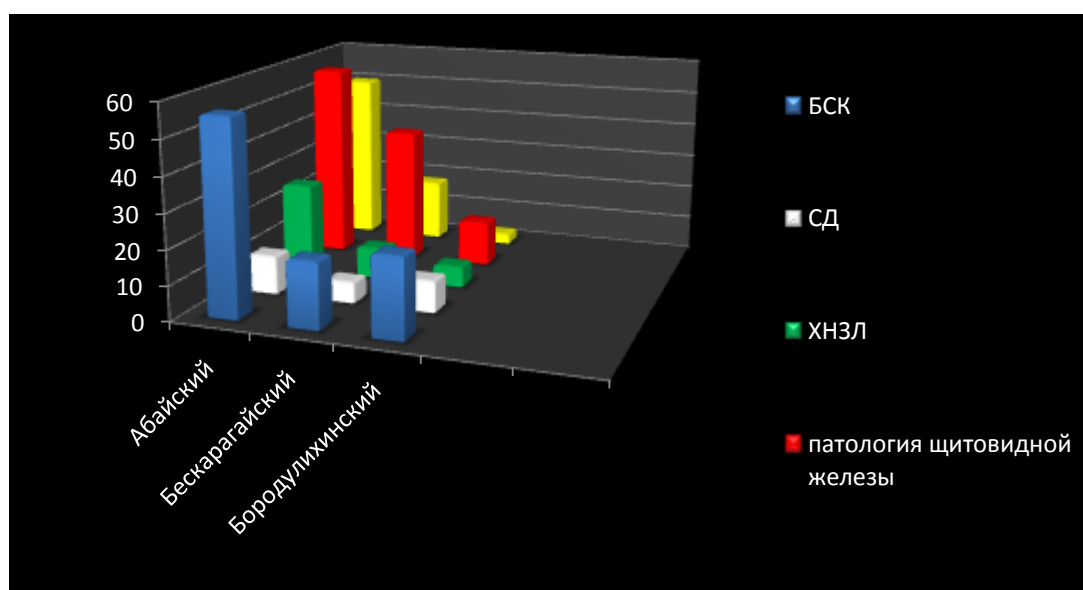


Рисунок 4. Сопутствующая патология.

Формирование неалкогольной жировой болезни печени может ассоциироваться с метаболическими нарушениями, возникающими, например, при сахарном диабете. Так, у лиц с патологией печени в регионе, подвергнувшись ионизирующему облучению, выявлялись (рисунок 4) в 42% случаев БСК, 11,16% - сахарный диабет, 46,78% - патология щитовидной железы, 30,47% - дегенеративные заболевания опорно-двигательной системы и 17,60% - ХНЗЛ

Выводы:

1. В экологически неблагоприятном регионе, подвергнувшись ионизирующему облучению, определяется высокая распространенность патологии печени, прежде всего метаболических нарушений и новообразований.

2. В регионах высокого радиационного риска отмечается приверженность патологии печени лиц молодого возраста до 40 лет – в 21,69% случаев, сопоставимый со старшей возрастной группой – до 19,66%

3. В структуре хронической патологии печени преобладают метаболические нарушения наряду с обменными эндокринными, сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Литература:

1. Ивашкина В., Буеверов А.О. Хронические заболевания печени сегодня и завтра. // Врач. - 2000. - №6. - С. 4-6.

2. Циммерман Я.С. Эволюция учения о хронических гепатитах (вопросы классификации, терминологии, диагностики и лечения). // Клиническая медицина. - №8. - 1996. - С. 19-24.

3. Bogdanos D.P., Mieli-Vergani G., Vergani D. Virus, liver and autoimmunity. Dig. Liver Dis., 2000.- Vol. 32., № 5. P. 440-446.

4. Пинцани М. Эволюция фиброза печени: от гепатита к циррозу / М.Пинцани // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатология, колопроктол., - 2002. - №5. - С. 4-9.

5. Галимова С.Ф. Новые данные о диагностике и течении фиброза печени / С.Ф. Галимова, М.Ю. Надинская, М.В. Маевская и др. // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатология, колопроктол., - 2002. - №5. - С. 22-28

6. Gildea, W. Cook, D. Nelson et al / - Gildea, T. Predictors of long-term mortality in patients with cirrhosis of the liver.

7. Гусев Б.И., Пивина Л.М., Апсаликов К.Н., Гроше Б., Бауэр С., Лэнд Ч. Влияние ионизирующей радиации на здоровье населения вследствие проведения ядерных испытаний в Казахстане. Сообщение 1 // Вестник НЯЦ РК. - 2002. - №3. - С. 171-174.

8. Маслова К.И. Тяжелые естественные радионуклиды в биосфере. Миграция и биологическое действие на популяции и биогеоценозы / К.И. Маслова, В.И. Маслов. М.: Наука, - 1990. - С. 234-282.

Тұжырым

БҰРЫНҒЫ СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫНЫҢ ҚОЛАЙСЫЗ ЭКОЛОГИЯ АЙМАҚТАРЫНДАҒЫ БАУЫР АҚАУЛАРЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Н.Р. Баркибаева¹, З.К. Жумадилова², Б.К. Утегенова³,
Б.К. Ауменова⁴, Д.Ж. Жунусова⁵, Л. Касым⁶

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті^{1,2,6},
“Семей қаласының Консультативтік-диагностикалық орталығы” ШЖҚ КМК^{3,4,5}

Иондаушы сәулеленуге ұшыраған қолайсыз экология аймақтарында тұрып жатқан бауыр ақаулары қалыптасқан тұрғындарда этиологиялық факторлардың рөлін бағалау берілген және бауыр ақауының құрылымы қаралған. Абай, Бородулиха, Бесқарағай аймақтарының 2510 тұрғынының бауыр ақауларының скрининг нәтижесі ұсынылған, сонымен қатар олардың жас ерекшеліктері сипатталынады. Тексерулер нәтижесінде көбінесе 30 жасқа дейінгі жастарда жүрек-тамыр, эндокриндік аурулармен байланысты бауырдың метаболизмдік ақауларының кеңінен тарағаны анықталды.

Негізгі сөздер: Семей полигоны, бауыр патологиясы, диагностикасы, метаболитикалық бузылыстары.

Summary

THE STRUCTURE OF THE LIVER PATHOLOGY IN ECOLOGICALLY UNFAVORABLE REGIONS OF THE FORMER SEMIPALATINSK NUCLEAR GROUND

N.R. Barkibayeva¹, Z.K. Zhumadilova², B.K. Utegenova³,
B.K. Aukanova⁴, D.Zh. Zhunusova⁵, L. Kasym⁶

Semey State medical university^{1,2,6}
Consultative and Diagnostic Centre, Semey^{3,4,5}

The structure of liver disease, evaluate the role of the etiological factors in the formation of liver disease in people living in ecologically unfavorable regions have been subjected to ionizing radiation are studied. The results of the screening of liver diseases in population of Abay, Beskaragay, Boroduliha regions are published. The prevalence of metabolic liver disease correlated with endocrine and cardiovascular diseases in the region, especially among young people under 30 are identified.

Key words: former Semipalatinsk, liver pathology, metabolic liver diseases

УДК 616.24+612.014.482+611.018.1

Т.Е. Шаханов, А.Т. Шаханова

Государственный медицинский университет города Семей
КГКП «Поликлиника №1», г. Экибастуз

ХОБЛ В РАЗЛИЧНЫХ ЗОНАХ РАДИАЦИОННОГО РИСКА

Аннотация

В работе представлены результаты цитоморфологических исследований слизистой бронхов и материалов браш- биопсии у пациентов с ХОБЛ, проживающих в районах максимального и повышенного радиационного риска вокруг Семипалатинского испытательного ядерного полигона, в сравнении с результатами аналогичного исследования больных с указанной патологией из Астанинского региона.

Частое воздействие различных факторов приводят явному снижению местной антимикробной защиты бронхов с признаками дисплазии, кишечной метаплазии, деструктивных и дегенеративных изменений среди больных ХОБЛ из Семипалатинского региона в сравнении с пациентами Астанинского региона.

Ключевые слова: ХОБЛ, бронхоскопия, цитоморфология.

Казахстан имеет территорию с большой протяженностью с разными климато-географическими и экологическими зонами. Данное обстоятельство влияет на особенности течения хронических заболеваний легких среди населения разных регионов, в частности в зонах радиационного риска бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона (1,2,3,4).

Нами впервые проведено исследование клеток покровного эпителия слизистой оболочки бронхов у больных ХОБЛ, проживающих в прилегающих районах к СИЯП и городе Астана. Поэтому у нас имеется возможность сопоставить полученные нами данные с результатами аналогичного исследования.

Цель исследования. Сопоставить результаты цитоморфологического исследования больных ХОБЛ из Семипалатинского региона и с города Астана.

Материалы и методы исследования. Проведены фибробронхоскопия и цитоморфологическое исследование смыва с бронхов и материалов браш-биопсии у 41 больных ХОБЛ, проживающих в прилегающих районах к СИЯП. А также аналогичные исследования были

проведены 17 больным ХОБЛ, проживающим в городе Астана. Мазки клеток окрашивали по Папаниколау после фиксации в этиловом спирте. Для определения характера воспалительного процесса производили подсчет клеток мазков смыва с бронхов под иммерсией на 100 клеток с оценкой цитологического состава в процентах.

Состояние эпителия бронха изучали путем взятия исследуемого материала при браш-биопсии. Окраску и фиксацию материала браш-биопсии производили так же, как при исследовании клеток бронхиального смыва. Цитоморфологическое исследование клеток проводили с помощью бинокулярного микроскопа с телепроставкой и с выводением рисунка на экран компьютера.

Полученные результаты и их обсуждение. При клинко-инструментальном обследовании у всех обследуемых лиц были обнаружены достоверные признаки ХОБЛ со II и с III степенями дыхательной недостаточности. Результаты сравнения эндоскопических и морфологических параметров у изучаемых больных ХОБЛ из двух регионов показаны в таблице 1.

Таблица 1.

Сравнительная оценка результатов обследования изучаемых больных ХОБЛ.

Методы исследования	Больные ХОБЛ (город Астана)	Больные ХОБЛ (Семипалатинского региона)
На фибро-бронхоскопии выявлены:	1. Эндобронхиты: 1-я степень – в 11%, 2-я степень – 46%, 3-я степень – 43%. 2. Визуально: - у всех больных суб- или атрофия слизистой, - гнойное и катарально-гнойное воспаление, - контактная кровоточивость, - редко трахеобронхиальная дискинезия	1. Эндобронхиты: 1-я степень – в 14,63%, 2-я степень – в 43,91%, 3-я степень – в 41,46%. 2. Визуально: - диффузная атрофия у отдельных больных, - гнойное и катарально-гнойное воспаление, - контактная кровоточивость, - редко трахеобронхиальная дискинезия
При бак. исследовании смыва с бронхов высеяны:	Чаще - зеленящий стрептококк, стафилококки, клебсиеллы, синегнойная палочка	В основном - золотистый стафилококк, синегнойная палочка, кишечная палочка и палочка Фридлендера.
Содержание клеток в смыве с бронхов:	- альв. макрофагов – 22,24%, - нейтрофилов – 57,0%, - лимфоцитов – 10,29% - голаядерные элем. – 5,53%	- альв. макрофагов – 10,8% - нейтрофилов – 75,62% - лимфоцитов – 6,14% - голаядерные элем. – 5,31%
В клетках эпителия бронхов были обнаружены признаки:	- дисплазии – в 0 %, - метаплазии – в 23,53%, - деструкции – в 5,88%, - дегенерации – в 11,7%, - дистрофии – в 64,7%, - пролиферации – в 29,41%.	- дисплазии – в 29,17%, - метаплазии – в 37,5%, - деструкции – в 89,7%, - дегенерации – в 89,7%, - дистрофии – в 25,0%, - пролиферации – в 12,5%.
Не ожидаемые изменения	- отсутствие изменений в клетках – 11,77%, - дисплазии – 0% случаев	- отсутствие изменений в клетках – 0%, - дисплазии – у каждого 3-го лица с ХОБЛ (29,17%)

Из таблицы 1 следует, что при количественном подсчете клеток БАС у больных обеих групп преобладают клетки-эффекторы воспаления, т.е. нейтрофилы. При этом, данный показатель у лиц из Семейского региона (75,62%) значительно выше по сравнению с Астанинскими пациентами (57,0%). А количество основных защитных клеток – альвеолярных макрофагов – значительно снижено в обеих группах больных. При этом такое снижение отчетливо выявлено среди жителей Семейского региона (10,8%) по сравнению с Астанинскими жителями (22,24%), т.е. снижено почти в 2 раза. Также отмечено почти двукратное снижение количества лимфоцитов, т.е. в Семейском регионе – 6,14% и в Астанинском – 10,29%.

При морфологическом исследовании клеток эпителия бронхов среди больных из Астанинского региона в 11,77% случаях клетки эпителия бронхов не подвергались каким-либо качественным изменениям. Среди больных из Семейского региона, наоборот, у всех больных были обнаружены явные качественные изменения в клетках эпителия бронхов вплоть до явлений дисплазии (29,17% случаев) и метаплазии (37,5% случаев). Иными словами, среди жителей из Семейского региона у каждого 3-го пациента с ХОБЛ клетки эпителия подвергаются к предраковым изменениям в виде дисплазии или метаплазии, что значительно реже наблюдаются среди жителей из Астанинского региона, страдающих аналогичным заболеванием.

Признаки приспособительной реакции эпителия бронхов в виде пролиферативных изменений в клетках

также значительно преобладают среди больных ХОБЛ из Астанинского региона по сравнению с Семейским регионом (29,41% против 12,5% случаев).

Частое выявление признаков дисплазии, деструкции и дегенеративных изменений у больных из Семейского региона указывает на более выраженные клеточные нарушения поверхностного слоя слизистой бронхов у лиц из данного региона. Это указывает на большую вероятность воздействия не только выраженного воспалительного процесса в бронхах, но и других побочных экологических или производственных факторов токсического характера.

Литература:

1. Нурпеисов Т.Н., Байгенжин А.К., Нурпеисов Т.Т., Тусупбекова Г.М. Эпидемиология ХОБЛ в Казахстане. Общие данные. // Журнал «Клиническая медицина Казахстана». - 2008. - № 1. - С. 3-6.
2. Аверьянов А.В., Чучалин А.Г., Поливанова А.Э. и др. Фенотипы больных хронической обструктивной болезнью легких // Журнал «Терапевтический архив». - 2009. - № 3. - С.9-15.
3. Чучалин А.Г. ХОБЛ / в кн.: Шулуток Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Санкт – Петербург. - 2009. - С. 183-245.
4. Сагиндикова Г.Е., Коган Е.А., Шаханов Т.Е. Характеристика заболеваемости и смертности от хронических заболеваний легких у населения Семипалатинского региона и их морфологические проявления // Журнал «Пульмонология». - 2007. - № 3. - С.87-92.

Тұжырым

ӘРТҮРЛІ РАДИАЦИЯЛЫҚ ҚАУІПТІ АУМАҚТАРДАҒЫ ӨКПЕНІҢ СҮЛЕЛІ ОБСТРУКЦИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Т.Е. Шаханов, А.Т. Шаханова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бұл еңбекте Семейдің ядролық сынақ аумағы мен Астана қаласында тұратын өкпенің сүлелі обструкциялық ауруына шалдыққан адамдардың бронх шайындысы мен браш-биоптатын цитоморфологиялық зерттеу нәтижелері баяндалған.

Өкпенің сүлелі обструкциялық ауруына шалдыққан Астана маңындағы адамдарға қарағанда Семей аумағында тұратын адамдарда дисплазиялық, метаплазиялық, деструкциялық пен дегенерациялық өзгерістермен қоса бронхтың жергілікті антимикробтық қорғаныс қабілетінің айқын нашарлауы белгілері жиі кездесетіні анықталды.

Маңызды сөздер: өкпенің сүлелі обструкциялық ауруы, бронхоскопия, цитоморфология.

Summary

THE COPD IN VARIOUS AREAS OF RADIATION RISK

T.E. Shakhonov, A.T. Shakhonova

Semey State medical university

In the work are reported the results of cytomorphologic research of bronchial lavage and the material of brush biopsy among COPD patients, living in areas of maximal and high radiation risk around Semipalatinsk nuclear testing area, in comparison with the results of the analogous research of Astana region.

The frequent exposure of distinct signs of obvious decrease of local antimicrobial protection of bronchial tubes with the signs of dysplasia, intestinal metaplasia, destruction and degenerative changes among COPD patients from Semipalatinsk region in comparison with disaster fighter patients of Astana regions it is registered.

Key words: chronic obstructive lung disease, bronchoscope, citomorphological.

УДК 616.441-614.876

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская, А.К. Хайбуллина, А.А. Аукунова

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по общей врачебной практике.**

ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖИТЕЛЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

Цель исследования: Изучить частоту и особенности патологии щитовидной железы у населения Семипалатинского региона.

Материалы и методы исследования: Обследование населения проводилось путем экспедиционных выездов в мае – сентябре 2012 года. Всего было обследовано 1483 человек, из них мужчин - 276 и женщин - 1275;

Результаты исследования: выявлена высокая частота тиреоидной патологии у жителей районов, прилегающих к СИЯП. Среди патологии щитовидной железы отмечена высокая частота аутоиммунного тиреоидита и узловых образований щитовидной железы. Основным фактором развития тиреоидной патологии в обследованных районах являются отдаленные последствия ионизирующего облучения.

Ключевые слова: щитовидная железа, диффузный эутиреоидный зоб, аутоиммунный тиреоидит, узловой зоб, скрининг, йодурия, отдаленные последствия, радиация.

Трагическая особенность Семипалатинского региона, заключающаяся в многократном остром и хроническом облучении в больших и малых дозах, практически полном отсутствии дезактивации территории и замены продуктов питания, создали уникальные условия для изучения длительного воздействия определенных доз радиации на состояние здоровья населения.

Окончание ядерных испытаний и закрытие Семипалатинского ядерного полигона значительно снизило риски дополнительного облучения территорий и населения прилегающих областей Казахстана, однако при этом обострились медико-социальные проблемы по оценке последствий деятельности полигона и необходимости проведения реабилитационных мероприятий среди облучавшегося населения. Возникла необходи-

мость расширения научных исследований по оценкам медицинских потерь среди групп радиационного риска, так как эти результаты должны стать основой программ по минимизации постлучевых эффектов [Балмуханов С.Б., 2006; Гусев Б.И., 2006].

Цель исследования: Изучить частоту и особенности патологии щитовидной железы у населения Семипалатинского региона.

Материалы и методы исследования: Обследование населения проводилось путем экспедиционных выездов в мае – сентябре 2012 года. Всего было обследовано 1483 человек, из них мужчин - 276 и женщин - 1275; На каждого больного заполнялась анкета. Структура обследованных больных по районам и полу представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура обследованных больных по районам и полу.

№ п/п	Район	Обследовано			Выявлено*		
		Всего	м	ж	Всего	М	Ж
1	Бескарагайский	665	137	497	607	107	500
	Канонерка	183	32	151	166	26	140
	Сосновка	246	54	192	226	39	187
	Бурас	236	51	154	215	42	173
2	Абайский	624	160	463	496	129	367
	Кокбай	157	38	118	110	30	80
	Кундызды	125	32	93	96	20	76
	Караул	192	48	144	175	47	128
	Саржал	150	42	108	115	32	83
3	Бородулихинский	194	42	152	172	22	150
	Новопокровка	194	42	152	172	22	150
4	ВСЕГО	1483	339	1112	1275	258	1017

У всех обследуемых проводилась пальпация щитовидной железы, размер и форма увеличения оценивались в соответствии с принятой классификацией ВОЗ (1999г).

Для оценки йодной недостаточности мы определяли экскрецию йода с мочой. В связи с тем, что концентрация йода в моче у отдельных лиц изменяется день ото дня, в течение суток, она не может отражать обеспеченность йодом конкретного человека. Метод пригоден только для эпидемиологических исследований. Содержание йода в моче характеризует текущее потребление йода населением, тогда как частота зоба в популяции отражает предыдущее потребление йода.

Результаты исследования: По данным ультразвукового исследования в обследуемых группах ведущее

место занимали диффузный зоб, который встречался в основном у лиц моложе 40 лет. В возрастной группе старше 40 лет встречались достоверно больше узловые образования щитовидной железы и аутоиммунный тиреоидит. Анализ структуры узловой патологии в основной группе показал, что больший удельный вес имеют узловые, коллоидно-узловые формы зоба. Распределение выявленных больных по нозологиям, представлено в таблице 2.

Обобщая данные, можно выделить, что диффузный эутиреоидный зоб диагностирован в 48,7%±1,48 случаев, коллоидно-узловой зоб у 18,0%±1,14 обследованных, аутоиммунный тиреоидит в 24,3%±1,27, аденоматозный зоб у 6,9%±0,75, кисты щитовидной железы у 2,1%±0,42.

Таблица 2.

Патология щитовидной железы по районам.

Район	Бескарагайский	Абайский	Бородулихинский
Всего с патологией ЩЖ	489 (100%)	482 (100%)	159 (100%)
Диффузный эутиреоидный зоб	254 (51,9% ± 2,25)	222 (46% ± 2,27)	74 (46,5% ± 3,95)
Коллоидно-узловой зоб	89 (18,3% ± 1,74)	83 (17,2% ± 1,71)	31 (19,5% ± 3,14)
Аутоиммунный тиреоидит	104 (21,2% ± 1,84)	132 (27,4% ± 2,03)	39 (24,5% ± 3,41)
Аденоматозный зоб	31 (6,3% ± 1,09)	38 (7,9% ± 1,22)	9 (5,7% ± 1,83)
Киста щитовидной железы	11 (2,3% ± 0,67)	7 (1,5% ± 0,55)	6 (3,8% ± 1,51)

При вычислении линейные параметры и объем щитовидной железы у лиц основной группы оказались значительно меньшими по сравнению с контрольными показателями. Средний объем щитовидной железы в основной группе составил $6,84 \pm 0,53$. Уменьшение объема железы у лиц основной группы, на наш взгляд, связано с хроническим воздействием малых доз ионизирующего облучения, которое по данным литературы, способствует развитию прогрессирующей атрофии тиреоидной паренхимы в отдаленные сроки.

Для установления этиологического фактора патологии щитовидной железы необходимо было уточнить, не связано ли это с йодной недостаточностью. Ранее было

установлено, что в районах, прилегающих к СЯП, наблюдается слабая эндемия. Это подтверждалось исследованием йода в различных объектах внешней среды, непосредственно в пищевом рационе. Известно, что более 80% йода выводится из организма почками, поэтому в современных условиях концентрация йода в моче достаточно точно отражает величину его потребления с пищей.

Результаты оценки медианы йодурии и частотного распределения концентрации йода в моче у населения обследованных населенных пунктов представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Концентрация йода в моче в районах Семипалатинской области.

Район	Населенный пункт	Медиана йодурии	Частотное распределение концентрации йода в моче < 50mg/l (%)
Абайский	Караул	234,0	0
	Кокбай	181,7	6,4
	Кундызды	171,9	8,0
	Архат	197,2	4,7
	Каскабулак	381,7	0
	Саржал	246,9	1,3
	Токтамыс	207,3	2,6
Абалинский	Медеу	250,9	3,0
	Кайнар	202,5	2,7
	Абралы	191,1	2,9
	Акбулак	232,6	4,2
	Дегелен	196,7	2,5
	Айнабулак	172,5	1,7
	Танат	173,7	11,9
Бескарагайский	Бурас	197,0	4,7
Кокпектинский	Кокпекты	201,7	3,8
	Большевик	116,0	6,5
Всего		209,1	3,9

Как видно из представленной таблицы во всех районах показатели медианы йодурии превысили 100 мкг/л. Концентрация йода в моче в каждом населенном пункте колебалась от 116,0 до 381,7 мкг/л, а самый высокий процент содержания йода в моче менее 50 мкг/л – 11,9% не превысил 20%.

Согласно критериям ВОЗ, если медиана экскреции йода с мочой превышает 100 мкг на 1 литр, это означает, что в данной популяции дефицита йода нет. Данные частотного распределения также свидетельствуют о достаточной йодной обеспеченности населения.

Выводы: 1. Выявлена высокая частота выявляемости тиреоидной патологии у жителей районов, прилегающих к СЯП.

2. Среди тиреоидной патологии отмечена высокая частота аутоиммунного тиреоидита и узловых образований щитовидной железы.

3. Медиана экскреции йода с мочой превышает 100 мкг на 1 литр, это означает, что в данной популяции дефицита йода нет. Данные частотного распределения

также свидетельствуют о достаточной йодной обеспеченности населения.

4. Основным фактором развития тиреоидной патологии в обследованных районах являются отдаленные последствия ионизирующего облучения.

4. Лица с выявленной тиреоидной патологией подлежат обязательному диспансерному наблюдению с периодическим определением ряда лабораторных показателей и использованием инструментальных методов исследования.

Литература:

1. Дедов И.И., Дедов В.И., Степаненко В.Ф. Радиационная эндокринология. - М. Москва. - 2000. – 154с.
2. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. // Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT/ - 2001 - P. 1 - 107.
3. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage. // Postgrad. Med. J. - 2001 - Vol. 77. - P. 217 - 220.

4. Жумадилов Ж.Ш., Мусинов Д.Р., Васковский Г.Г. и др. Скрининг тиреоидной патологии для групп населения с повышенным риском: методические рекомендации.- Алматы, 1999.- С.40-42.

5. Апсаликов К.Н., Гусев Б.И., Пивина Л.М. и др. Заболевания щитовидной железы у населения Восточно-Казахстанской области, подвергшихся облучению при

испытаниях ядерного оружия // Медицина.- 2006.- №2.- С. 58-61

6. Биологические и эпидемиологические эффекты облучения в малых дозах и с низкой мощностью дозы. Материалы симпозиума. Версаль, Франция, 17-18 июня 1999г. М., - 2003. - 458с.

ТҰЖЫРЫМ

СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН ТҰРҒЫНДАРДАҒЫ ҚАЛҚАНША БЕЗ ПАТОЛОГИЯСЫ

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева,

О.А. Юрковская, А.К. Хайбуллина, А.А. Аукенова

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Зерттеу мақсаты: Семей аймағындағы тұрғындардың қалқанша безінің патологиясының ерекшелігімен жиілігін оқу.

Зерттеу әдістерімен материалдары: тұрғындарды тексеру 2012 жылдың мамыр айынан қыркүйек айы аралығында экспедицияға шығу арқылы жүргізілді. Барлық тексерілген адамдар саны 1483, оның ішінде ер адамдар саны 276 және әйел адамдар саны 1275;

Зерттеу нәтижесінде Семей ядролық аймағына жататын аудандардағы тұрғындар арасында тиреодиты патологияның жоғары жиілікте болғандығы анықталды. Қалқанша без патологиясының арасында жиі кездескені аутоиммунды тиреодит және түйінді түзілістердің жоғары жиілікте екендігі анықталды. Тексерілген аудандардағы тиреодиты патологияның негізгі даму факторы болып ионизирленген қалдық сәулелердің салдары болып табылады.

Негізгі сөздер: қалқанша без, диффузды эутиреодиты жемсау, аутоиммунды тиреодит, түйінді жемсау, жиілігі, йодурия, радиация салдары

Summary

PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND AT INHABITANTS OF THE SEMIPALATINSK REGION

M.Zh. Espenbetov, Zh.K. Zamanbekova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva

O.A. Yurkovskaya, A.K. Khaibullina, A.A. Aukanova

State Medical University of Semey

Research objective: To study frequency and features of pathology of a thyroid gland at the population of the Semipalatinsk region.

Materials and research methods: Examination of the population was conducted by forwarding departures in May – September, 2012. In total 276 men and 1275 women were surveyed the person 1483, from them;

As a result of research the high frequency of thyroid pathology at inhabitants of the areas adjoining to SNP is revealed. Among pathology of a thyroid gland high frequency autoimmune thyroiditis and nodal formations of a thyroid gland is noted. Major factor of development of thyroid pathology in the surveyed areas are the remote consequences of ionizing radiation.

Key words: thyroid gland, diffusion eutireoiditis, autoimmune thyroiditis, nodalitis, screening, yoduria, remote consequences, radiation.

УДК 616.43-614.876

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская,
Р.К. Ельчибаева, Е.В. Пересыпкина

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по общей врачебной практике

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У ЖИТЕЛЕЙ РАЙОНОВ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА (СИЯП)

Цель исследования: Изучить функцию щитовидной железы у жителей Семипалатинского региона.

Материалы и методы исследования: Обследование населения проводилось путем экспедиционных выездов в мае – сентябре 2012 года. Всего было обследовано 1483 человек, из них мужчин - 276 и женщин - 1275.

Результаты исследования: У пациентов с выявленной патологией щитовидной железы преобладает эутиреодное состояние. Частота гипопункции щитовидной железы была высокой в Абайском районе и составила 42,42%. Титр антител к тиреопероксидазе был достоверно высоким во всех обследованных районах, что свидетельствует об аутоиммунном характере патологии щитовидной железы. Преобладание аутоиммунных поражений щитовидной железы характерно для отдаленных последствий радиационного поражения.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидные гормоны, диффузный эутиреодный зоб, аутоиммунный тиреодит, узловой зоб, скрининг, радиация, гипотиреоз.

Высокая частота выявления патологии щитовидной железы в районах, близлежащих к территории СИЯП (Семипалатинский испытательный ядерный полигон) является не только проявлением зобной эндемии, а

обусловлена последствиями хронического воздействия малых доз ионизирующей радиации, а также проявлениями детерминированного эффекта радиационного излучения. Есть данные, что облучение щитовидной железы в небольших дозах (десятичные доли Гр) практически не сказывается на ее функциональном состоянии в ранний период. Однако в отдаленные сроки возможно развитие доброкачественных и злокачественных опухолей, аутоиммунных тиреоидитов, которые приводят к снижению функции щитовидной железы.

Цель исследования: Изучить функцию щитовидной железы у жителей Семипалатинского региона.

Материалы и методы исследования: Обследование населения проводилось путем экспедиционных выездов в мае – сентябре 2012 года. Всего было обследовано 1483 человек, из них мужчин - 276 и женщин - 1275; На каждого больного заполнялась анкета. Структура обследованных больных по районам и полу представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Структура обследованных больных по районам и полу.

№ п/п	Район	Обследовано			Выявлено*		
		Всего	м	ж	Всего	М	Ж
1	Бескарагайский	665	137	497	607	107	500
	Канонерка	183	32	151	166	26	140
	Сосновка	246	54	192	226	39	187
	Бурас	236	51	154	215	42	173
2	Абайский	624	160	463	496	129	367
	Кокбай	157	38	118	110	30	80
	Кундызды	125	32	93	96	20	76
	Караул	192	48	144	175	47	128
	Саржал	150	42	108	115	32	83
3	Бородулихинский	194	42	152	172	22	150
	Новопокровка	194	42	152	172	22	150
4	ВСЕГО	1483	339	1112	1275	258	1017

У всех обследуемых проводилась пальпация щитовидной железы, размер и форма увеличения оценивались в соответствии с принятой классификацией ВОЗ (1999г).

Для оценки функционального состояния щитовидной железы изучали уровень гормонов ТТГ, FT3, FT4,

антител к тиреопероксидазе в лаборатории ГМУ г. Семей.

Данные применения методов исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2.

Характеристика охвата методами исследования.

Метод исследования	Мужчины		Женщины		Средний возраст	Всего
	абс.	%	абс.	%		
Пальпация	276	20,7	1054	79,3	51,8 ± 4,6	1330
УЗИ	276	20,7	1054	79,3	51,8 ± 4,6	1330
Определение тиреоидного статуса	56	20,3	220	79,7	44,7 ± 5,7	276

Результаты исследования: Исследование функции щитовидной железы у жителей Бескарагайского района выявило гипопункцию в 20 случаях, что составило – 14,18%. Субклинический гипотиреоз выявлен в 7 случаях, это составило – 4,96%, гиперфункцию щитовидной железы – у 3 жителей, что составило – 2,13%. Уровень ТТГ составил в среднем $3,78 \pm 0,64$ мкМЕ/мл. Титр антител к тиреопероксидазе оказался достоверно высоким, он составил $294,52 \pm 18,31$ Ед/мл. Тироксин и трийодтиронин оставались в норме – 10,21 и 5,39 пмоль/мл соответственно.

Исследование гормонального статуса среди населения Абайского района показало достоверное преобладание гипопункции щитовидной железы. Гипотиреоз был выявлен в 19 случаях, что составило 26,02%, субклинический гипотиреоз – 12 случаев (16,4%). Уровень ТТГ составил $5,43 \pm 0,47$ мкМЕ/мл. Титр

антител к тиреопероксидазе оказался достоверно высоким, он составил $302,72 \pm 14,36$ Ед/мл. Тироксин и трийодтиронин оставались в норме – 12,85 и 6,77 пмоль/мл соответственно. У одного человека была выявлена гиперфункция щитовидной железы, что составило 1,4%.

При обследовании функции щитовидной железы у жителей Бородулихинского района (с. Новопокровка) гипотиреоз был выявлен лишь у двоих, субклинический гипотиреоз у 4. Все вместе составило – 9,23%. У одного человека выявлена гиперфункция щитовидной железы, что составило – 1,54%. Средний уровень ТТГ – $3,75 \pm 0,29$ мкМЕ/мл. Титр антител к тиреопероксидазе оказался достоверно высоким, он составил $200,07 \pm 25,81$ Ед/мл. Тироксин и трийодтиронин соответствовали норме – 13,55 и 7,06 пмоль/мл соответственно.

Таблица 3.

Показатели тиреоидного статуса по районам.

Группа	ТТГ (М±m, мМЕ/мл)	Т 3 (М±m, пмоль/л)	Т 4 (М±m, пмоль/л)	АТ ТПО (Ед/мл)
Бескарагайский	$3,78 \pm 0,64$	$5,39 \pm 0,63$	$10,21 \pm 0,7$	$295,52 \pm 18,31$
Абайский	$5,43 \pm 0,47$	$6,77 \pm 0,08$	$12,85 \pm 0,9$	$302,72 \pm 14,36$
Бородулихинский	$3,75 \pm 0,29$	$7,06 \pm 0,19$	$13,55 \pm 0,12$	$200,07 \pm 25,81$

На основании результатов определения гормонов, регулирующих тиреоидную функцию, установлены количественные показатели функционального состояния щитовидной железы у обследованных лиц (таблица 3).

В обследованных группах у подавляющего большинства обследованных лиц функция не нарушена. Уровень ТТГ составил в среднем $3,7 \pm 0,82$ мкМЕ/мл. Титр антител к тиреопероксидазе оказался достоверно высоким, он составил $275,74 \pm 14,25$ Ед/мл.

Таким образом, анализ показателей функционального состояния щитовидной железы показал, что в обследованных районах статистически преобладает эутиреоз (таблица 4). Однако у жителей Абайского района средний уровень тиреотропного гормона составил $5,43 \pm 0,47$ мкМЕ/мл при нормальных значениях тироксина и трийодтиронина на фоне высокого титра антител к пероксидазе, что свидетельствует о гипофункции щитовидной железы.

Таблица 4.

Функция щитовидной железы по районам.

Группа	Эутиреоз	Гипофункция	Гиперфункция
Бескарагайский	78,73%	19,14%	2,13%
Абайский	56,18%	42,42%	1,4%
Бородулихинский	89,23	9,23%	1,54

Выводы: 1. У пациентов с выявленной патологией щитовидной железы преобладает эутиреоидное состояние.

2. Частота гипофункции щитовидной железы была высокой в Абайском районе и составила 42,42%.

3. Титр антител к тиреопероксидазе был достоверно высоким во всех обследованных районах, что свидетельствует об аутоиммунном характере патологии щитовидной железы.

4. Преобладание аутоиммунных поражений щитовидной железы характерно для отдаленных последствий радиационного поражения.

Литература:

1. Зельцер М.Е., Базрбекова Р.Б., Абубакирова Ш.С., Кидирмаганбетова С.Л., Корнеева Е.В. Современные проблемы зобной эндемии в республике Казахстан. - Здоровье и болезнь. Алматы. - 2005, №2(39), С.5-8

2. Абылаев Ж., Омарова М.Н., Слесарев В.Г.. Влияние вредных факторов на эндокринную систему. - Алматы. - 1995.- 96с.

3. Жумадилов Ж.Ш., Мусинов Д.Р., Васильковский Г.Г. и др. Скрининг тиреоидной патологии для групп населения с повышенным риском: методические рекомендации. - Алматы, - 1999.- С.40

4. Апсаликов К.Н., Гусев Б.И., Пивина Л.М. и др. Заболевания щитовидной железы у населения Восточно-Казахстанской области, подвергшихся облучению при испытаниях ядерного оружия // Медицина.- 2006.- №2.- С. 58-61.

5. Yamashita H. Noguchi S. Murakami N. et al. Extracapsular invasion of lymph node metastasis. A good indicator of disease recurrence and poor prognosis in patients with thyroid microcarcinoma // Cancer, 1999, Vol. 86, №5, P.842-984

Тұжырым

ССЯП (СЕМЕЙ СЫНАҚ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫ) АУДАНЫНДА ТҰРАТЫН ТҰРҒЫНДАРДАҒЫ ТИРЕОИДТЫ ЖҮЙЕНІҢ ФУНКЦИОНАЛДЫ ЖАҒДАЙЫ

М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева,

О.А. Юрковская, Р.К. Ельчибаева, Е.В. Пересыпкина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Зерттеу мақсаты: Семей аймағындағы тұрғындардың қалқанша безінің патологиясының ерекшелігімен жиілігін оқу.

Зерттеу әдістерімен материалдары: тұрғындарды тексеру 2012 жылдың мамыр айынан қыркүйек айы аралығында экспедицияға шығу арқылы жүргізілді. Барлық тексерілген адамдар саны 1483, оның ішінде ер адамдар саны 276 және әйел адамдар саны 1275;

Зерттеу нәтижесінде науқастарда қалқанша без ақаулары аутиреотидты жағдайда екендігі анықталды. Қалқанша бездің гипофункциясының жиілігі Абай ауданынан анықталды және ол 42,42%-ды құрады. Барлық тексерілген аудандарда тиреопероксидазаға антител титрінің жоғары екендігі анықталды, ал ол қалқанша без ақауларының аутоиммунды ауруларға тән екендігіне көз жеткізді. Қалқанша без ақауларының аутоиммунды зақымдануына себеп, ол радиациялық зақымданулар салдарынан болғандығы анық.

Негізгі сөздер: қалқанша без, тиреотидты гормондар, диффузды аутиреотидты жемсау, аутоиммунды тиреотид, түйінді жемсау, радиация, гипотиреоз

Summary

FUNCTIONAL CONDITION THYROID SYSTEM AT INHABITANTS OF REGIONS OF SEMYPALATINSK

M.Zh. Espenbetova, Zh.K. Zamanbekova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva,

O.A. Yurkovskaya, R.K. Elchibaeva, Ye.V. Peresyapkina

State Medical University of Semei

Research objective: To study function of a thyroid gland at inhabitants of the Semipalatinsk region.

Materials and research methods: Examination of the population was conducted by forwarding departures in May – September, 2012. In total 276 men and 1275 women were surveyed the person 1483, from them.

Results of research: At patients with the revealed pathology of a thyroid gland the eutireoid condition prevails. Frequency of hypofunction of a thyroid gland was high in the Abaysky area and made 42,42%. The caption of antibodies tothyroidperoxidase was authentically high in all surveyed areas that testifies to autoimmune character of pathology of a thyroid gland. Prevalence autoimmune defeat of a thyroid gland is characteristic for remote a consequence of radiation defeat.

Key words: thyroid gland, thyreoid hormones, diffusion eutireoid craw, autoimmune thyroidit, nodal craw, screening, radiation, hypothyroidism.

УДК 614.876 – 314.14

Г.М. Шалгумбаева¹, И.А. Избасарова², Г.Ж. Сабекова³

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра общественного здравоохранения и информатики, докторант PhD¹
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, ассистент²
ГКП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр»³

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖИТЕЛЕЙ АБАЙСКОГО, БЕСКАРАГАЙСКОГО, БОРОДУЛИХИНСКОГО РАЙОНОВ СЕМЕЙСКОГО РЕГИОНА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Аннотация

В статье представлен анализ данных скрининговых исследований жителей Абайского, Бескарагайского, Бородулихинского районов Семейской области, проживающих на радиационно-загрязненных территориях. Анкетирование направлено на выявление патологий сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной, онкологической и заболеваний костно-суставной системы.

Ключевые слова: скрининг, анкетирование, заболеваемость.

Цель исследования: Проанализировать данные скрининговых анкет. Изучить инцидентность по отдельным нозологиям.

Материалы и методы: Всего проанализировано 3953 скрининговых анкет. Данные обработаны программой EpiInfo версия 3.5.4. Анкета включала следующие разделы: Паспортная часть; Место рождения; Адрес настоящего проживания; Образование; Место работы; Семейное положение; Периоды проживания на данной территории; Места проживания родителей; Рацион питания; Наличие хронических заболеваний у анкетированного; Наличие хронических заболеваний у родителей.

Большую долю обследуемого населения составили возрастные группы до 19 (21,5%) и 50-59 лет (22,2%), наименьший процент составили возрастная группа 80 лет и старше (0,5%) и возрастная группа 20-29 лет (5,9%).

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

Согласно опроса, бронхиальная астма наиболее распространена среди пациентов, принадлежащих к возрастной категории 70-79 лет (26,8%). Наименьшее число пациентов переболевших пневмонией принадлежит возрастной группе до 19 лет, который составил 6,5%, наибольшее количество перенесших пневмонию принадлежит возрастной группе 50-59 лет - 38,0%, при этом надо учесть, что данная группа составляет наибольший процент опрошенных. Если сравнивать остальные возрастные группы, процент переболевших пневмонией одинаковый. Большое количество переболевших туберкулезом принадлежит возрастной группе 50-59 лет, составивший 31,8%. Распространенность хронического бронхита во всех возрастных группах одинаковая. Чаще всего страдают частыми простудными заболеваниями люди молодого возраста до 19 лет, процент переболевших составил 33,1% от общего числа опрошенных, меньше всего болеют данной нозологией люди 30-39 лет, процент переболевших в этой возрастной группе составил 9,2%.

Наибольшее количество хронического гастрита встречается в возрастных группах 40-49 - 22,3% лет и 50-59 лет - 25,1% , меньше всего болеют хроническим гастритом люди, принадлежащие возрастной группе 70-79 лет - 7,5%.

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

Хронический гепатит чаще всего встречается в возрастной категории 40-49 лет, который составил 35,9%, наименьшее число больных хроническим гепатитом принадлежит возрастной категории до 19 лет, составивший 1,6%.

При анализе анкет выяснилось, что заболевания щитовидной железы чаще всего встречается в возрастной категории 50-59 лет, который равен 28,6%, наименьшее число заболевших приходится на возраст до 19 лет, который составляет 3,9%.

Наибольший процент распространенности сахарного диабета выявлен в возрастной группе 60-69 лет, который составил 31,4%, меньше всего распространен сахарный диабет в возрастной категории 30-39 лет, который составил 3,8%.

Наибольший процент доброкачественных опухолей приходится на возрастную группу 40-49 лет, что составил 28,2% от общего числа доброкачественных опухолей.

Злокачественные новообразования чаще всего зарегистрированы в старших возрастных группах, и наибольший процент приходится на возрастную группу 60-69 лет, с учетом количества опрошенных, он составляет 37,5%.

Наиболее релевантными между собой являются возрастные группы 30-39 лет, 40-49 лет, 60-69 лет, поэтому данный факт учитывался при оценке распространенности заболеваний молочных желез у опрошенного населения. Так наибольший процент приходится на возрастную группу 40-49 лет, что составил 34,6% от общего числа опрошенных.

Деформирующим остеоартрозом чаще всего болеют люди 50-59 лет, процент заболеваемости составляет 32,5%, также данная патология чаще всего встречается у людей 60-69 лет, который равен 27,7% от общего числа больных деформирующим остеоартрозом.

Заключение. Представленные данные скрининговых исследований жителей Абайского, Бескарагайского, Бородулихинского районов являются предварительными. Исследование предполагало апробацию методологии проведения скрининговых обследований населения, проживающего на радиационно-загрязненных территориях, разработанной нами в начале выполнения данного проекта. Результаты анкетирования могут иметь

элемент субъективности, и делать окончательные выводы на основе полученных данных достаточно сложно. В настоящее время проводятся более углубленные клинические исследования по выявлению патологий сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной, онкологической и заболеваний костно-суставной системы.

Тұжырым

СЕМЕЙ АЙМАҒЫ АБАЙ, БЕСҚАРАҒАЙ, БОРОДУЛИХА АУДАНДАРДЫҢ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ САУАЛДАМАЛАРЫ БОЙЫНША АУРУ-СЫРҚАУЛЫҒЫ ТАЛДАУЫ

Г.М. Шалғұмбаева, И.А. Избасарова, Г.Ж. Сабекова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

“Семей қаласының Консультативтік-диагностикалық орталығы” ШЖҚ КМК

Мақалада Семей аймағы Абай, Бескарагай, Бородулиха аудандардың тұрғындардың сауалдамалары бойынша ауру-сырқаулығы тхралы талдау өткізілді

Негізгі сөздер: скрининг, сауалдамала, ауру-сырқау

Summary

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF INHABITANTS OF ABAI, BESKARAGAI, BORODULIKHA DISTRICTS OF SEMEY REGION ACCORDING TO QUESTIONNAIRE

G.M. Shalgumbayeva, I.A. Izbasarova, G.Zh. Sabekova

State Medical University of Semey

Consultative and Diagnostic Centre, Semey

The analysis of screening questionnaires of inhabitants of Abai, Beskaragai, Borodulikha districts of Semey region was carried out in the article.

Key words: screening, incidence, questionnaire.

УДК 618.1-614.876 (574.4)

Г.Н. Баймусанова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.Б. Кажобекова

Государственный медицинский университет города Семей

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ОБЛУЧЕНИЮ В БЕСКАРАГАЙСКОМ РАЙОНЕ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

Целью данного исследования было оценить состояние репродуктивного здоровья женщин в Бескарагайском районе ВКО.

При поперечном изучении состояния здоровья 322 женщин фертильного и климактерического периода, проживающих в Бескарагайском районе выявлена высокая гинекологическая заболеваемость.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, Семипалатинский ядерный полигон

Актуальность. Сохранение и укрепление здоровья населения Республики Казахстан, остается важнейшей проблемой национальной безопасности. Репродуктивное здоровье женщин в данной проблеме является одной из самых важных составляющих, от которой во многом зависит здоровье и будущее нации [1,4].

Изучение отдаленных последствий действия ионизирующих излучений на организм, в частности, исследование состояния здоровья потомков облученных людей, является одной из актуальных и сложных проблем радиационной медицины [3]. Актуальность рассматриваемой проблемы, обусловлена обостряющейся экологической обстановкой, что в свою очередь приводит к необходимости изучения влияния генотоксических факторов в оценке репродуктивных потерь, так как репродуктивная система женщины особо чувствительна к воздействию любых неблагоприятных факторов внешней среды. [2,5].

Цель исследования: оценить состояние репродуктивного здоровья среди потомков населения, подвергшегося радиационному облучению.

Материалы и методы исследования: Проведено поперечное исследование в июле 2012 года методом анкетирования целевой выборки женщин, проживающих в обследуемых районах, а также изучение состояния здоровья женщин фертильного и климактерического периода, проживающих в Бескарагайском районе.

Результаты и обсуждение:

При поперечном изучении состояния здоровья женщин фертильного и климактерического периода, проживающих в Бескарагайском районе среди 322 женщин выявлена высокая гинекологическая заболеваемость.

По возрасту все обследованные были разбиты на возрастные категории, причем остальные параметры анализировались отдельно в каждой из возрастных градаций.

В первой из вышеуказанных групп отмечалось преобладание категории 30-49 лет, которая являлась наиболее многочисленной и в целом среди всех обследованных и составила около 2/3 общей их численности.

Кроме возраста учитывались следующие параметры: акушерский паритет; наличие нарушений менструальной функции; аборт в анамнезе, осложнения течения беременности в анамнезе и текущей, а также наличие ряда экстрагенитальных заболеваний.

Среди женщин в возрасте до 40 лет отмечалось преобладание повторнородящих (73%). В младшей возрастной группе несколько чаще имелись указания на нарушения становления менструального цикла, а в старшей – на наличие их в анамнезе. Кроме того, имеет место появление ранней менопаузы у женщин данного региона. Так были наблюдения, где ранняя менопауза наблюдалась у женщины 37 лет в Бескарагайском районе с. Бегень. В обоих случаях эти моменты мы считаем объективно обоснованными, поскольку у женщин старшего возраста данные нарушения действительно более часты, а в литературе имеются данные об ухудшении репродуктивного здоровья населения, в том числе обследованного региона, за последние десятилетия.

Последнее подтверждается и объективными результатами анализа других анамнестических данных.

Так, самопроизвольные выкидыши в анамнезе имелись чаще у женщин категории 18-40 лет. Напротив, презеклампсии при предыдущих беременностях отмечались в большем проценте случаев у женщин старшей возрастной категории. Однако, не следует забывать, что в этой категории было больше беременностей, а частота позднего гестоза у женщин старше 35 лет гораздо выше. Возрастная зависимость имела и по параметру частоты абортов в анамнезе. У женщин старшей возрастной категории они наблюдались чаще, чем в возрасте до 40 лет, частота абортов по группам прямо коррелировала с возрастом.

На рисунке 1 представлена характеристика обследованных женщин, проживающих в Бескарагайском районе (322 женщины).

Наибольшая распространенность гинекологических заболеваний имела место в группе женщин в возрасте 30-39 лет (35,1%), далее в группе 40-49 лет (26,1%). Среди всей гинекологической патологии наиболее частой встречающейся группой заболеваний были патологии шейки матки (34,5%) и воспалительные заболевания женских половых органов (29,8%), миома матки (12,4%). Кисты и кистомы яичников диагностированы у 12 женщин, что составило 3,7%, мастопатии обнаружены при осмотре у 21 женщин (6,5%).

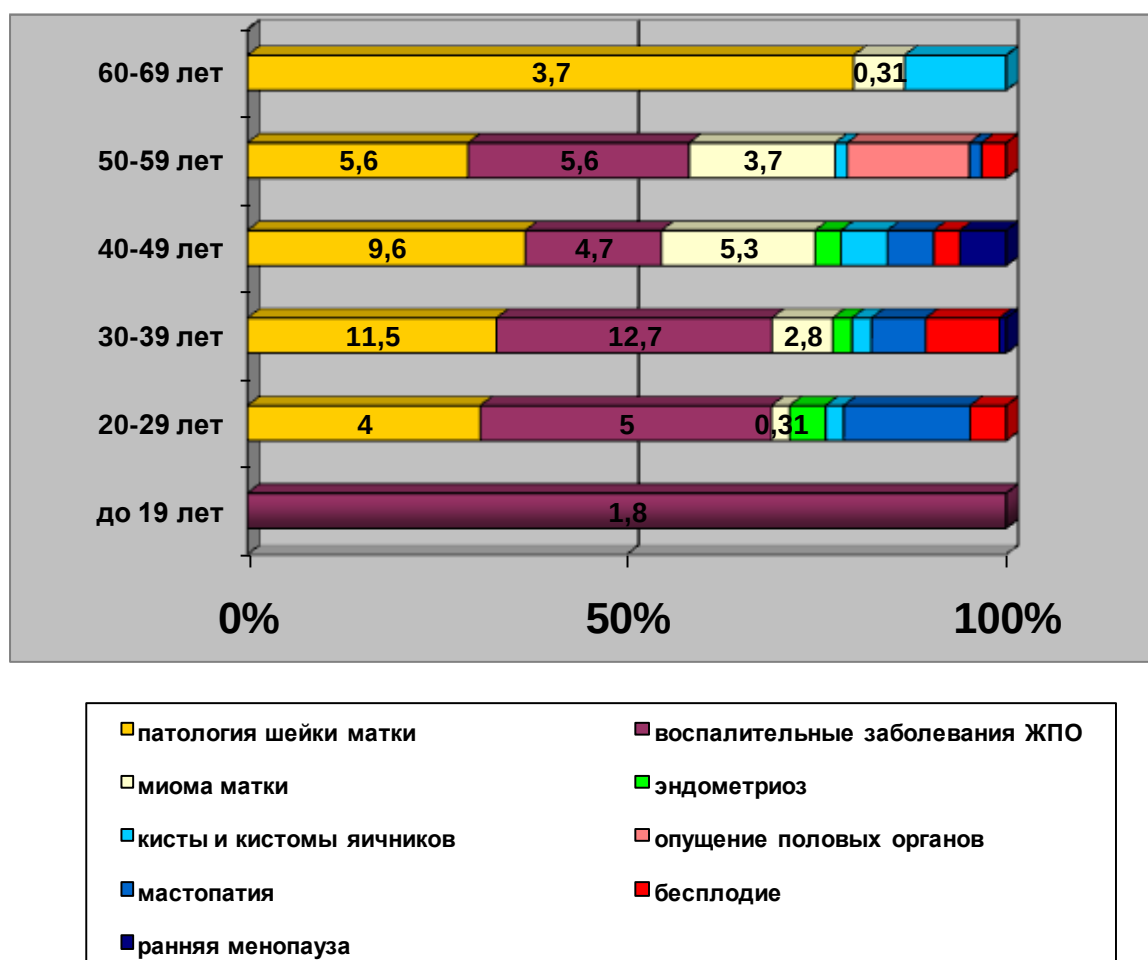


Рисунок 1. Распространенность гинекологической патологии среди женщин, являющихся потомками лиц, подвергшихся воздействию радиационных и нерадикационных факторов риска в Бескарагайском районе ВКО.

Выводы: высокая частота гинекологической заболеваемости побуждает к разработке научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска с целью предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения.

Литература:

1. Айламазян, Э.К. Окружающая среда и репродуктивное здоровье женщин. Текст. / Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. -2005. -Т.ЫУ, вып.1.-С.5-6.
2. Айламазян, Э.К., Беляева, Т.В. Теория и практика общей экологической репродуктологии Текст. / Э. К. Айламазян // Журнал акушерства и женских болезней. 2000. - Т. ХІЛХ, вып. 3. - С. 8-10.

3. Гусев Б.И., Апсаликов К.Н., Пивина Л.М. и др. Репродуктивное здоровье потомков лиц, подвергавшихся прямому облучению в результате испытаний ядерного оружия // Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии. – Томск. – 2004. – №1-3. – С. 371-373

4. Покровский, В. И., Тутельян, В. А. Научные основы охраны здоровья детей Текст. / В. И. Покровский, В.А. Тутельян: постановление XIV(77) Сессии РАМН ,9-11 декабря 2004г. М., 2004. - С.1-7.

5. Haines A, McMichael AJ, Epstein PR. Environment and health: 2. Global climate change and health. Text. / Haines A, McMichael AJ, Epstein PR. CMAJ, 2000,-Vol. 163 (6),-P. 729-734

Тұжырым

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БЕСҚАРАҒАЙ АУДАНЫНДА РАДИАЦИЯҒА ҰШЫРАҒАН АДАМДАР ҰРПАҚТАРЫНЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Г.Н. Баймусанова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.Б. Кажибекова

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

Бұл зерттеудің мақсаты ШҚО Бесқарағай ауданындағы әйелдердің репродуктивті денсаулығын бағалау болып келді.

Бесқарағай ауданында тұратын фертильді және климактериялық кезеңдегі 322 әйелдердің денсаулығын зерттеу кезінде гинекологиялық аурулар өте көп кездесетіні анықталды.

Негізгі сөздер: репродуктивті денсаулық, Семей ядролық полигон.

Summary

REPRODUCTIVE HEALTH STATUS OF DESCENDANTS OF PERSONS EXPOSED TO RADIATION IN BESKARAGAY DISTRICT EAST KAZAKHSTAN REGION

G.N. Baimusanova, G.Zh. Kailubayeva, G.B. Kazhibekova

State Medical University of Semey

The aim of this research was to assess the reproductive health of women in the Beskaragai region. In transverse studying the health 322 women of reproductive and menopause, living in Beskaragai region, showed a high incidence of gynecological.

Key words: reproductive health, the Semipalatinsk nuclear test site.

УДК:616.71-007.234-614.876

М.А. Даулетьярова, Г.К. Манабаева, Б.Ж. Сатубалдинова

Государственный медицинский университет города Семей

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В БЕСКАРАГАЙСКОМ И БОРОДУЛИХИНСКОМ РАЙОНАХ

Аннотация

В целях выявления состояния минеральной плотности кости проведена сплошная скрининговая денситометрия 316 женщин сел Бескарагайского и Бородулихинского районов Восточно-Казахстанской области

Ключевые слова: денситометрия, остеопороз, остеопения.

Актуальность:

По мнению экспертов ВОЗ, остеопороз сегодня – одно из наиболее распространенных заболеваний, которое занимает важное место в структуре заболеваемости и (учитывая осложнения) смертности населения.

Остеопороз представляет глобальную проблему, и дальнейший прогноз неутешителен. Поэтому начало третьего тысячелетия ознаменовалось объявленной ВОЗ декадой заболеваний костно-мышечной системы [1]. Обозначена одна из главных задач реализации и совершенствования программ ранней диагностики, профилактики остеопороза и его осложнений.

Наблюдается прогрессивное увеличение числа больных остеопорозом в популяции не только за счет

роста доли старших возрастных групп населения, но и вследствие «омоложения» этого заболевания, т.е., уменьшения среднего возраста выявления остеопороза и повышения относительного числа лиц со снижением МПКТ в категориях лиц молодого возраста.

С проблемой остеопороза сталкиваются врачи различных специальностей, поскольку данное заболевание имеет мультифакторное происхождение. Процесс снижения минеральной плотности костной ткани развивается исподволь и обычно диагностируется на поздних стадиях. По своему распространению, проявлениям и следствиям остеопороз приобрел эпидемические масштабы и заслужил название «тихой эпидемии» [2] (Беневоленская Л.И., 1995).

Цель исследования: Определить частоту развития остеопороза у женщин в различных возрастных категориях среди населения в исследуемых районах.

Материалы и методы исследования: Измерение минеральной плотности костной ткани проводили методом количественной ультразвуковой денситометрии на аппарате «Sonost 2000» (Южная Корея) у женщин в исследуемых районах. Прибор оснащен референсной базой данных. Нормативные кривые построены с учетом пола и возраста. Перед началом работы проводили калибровку аппарата с помощью фантома. Объектом исследования является пяточная Кость. Определяемые параметры: индекс прочности (ИП), t-критерий и z-критерий. При значениях ИП выше 87% результат трактуется как норма. При ИП ниже 87%, но выше 67% полученный результат будет отнесен к остеопении, ИП от 67% и ниже характеризуется, как остеопороз. t-критерий – представляет собой процент отклонения или количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы лиц молодого возраста (25-30 лет). t-критерий уменьшается параллельно с постепенным снижением костной массы при увеличении возраста. z-критерий представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста.

Результаты и обсуждение: В рамках обследования женщин фертильного и климактерического возрастов на наличие факторов риска был проведен скрининговый анализ, с использованием информации, полученной при применении стандартного комплекса методов обследования (согласно протоколам диагностики и лечения), дополнительных исследований.

По возрасту все обследованные были разбиты на возрастные категории (каждые 10 лет), причем остальные параметры анализировались отдельно в каждой из возрастных градаций.

В первой из вышеуказанных групп отмечалось преобладание категории 30-39, 40- 49 лет, которая являлась наиболее многочисленной и в целом среди всех обследованных и составила около 2/3 общей их численности.

В структуре особенностей гинекологического анализа было выявлено достоверное превышение частоты позднего наступления менархе, наличие дисфункциональных маточных кровотечений и нарушение менструального цикла.

В группе выявленных лиц с остеопеническим синдромом отмечалась повышенная частота женщин с тиреотидной патологией, сопровождающейся нарушениями функции щитовидной железы. Среди выявленных сердечно-сосудистых заболеваний в случаях остеопенического синдрома преобладала артериальная гипертензия.

Так, в целях выявления остеопенического скрининга проведена сплошная скрининговая денситометрия 316 женщин сел Бескарагайского и Бородулихинского районов Восточно-Казахстанской области (рисунок 1 и 2). Исследование показало, что у 155 женщины, что составило 49,1%, нормальные показатели минеральной плотности крови. У 151 женщин обнаружена остеопения, что составило 47,8%. В 10 случаях (3,24%) выявлен остеопороз, где преобладали женщины менопаузального периода. На местах в реальном времени были проведены консультации с целью профилактики и лечения остеопении у женщин, проживающих в экологически неблагоприятном регионе.

Таким образом, при проведении скрининговых исследований было выявлена высокая частота остеопении и остеопороза женщин, проживающих в экологически неблагоприятных регионах.

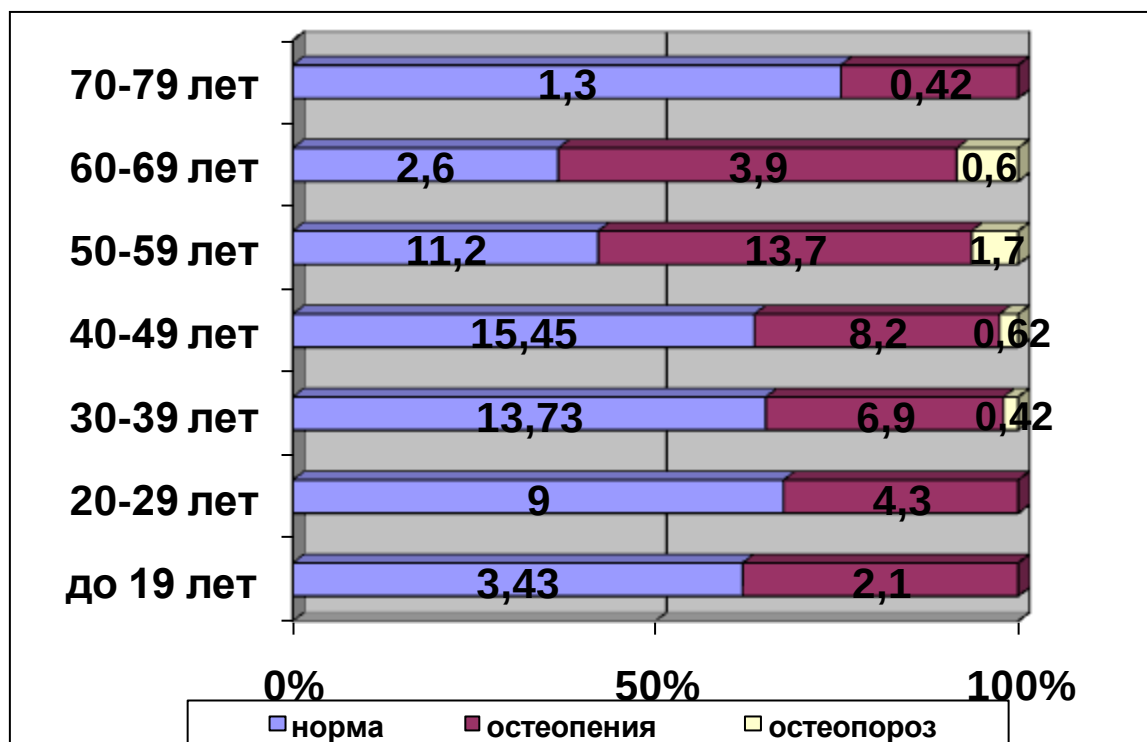


Рисунок 1. Денситометрические показатели женщин различных возрастных категорий в Бескарагайском районе ВКО.

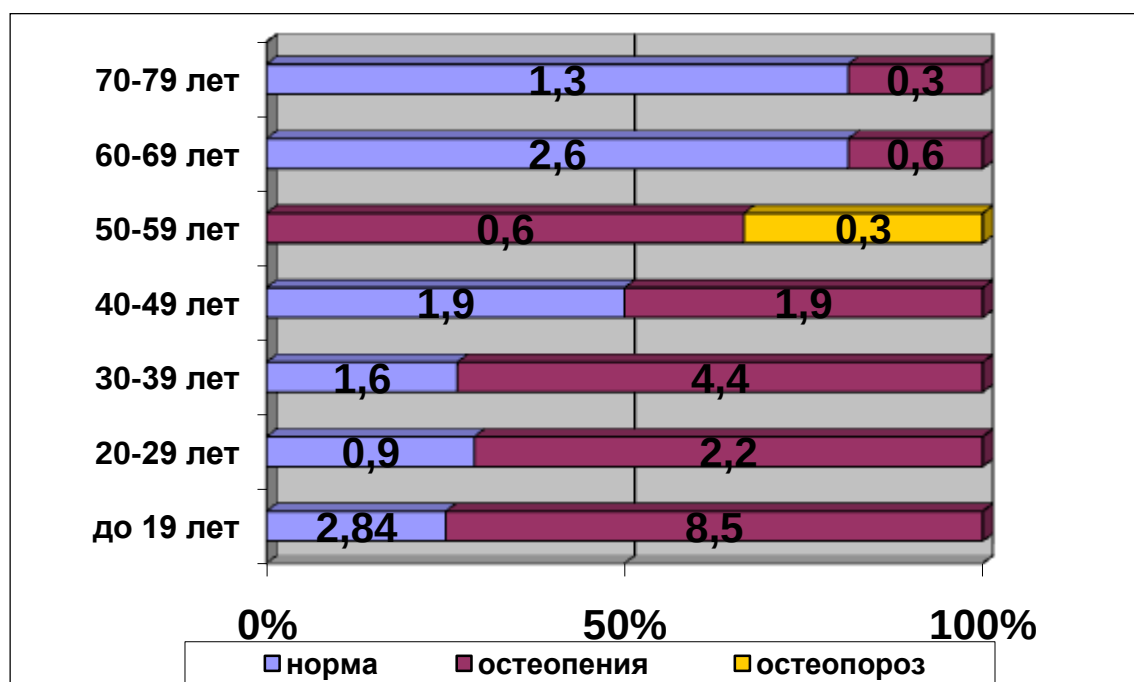


Рисунок 2. Денситометрические показатели женщин различных возрастных категорий, Проживающих в Бородулихинском районе Восточно-Казахстанской области

Таблица 2.

Средние показатели МПКТ у женщин, являющихся потомками лиц, подвергшихся воздействию радиационных и нерадиационных факторов риска.

Возрастная группа	ИП	T-критерий	z-критерий
До 19 лет	79,9±2,4	-1,28	-1,27
20-29 лет	73,3±2,5	-0,85	-0,82
30-39 лет	75,8±2,2	-1,6	-1,57
40-49 лет	84,5±2,0	-1,08	-0,87
50-59 лет	46,7±2,3	-3,05	-3,0
60-69 лет	75,5±2,8	-1,53	-0,45
70-79 лет	77,4±2,6	-1,5	-0,55

Выводы: при проведении скрининговых исследований была выявлена высокая частота остеопении и остеопороза женщин, проживающих в экологически неблагоприятных регионах.

Литература:

1. Торопцова Н.В., Беневоленская Л.Н. Тезисы докладов III Российского симпозиума по остеопорозу. СПб., - 2000; 86.
2. Baranova IA, Toroptsova NV et al. 2'd International Congress "Glucocorticoid h Ind. Osteoporosis". Italy, 2001; p. 28.

Тұжырым

**БЕСКАРАҒАЙ ЖӘНЕ БОРОДУЛИХА АУДАРЫНДАҒЫ ТҰРАТЫН
ӘЙЕЛДЕР СҮЙЕКТЕРІНІҢ МИНЕРАЛДЫ ТЫҒЫЗДЫҒЫ**
М.А. Даулетьярова, Г.К. Манабаева, Б.Ж. Сатубалдинова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Әйелдер сүйектерінің минералды тығыздығын анықтау мақсатымен Шығыс Қазақстан облысы, Бескарағай және Бородулиха аудандарында 316 әйелдің денситометриялық скринингі өткізілді.

Негізгі сөздер: денситометрия, остеопороз, остеопения.

Summary

**STATE OF MINERAL BONE DENSITY IN WOMEN,
LIVING IN AND BESKARAGAI BORODULIHA REGION**
M.A. Dauletyarova G.K. Manabaeva, B.Zh. Satubaldinova
State Medical University of Semey

In order to identify the mineral density of bone densitometry screening held solid 316 women took Beskaragai and Boro-dulikha regions of the East Kazakhstan region.

Key words: densitometry, osteoporosis, osteopenia.

УДК 616.31-006.6

Н.Б. Хайдарова¹, А.К. Смаилова², Б. Исина³, Л.А. Рахматуллина⁴Государственный медицинский университет города Семей^{1,2,3},
Кафедра стоматологических дисциплин,
ТОО «Стоматология», г. Аягуз⁴РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГУБЫ
НА ТЕРРИТОРИИ ГОРОДА СЕМЕЙ И БЛИЗЛЕЖАЩИХ РЕГИОНОВ

Аннотация

Мы провели статистический анализ за 2010-2012 год. Результаты показали, что заболеваемость раком губы с 2010 по 2012 год сократилась на 33,4% в городе Семей и близлежащих регионах. Заболеваемость на I этапе болезни в среднем за 3 года сократилась на 65%.

Ключевые слова: злокачественные образования губы, распространенность, факторы, возрастные и половые критерии.

Анализ онкологической службы свидетельствует о высоких показателях заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в Семейском регионе. Ежегодно по нашему региону на учет берется более 1300 больных со злокачественными заболеваниями [1]. Актуальность проблемы в том, что наблюдается обращение в поздних стадиях развития заболевания, когда эффективность специализированного лечения значительно снижена [3]. Если говорить о лидерах среди онкологических заболеваний, рак легкого, как и в прошлых годах стабильно занимает первое место в ранге онкопатологии. А II место - рак молочной железы, который постоянно остается на 1-ом месте среди женской онкопатологии. На III месте рак желудка. IV место занимают злокачественные новообразования кожи и губы [2].

Цель работы: изучение распространенности злокачественных новообразований губы на территории г. Семей и близлежащих регионов.

Задачи: Провести статистический анализ распространенности злокачественных новообразований губы

за 2010-2012 годы. Исследовать влияние местных и общих факторов на распространенность онкологических заболеваний губы. Изучить возрастные и половые критерии у больных с злокачественными новообразованиями губы.

На базе «Регионального Онкологического диспансера г. Семей» с 2010 года по настоящее время нами был проведен статистический анализ. Подсчет данных был произведен с помощью амбулаторных и стационарных карт. Изучались все карты больных, состоящих на учете в онкодиспансере и впервые обратившихся за эти годы соответственно, диагноз больным с онкопатологией составлялся согласно международной классификации болезней МКБ 10.

Смертность от злокачественных новообразований в Республике Казахстан на 2011 год, составила из 16814 (99,7%) человек из них 50 человек, 0,3% смертности составили злокачественные новообразования губы (рис.1).

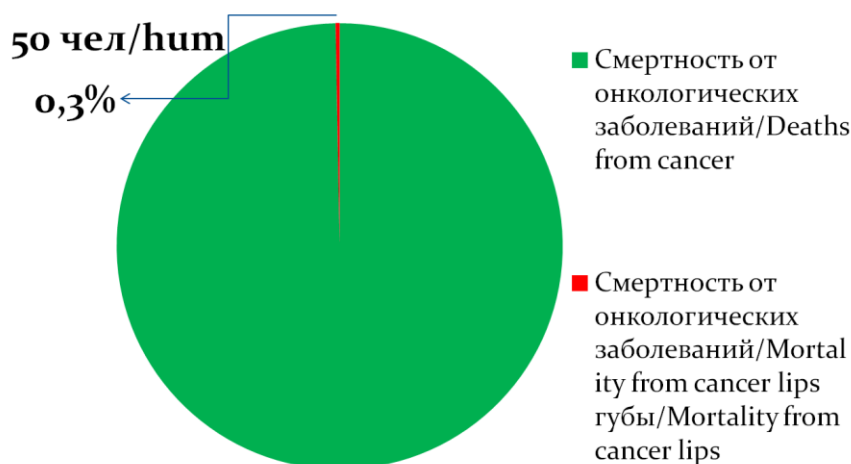


Рисунок 1. Смертность от злокачественных новообразований в Республике Казахстан (2011 год).

Число больных злокачественными новообразованиями губы составило в 2010 году - 183 человека, в 2011 году - 164 человека, в 2012 году - 121 человек (рис. 2).

Этиология и патогенез заболевания недостаточно изучены. Значительную роль играют возрастные трофические изменения тканей в частности нижней губы, которые особенно выражены у лиц с вторичной адентией или при разрушении передних зубов.

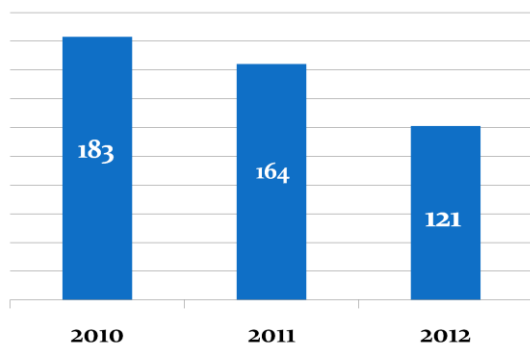


Рисунок 2. Число больных злокачественными новообразованиями губы.

В связи с этим у некоторых людей, с нарушенной трофикой в области нижней губы, легко возникает деструктивная ответная реакция на действие раздражающих факторов, таких как инсоляция, острая и хроническая травма, плохой уход за полостью рта и вредные привычки (курение, употребление алкоголя), хронические заболевания органов и систем. Следовательно, можно сказать помимо местных факторов немаловажную роль в развитии данного заболевания играют общие факторы, такие как соматическая патология. В данном случае присутствовали такие сопутствующие заболевания как: эмфизема легких - 2%; остеомиелит конечностей - 8%; хронический бронхит - 10%, туберкулез легких - 15%; гастрит - 20% и у 45% больных анамнез не отягощен (рис. 3).

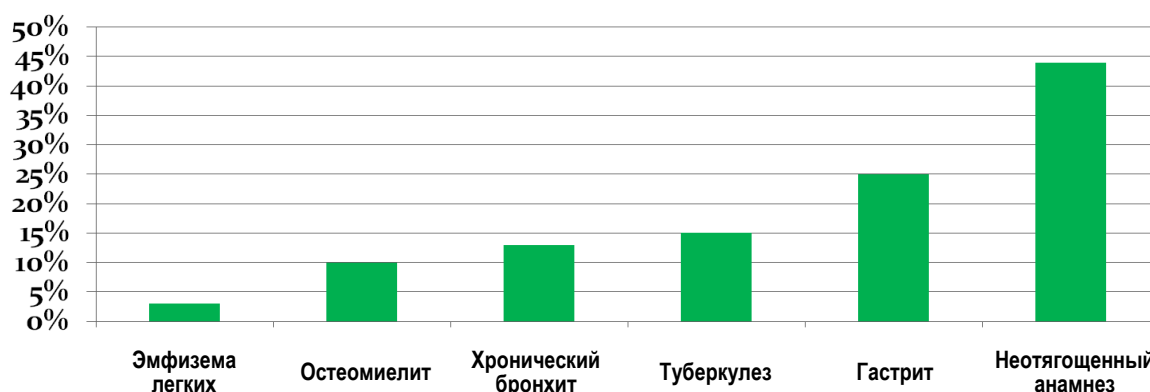


Рисунок 3. Сопутствующие заболевания.

Из анализа амбулаторных карт в 83% случаев возникновению злокачественных новообразований губы подверглись мужчины работа на вредном производстве, вредные привычки и у 17% женщин, у женщин возможно провоцирующим фактором помимо всех выше перечис-

ленных также являются аллергические ингредиенты, входящие в состав губных помад (рисунок №4). В 80% в медицинских картах обозначено в графе вредные привычки: - курение 70%, употребление алкоголя - 23%, насвая - 5%, наркотиков - 2% (рис. 5).

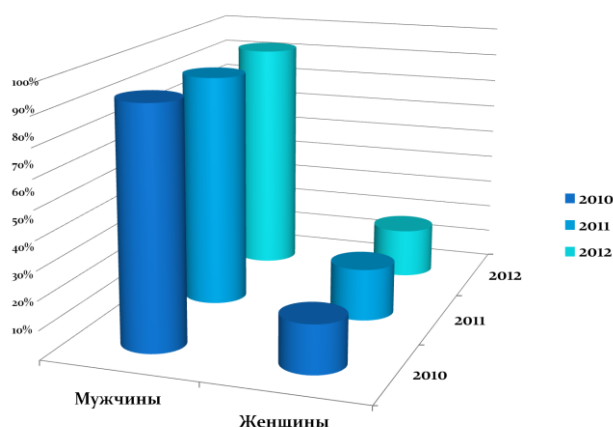


Рисунок 4. Распространенность нозологии по половому признаку.

Далее по возрастным критериям определили, что в категории от 75 до 102 лет болеют 45% людей, в возрасте 49-72 лет болеют 53%, от 23-48 лет болеют 2% больных.

Выводы

• Результаты статистического анализа за 2010-2012 год показали, что заболеваемость злокачественными новообразованиями губы за период от 2010 к 2012 году снизилась на 33,4% в г. Семей и близлежа-

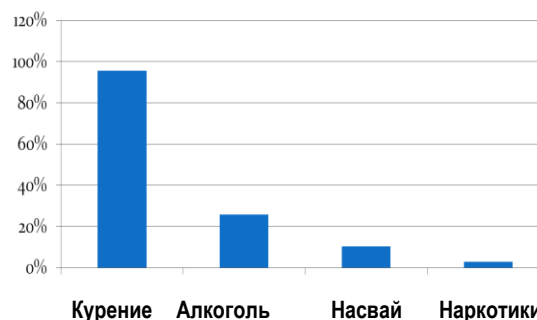


Рисунок 5. Вредные привычки. (По международной классификации болезней МКБ 10).

щих регионах. Обращаемость на I стадии заболевания составила в среднем за 3 года 65% от общего количества обследованных больных.

• Выявилось, что в г. Семей и близлежащих регионах у больных со злокачественными новообразованиями губы присутствуют местные факторы, которые в 55% случаев сопровождаются наличием сопутствующей патологии, и в 45% случаев анамнез больных не отягощен сопутствующими заболеваниями.

• Наибольший процент заболеваемости выявлен в возрасте 49-72 лет (53 %). При подсчете за 2010-2012 год по половым критериям выявилось, что мужчины злокачественными новообразованиями губы в 8 раз чаще болеют, чем женщины, так как мужчины больше подвержены вредным привычкам.

Заключение. В настоящее время онкология располагает специализированными методами лечения рака, которые позволяют добиться успеха, особенно на ранних стадиях заболевания. Чем раньше диагностирован рак и проведено лечение, тем лучше для больного. Известно, что выживаемость при раке лучше в ранних, локализованных стадиях, чем при поздних, распространенных. Раннее выявление рака является важным фактором снижения смертности. К сожалению, на данный момент 30% пациентов обращаются к специалистам-онкологам в запущенной стадии заболевания, из которых у 90% случаев причинами запущенности является несвоевременное обращение и скрытое течение. Тревожит то, что среди запущенных случаев не редко

встречаются визуальные локализации в результате позднего обращения или длительного нерационального лечения.

Литература:

1. Ким О.М. и соавт. К онкологической заболеваемости в Восточно-Казахстанской области //Сборник Межд. конф. «Экология, радиация, здоровье» посвященная 20-летию прекращения ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне 29 августа 2009 г. – Семей, 2009. – С.115.

2. Сандыбаев М.Н., Адылханов Т.А. Онкоэндокринологическая служба и схема ее функционирования в региональном онкологическом диспансере г. Семей //Сборник Межд. конф. «Экология, радиация, здоровье» посвященная 20-летию прекращения ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне 29 августа 2009 г. – Семей, 2009. – С.156.

3. Зазулевская Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта.- М. Медицина, 2010. – 297с.

ТҰЖЫРЫМ СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖӘНЕ ҚАЛА АЙМАҒЫНДАҒЫ АУДАНДАРДА ЕРІНІҢ ҚАТЕРЛІ ІСІГІНІҢ КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІ

Н.Б. Хайдарова, А.К. Смаилова, Б. Исина, Л.А. Рахматуллина

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Стоматологиялық пәндер кафедрасы, ЖШС «Стоматология», Аягөз қаласы

Семей қаласының және қала аймағындағы аудандарда 2010–2012 жыл аралығында жасалған статистикалық анализ көрсеткіші бойынша 2010 жылдан 2012-ға дейін ерінің қатерлі ісігі 33,4%-ке төмендеді. 3 жылдың ішінде аурудың І дәрежесіндегі қаралған науқастар саны барлық науқастар санынан орташа есеппен 65% құрады.

Негізгі сөздер: ерінің обыр аурулары, таралуы, жасына және жынысына байланысты критерийлері.

Summary PREVALENCE OF LIP CANCER INCIDENCE IN THE TERRITORY OF SEMEY CITI AND NEIGHBORING REGIONS

N.B. Khaidarova, A.C. Smailova, B. Isina, L.A. Rahmatullina

State Medical University of Semey

The chair of dental disciplines, «Stomatology», Ayagoz c.

We carried out a statistical analysis for the 2010-2012 year. The results showed that the incidence of lip cancer from 2010 to 2012 decreased by 33.4% in Semey and regions. Uptake stage I disease has averaged over 3 years 65%.

Key words: malignant formations lips, prevalence, factors, age and gender criteria.

УДК 618.146-006-036.22

Г.М. Шалгумбаева

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра общественного здравоохранения и информатики, докторант PhD.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

В статье анализируется текущее состояние заболеваемости раком шейки матки в соответствии с данными мировой литературы и статистических данных в Республике Казахстан.

Ключевые слова: рак шейки матки, статистика, факторы риска.

Актуальность: Рак относится к числу наиболее распространенных заболеваний, сопровождающихся высокой смертностью и инвалидизацией населения. Двадцать пять миллионов человек на планете больны раком различных локализаций. Только в 2008 г. зарегистрировано более 12 млн новых случаев и 7 млн летальных исходов. Исследователи прогнозируют, что к 2030 г. число заболевших приблизится к 75 млн. [1]

Материалы и методы: Обзор мировой литературы. Данные Агентства Республики Казахстан по статистике о численности, половозрастном составе населения по

областям и регионам. В качестве основного метода при изучении заболеваемости раком шейки матки (РШМ) использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов.

Структура форм рака в странах с высоким, средним и низким уровнем жизни существенно различается. В странах с высоким уровнем жизни доминируют рак легкого, молочной железы, простаты и колоректальный рак. Третья часть всех случаев рака в этих странах связана с табакокурением и 10 % - с хроническими инфекциями. В странах со средним и низким уровнем жизни,

доминируют рак желудка, печени, полости рта и шейки матки. Однако наблюдающаяся в последние годы вестернизация стиля жизни сопровождается увеличением доли табакокурящих людей, изменением структуры питания, малоподвижным образом жизни, увеличением веса, возраста рождения первого ребенка, приводящими к росту частоты рака молочной железы и колоректального рака.[2]

Рак шейки матки является третьей по частоте диагностируемых раков и четвертой ведущей причиной смертности от рака у женщин во всем мире, что составляет 9% (529, 800) от общего числа новых случаев заболевания раком и 8% (275,100) от общей смертности от рака среди женщин. Более 85% этих случаев и смертей приходится на развивающиеся страны. В Индии, второй по численности населения стране мира, смертность от рака шейки матки составляет 27% (77,100) от общей смертности. Самые высокие показатели заболеваемости во всем мире наблюдаются в Восточной, Западной и Южной Африке, а также Южной и Центральной Азии и Южной Америке. Самые низкие показатели заболеваемости рака шейки матки в Западной Азии, Австралии, Новой Зеландии и Северной Америке. [3]

Непропорционально тяжелое бремя рака шейки матки в развивающихся странах и в других медицинских групп населения во многом связано с отсутствием скрининга, который позволяет обнаружить предраковые состояния и ранние стадии рака шейки матки. Система здравоохранения в этих странах не поддерживает тестирование по Папаниколау или другие виды скрининговых тестов.

К факторам риска заболеваемости раком шейки матки относятся ранние браки и раннее начало половой жизни, рождение первого ребенка до 20 лет, частые роды, большое количество сексуальных партнеров, несоблюдение личной гигиены, низкий социально-экономический статус, ВПЧ, вирус простого герпеса II типа, положительный ВИЧ-тест, использование оральных контрацептивов, курение и т.д. [4]

Наиболее достоверными и экономически эффективными методами скрининга в условиях ограниченных ресурсов страны включают визуальный осмотр с использованием либо уксусной кислоты, либо раствора Люголя, а также определение ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) в ДНК-клетки образца шейки матки. Последние клинические исследования в сельских районах Индии, с низким уровнем ресурсов, установили, что один раунд тестирования на ДНК ВПЧ привел к 50%-ному снижению риска развития рака шейки матки и связанных с ним смертей.

В большинстве стран СНГ в последнее десятилетие наблюдается снижение доли рака шейки матки в струк-

туре онкологической заболеваемости женского населения. В странах СНГ стандартизованные показатели заболеваемости колебались от 5,6 на 100 тыс. в Азербайджане до 10,5–14,5 на 100 тыс. в России, Беларуси, Кыргызстане, Молдове, и Грузии. Максимальный прирост заболеваемости наблюдался в Грузии (26,5 %).[4]

В Казахстане распределение больных РШМ по регионам неодинаковое, наименьшие экстенсивные показатели были установлены в Мангыстауской области (1,4%) и Кызылординской (2,8%) областях, а также в г. Астана (2,9%) областях.

Наибольший удельный вес больных РШМ в республике был установлен в Восточно-Казахстанской (11,3%), Карагандинской (10,1%), и Алматинской областях, и в г. Алматы (10,6%). Среднегодовой средний возраст больных РШМ в целом по республике составляет 52,9±0,4 лет (95% ДИ=52,1-53,7 лет). В динамике наблюдается «омоложение» контингента больных раком шейки матки, что является негативным моментом.[6]

Выводы. Проанализированные данные свидетельствуют, что рак шейки матки остается актуальной проблемой здравоохранения и требует дальнейшего улучшения профилактических мер. В настоящее время высока вероятность снижения распространенности рака шейки матки во всем мире путем вакцинирования от наиболее распространенных штаммов ВПЧ-инфекции, которые вызывают около 70% случаев рака шейки матки.

Литература:

1. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: <http://globocan.iarc.fr>. 2010. Last accessed 8/17/2010.
3. Ahmedi Jemal, DVM, PhD; Freddie Bray, PhD; Melissa M. Center, MPH; Jacques Ferlay, ME; Elizabeth Ward, PhD; David Forman, PhD Global Cancer Statistics CA CANCER J CLIN 2011;61:69–90.
4. (Nandakumar A, Anantha N, Venugopal TC (1995). Incidence, mortality and survival in cancer of the cervix in Bangalore. India. *Br J Cancer*, 71, 1348-52).
5. Давыдов, М.И., Аксель, Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями России и стран СНГ в 2006 г. [Текст] // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – Т. 19. – № 2 (прил. 1). – 2008. – С. 52–90.
6. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году. Статистический сборник. Астана, 2012г.

ТҰЖЫРЫМ

ЖАТЫР МОЙЫНША РАГЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Г.М. Шалғұмбаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Мақалада жатыр мойнының рагы бойынша қазіргі әлемдік жағдай туралы жазылған.

Негізгі сөздер: жатыр мойнының рагы, статистика, қауып факторлары.

Summary

EPIDEMIOLOGY OF CERVICAL CANCER

G.M. Shalgumbayeva

State Medical University of Semey

The article analyzes the current state of cervical cancer incidence according to world literature and statistical data collection of the Republic of Kazakhstan.

Key words: cancer cervical, screening, statistics, risk factors.

УДК 616.12-009.3-612.123

Н.Е. Аукунов, А.Б. Есенбаева, Г.Б. Мусабекова, М.А. Сегизбаева, З.Х. Ярмухаметова, Л.М. Омарова

Государственный медицинский университет города Семей

ПРОВЕДЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖИТЕЛЕЙ СЕМИПАЛАТИНСКОГО РЕГИОНА

Аннотация

В статье указывается и доказывается изменение липидного обмена при ишемической болезни сердца в Семипалатинском регионе. Установлено повышенное содержание всех фракций липидов при ИБС.

Ключевые слова: ИБС, липидный обмен, уровень холестерина, уровень триглицеридов, уровень липопротеидов, Семипалатинский регион.

Актуальность проблемы, вызванной повышенным радиационным фоном, даже спустя десятилетия после закрытия Семипалатинского полигона, до сих пор не потеряла своего медицинского и социального значения.

Целью исследования явилось изучение физиологического и патофизиологического статуса жителей Семипалатинского региона.

Одной из задач исследования явилось изучение липидного обмена у жителей Семипалатинской области, страдающих ИБС, стенокардией напряжения, ФКII, II, сочетанного с артериальной гипертензией, медленно прогрессирующего течения, II стадии, II, в возрасте от 40 до 60 лет, т.е. – третьей возрастной группы (таблица 1).

Основными классами липидов, вызывающие атеросклероз, являются триглицериды, различные формы холестерина, а также свободные жирные кислоты. Однако исследование свободных жирных кислот представляет закономерные трудности, поэтому проводилось изучение холестерина и его фракций, а также уровень триглицеридов.

При анализе проведенных исследований было установлено, что уровень содержания холестерина и

его фракций, а также концентрация триглицеридов в плазме крови больных был увеличен по сравнению с контролем (n = 541) (таблица 2).

Таблица 1.

Количество исследований липидного обмена, проведенные у жителей неблагоприятных районов.

№	Населенный пункт	Количество исследований
1	с. Канонерка	65
2	с. Карамурза	19
3	с. Сосновка	88
4	с. Коянбай	22
5	с. Бескарагай	152
6	с. Кунунды	32
7	с. Караул	89
8	с. Саржал	60
9	с. Зенковка	14
10	Общее количество исследований	541

Таблица 2.

Уровень холестерина и его фракций, содержание триглицеридов в плазме крови у больных ИБС, стенокардией напряжения, ФКII, II. Артериальная гипертензия, медленно прогрессирующего течения, II стадия, II. Возраст больных от 40 до 60 лет.

Показатели	Триглицерид	Холестерин (40-60 лет)	Холестерин ЛПВП	Холестерин ЛПНП
Норма	0,56 - 1,69	3,9 – 8,0	> 0,9	3 - 4,5
Результат	3,7 ± 0,01*	13,7 ± 0,04*	0,6 ± 0,03*	8,4 ± 0,1*

* - $P < 0,05$ по Стьюденту

Несмотря на результаты, полученные данные очень легко объяснимы. Необходимо указать на следующий фактор, практически являющийся основным – связь с белковыми фракциями. Дело в том, что при повышении уровня содержания липидов, включаются механизмы, которые физиологически отвечают за содержание липидов. Поэтому, различия в электрофизиологической лабильности и свойствах липопротеидов зависят от данных белковых соединений, обладающих специфическими свойствами. Данные белки называются аполипидпротеидами. К ним относятся: A_I, A₂, B, C₁, C₂, C₃, D. И все равно, в практике при назначении гиполипидемических препаратов ориентируемся на уровень триглицеридов и холестерина.

Для более достоверного объяснения нормального содержания липидов при ИБС и артериальной гипертензии необходим ряд дополнительных исследований.

Например, определение состава атеросклеротических бляшек у человека показало, что в них содержится исключительно большое количество липидов, состоящих в основном из свободного холестерина и его эфи-

ров. Исследования уровня холестерина крови у жителей Семипалатинского региона показали, что у больных атеросклерозом очень часто наблюдается гиперхолестеринемия. У 60,1±9,8% больных атеросклерозом обнаружено повышение уровня холестерина крови. А, к примеру, у жителей Алматинской области, страдающих такой же формой заболевания, увеличение уровня содержания холестерина наблюдалось в 21,2±3,2% случаев заболевания, в Караганде 34,8±2,0%, в Актюбинске 11,7±1,1%. Гиперхолестеринемия у жителей Семипалатинского региона наблюдалась в основном за счет холестеринэстеров (54,2±6,2%). Сопоставляя клинико-биохимические данные, выявили определенную связь между уровнем холестерина крови и стадией атеросклероза. При длительном повышении уровня холестерина крови имела место прогрессирующая стадия атеросклероза.

У больных атеросклерозом в Семипалатинском регионе отмечается некоторая тенденция к повышению уровня фосфолипидов крови, степень которого, как пра-

вило, меньше, чем степень повышения холестерина в 1,2 раза ($1,2 \pm 0,02\%$).

Необходимо отметить, что сниженная величина отношения фосфолипиды/холестерин долго рассматривалась исследователями как единственный показатель устойчивости холестерина в крови в силу того, что фосфолипиды, являясь гидрофильным коллоидом, способствуют удержанию холестерина во взвешенном состоянии. Однако эта величина оказалась далеко не всегда сниженной, особенно у лиц с нарушенным обменом триглицеридов. Необходимо также иметь в виду, что фосфолипиды крови и тканей - неоднородные соединения. К ним относятся лецитин, кефалин, серинфосфатиды, ацетальфосфатиды, сфингофосфатиды и др. По химическому составу эти фракции различаются между собой тем, что имеют разные азотистые соединения.

Триглицериды являются основным компонентом липидов, присутствующим в рационе человека. Количество вводимого с пищей жира колеблется в очень широких пределах составляя в Семипалатинском регионе 70-150 г в день. Необходимо помнить, что в печени синтезируется ежедневно от 10 до 50 г триглицеридов. Транспорт триглицеридов к тканям после всасывания в форме хиломикрон, образованию которых предшествует ряд сложных ферментативных процессов. Основными ферментами, участвующими во всасывании триглицеридов, являются липазы. Роль желудочной липазы в расщеплении триглицеридов, особенно у человека, невелика, но освобождение даже небольшого количества жирных кислот играет определенную роль, ускоряя эмульгирование жира.

Нельзя в данной статье не сказать о некоторых особенностях лечения нарушений липидного обмена.

Необходимо отметить, что в настоящее время приняты только два основных подхода для лечения повышенного содержания липидов в крови.

Первый подход – назначение лекарственных средств, непосредственно влияющих на сосудистую стенку, в частности на ее проницаемость для липидов и

сохранение микроциркуляции, и, второй – использование гиполипидемических средств.

Применение гиполипидемических средств обосновывается важной ролью липидов в патогенезе атеросклероза, особенно на первых его стадиях. Данные факторы связаны с гиперлипидемией, особенно, с гиперхолестеринемией, с большой распространенностью ИБС и ряда других атеросклеротических заболеваний, и современными мнениями ученых о том, что нормализация уровня липидов в организме может привести к меньшему риску атеросклеротических заболеваний и предположительно даже к регрессии существующих липидных отложений или бляшек в давно пораженных сосудах.

Таким образом, предварительно проведенными исследованиями, было установлено, что в Семипалатинском регионе, пока по не установленным причинам, уровень липидов намного превышает уровень содержания их в других регионах на 40 – 50%.

Лечение антигиперлипидемическими лекарственными средствами должного клинического эффекта не имеет, что требует обоснованного объяснения.

Литература:

1. Насонова Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2011, - 738 с.
2. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М: Медицина, 1991. - 653 с.
3. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Медицина, - 1993. - С. 12 – 17.
4. Flouvat B. Pharmacokinetic et pathologie. // Med. Intern, - 1984. V.16. - P. 323-329.
5. Бертрам Г. Катцунг. - в 2-х томах. – Санкт-Петербург, - 1998. – 235с.
6. Shettler G. Atherosclerosis.-Springer, Berlin, - 1997. – С. 34-39.
7. Frich D. Arrhythmias and treatment. – N-I., - 2000, - 786 p.

Тұжырым

СЕМЕЙ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ЖИА КЕЗІНДЕГІ ЛИПИДТЫ АУМАСУДЫ ЗЕРТТЕУДІ ӨТКІЗУ

Н.Е. Ауқенов, А.Б. Есенбаева, Г.Б. Мусабекова, М.А. Сегізбаева,

З.Х. Ярмаухаметова, Л.М. Омарова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Семей аймағында алдын-ала өткізілген зерттеулерде, дәлелделген, әзірше дәлелденбеу себебінен липидтің деңгейі едәуір басқа аймақтарға қарағанда 40-50% жоғары.

Негізгі сөздер: липидтік аумасу, холестериндердің қандағы деңгейі, липидтердің қандағы деңгейі Семей аймағында.

Summary

THE IMPLAMENTING RESEARCHES THE METABOLISM OF BLOOD LIPIDS BY IHD IN SEMIPALATINSK REGION

N.Ye. Aukenov, A.B. Yesenbayeva, G.B. Musabekova, M.A. Segizbayeva,

Z.H. Yarmukhametova, L.M. Omarova

Semey State Medical University

So, preliminary continues researches was detriment, that in Semey region, its not establishing causes, level of lipids more increases level of concentration in other regions on 40 – 50%.

Key words: Ischemic diseases, exchange of lipids, the level of holstering, the level of lipids. Semey regions.

УДК 616.8-616.43-092-08

А.А. Дюсупова, Г.Ж. Баядилова, Г.С. Томпакова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова
Государственный медицинский университет города Семей,

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЕЕ ТЕРАПИИ

Аннотация

В работе представлена информация о диабетической невропатии, ее клинических проявлениях, диагностике, патогенетических аспектах лечения. Обсуждается роль нейротропных витаминов в профилактике и лечении диабетической невропатии.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, диабетическая невропатия, патогенез, лечение, нейротропные витамины.

По мнению многих диабетологов мира распространенность сахарного диабета (СД) в XXI веке приобрела масштабы эпидемии.

Важное значение имеют аспекты профилактики, ранней диагностики и терапии поздних осложнений СД, определяющими показатели инвалидизации и летальности больных. По современным представлениям одним из наиболее частых осложнений СД является дистальная симметричная сенсорно-моторная невропатия, которая является самой распространенной формой диабетической невропатии (ДН) (2/3 случаев) [1].

Выделяют 5 факторов риска для развития диабетической невропатии:

1. длительность заболевания;
2. степень гипергликемии;
3. возраст пациента;
4. мужской пол;
5. более высокий рост.

В патогенезе ДН первостепенное значение имеет гипергликемия, которая способна повреждать как сами нервы, так и эндонейральные кровеносные сосуды (глюкозотоксичность).

В развитии ДН обсуждается 2 основных механизма: метаболический и сосудистый. Метаболический заключается в следующем:

1. активации альтернативных путей метаболизма глюкозы, в частности, полиоловый путь, в результате которого, блокируется проведение импульсов.

2. Накопление продуктов перекисного окисления, свободных радикалов.

3. AGE – путь, т.е. усиление гликирования белков и накопление конечных продуктов избыточного гликирования (КПИГ).

4. Гексозаминовый путь с образованием гексозаминов - молекул, вызывающих инсулинорезистентность.
5. Избыток последних приводит к активации протеинкиназы С (путь протеинкиназы С), которая играет роль в реализации сосудистого механизма ДН. В основе сосудистого механизма лежит микроангиопатия, поражающая *vasa nervorum* и вызывающая ишемическое повреждение и дегенерацию нервных волокон [2,3].

Наиболее распространенной клинической формой является дистальная симметричная ДН, на долю которой приходится более 50% всех случаев поражения периферической нервной системы при СД [3]. Клиническими проявлениями дистальной сенсорно-моторной диабетической полинейропатии являются: боль (чаще всего жгучего характера, «горящие ступни», усиливается в ночное время – одеяло ощущается как невыносимо тяжелый груз.); онемение, чувство жжения преимущественно в дистальных отделах в/к, н/к, парестезии (часто в виде «ползания мурашек»); больные перестают различать ощущения холодного и горячего, тупого и острого. Нередко они жалуются, что не чувствуют ног -

«чужие ноги», «как будто стоишь на вате». Кроме того, отмечается снижение чувствительности – вибрационной, температурной, болевой, тактильной; снижение или выпадение рефлексов; сухость кожи; мышечные судороги; наличие каллюса (омозелости) в областях повышенного давления (стопы).

Различают следующие стадии ДН: стадия I (субклиническая): клинические признаки невропатии отсутствуют, изменения периферической нервной системы регистрируются только специальными неврологическими тестами, стадия II: клинические симптомы верифицируются неврологическими тестами, стадия III: выраженные дефекты функции нерва, приводящие к тяжелым осложнениям [4].

Диагностика дистальной симметричной невропатии основывается на следующих критериях:

1. клинические признаки;
2. тесты на определение чувствительности: прикосновение, надавливание, дискриминация острого/тупого, восприятие боли, термочувствительность, чувство положения;
3. ощущение вибрации (проба камертоном);
4. состояние рефлексов;
5. моторика: мышечная сила, атрофия мышц;
6. тщательный осмотр нижних конечностей и стоп.

Лечение диабетической невропатии заключается, прежде всего, в компенсации сахарного диабета. Патогенетическое лечение диабетической невропатии направлено на: улучшение функций нервных волокон, замедление прогрессирования невропатии, уменьшение выраженности ее симптомов.

Основными препаратами, оказывающими влияние на ключевые механизмы формирования диабетической невропатии являются антиоксиданты (альфа-липоевая кислота) и нейротропные витамины группы В. Значимость нейротропных витаминов для нормального функционирования нервной ткани обусловлена воздействием на патогенетические механизмы и клинические проявления невропатии.

Одним из представителей нейротропных витаминов является препарат фирмы ВёрвагФарма (Германия) - Мильгамма®, раствор для инфузий в объеме 2 мл. В состав препарата входят три субстрата: тиамин гидрохлорид 100 мг/2 мл, пиридоксин гидрохлорид 100 мг/2 мл, цианкобаламин 1000 мкг/2 мл. Витамины группы В наряду с метаболическими эффектами могут оказывать антиноцицептивное действие. Предполагают, что антиноцицептивный эффект связан с ингибированием синтеза воспалительных медиаторов. Помимо Мильгаммы® для парентерального введения в клинической практике применяются препараты - Мильгамма®, и Мильгаммакомполитум® в драже, в состав которых входят бенфотиамин 100 мг и пиридоксин гидрохлорид 100 мг. Бенфотиамин - это жирорастворимая форма

тиамина (В1). В отличие от водорастворимых солей тиамина бенфотиамин обладает липофильными свойствами, что облегчает его всасывание.

Бенфотиамин блокирует 4 основных пути гипергликемического повреждения, указанных выше (AGE- путь (КПИГ), гексоаминовый, протеинкиназы С и полиоловый пути).

Международной исследовательской рабочей группой Хаммеса (2003) удалось экспериментально подтвердить терапевтическое значение бенфотиамина при диабетической ретинопатии.

Ряд авторов свидетельствуют об эффекте бенфотиамина при диабетической нефропатии. В частности, применение бенфотиамина при диабетической нефропатии приводит к снижению гиперфильтрации, снижению альбуминурии на 70-80% [5].

Тактика лечения больных зависит от стадии ДН [4]. При субклинической стадии целесообразно назначение пероральной формы – драже Мильгаммакомполитум, по 1 драже 3 раза в сутки в течение 6-8 недель. Именно на этой стадии, когда изменения со стороны периферической нервной системы обратимы, применение последнего наиболее эффективно. При более выраженных изменениях рекомендовано начать с инъекционной формы Мильгаммы внутримышечно в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием Миль-

гаммакомполитум по 1 драже 3 раза в сутки на протяжении не менее 6-8 недель.

Таким образом, назначение больным СД препаратов Мильгамма и Мильгаммакомполитум оказывает патогенетическое действие на симптомы диабетической невропатии и имеет важное значение в профилактике осложнений сахарного диабета, которые ведут к слепоте, почечной недостаточности, развитию синдрома диабетической стопы, и значительно улучшает качество жизни пациентов!

Литература:

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет – глобальная медико-социальная проблема современности. // Consilium-Medicum. – 2009, №12. – С. 5-8.
2. Токмакова А.Ю. Диабетическая дистальная полиневропатия: патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии. Матер. конф. - М., 2001. – С. 20-32.
3. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М. Москва, 2008. – 400с.
4. Зиновьева О.Е. Роль нейротропных витаминов в патогенетической терапии диабетической невропатии // Consilium-Medicum. – 2009, №12. – С. 7-43.
5. Babaei-Jadidi, R., Karachalias, N., Ahmed, N., Battah, S., Thornalley, P. J.: Prevention of Incipient Diabetic Nephropathy by High-Dose Thiamine and Benfotiamine. Diabetes 2003; 52: 2110-2119.

Тұжырым

ДИАБЕТИКАЛЫҚ НЕВРОПАТИЯ: ОНЫҢ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ АСПЕКТІСІ

А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, Г.С. Томпакова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бұл жұмыста диабетикалық невропатия туралы ақпарат көрсетілген. Ондағы клиникалық көрінісі, диагностикасы, патогенетикалық аспектінің емі қарастырылған. Мұнда нейротропты дәрумендердің диабетикалық невропатияның алдын алуымен еміндегі маңызы талқыланады.

Кілтті сөздер: қантты диабет, асқыну, диабетикалық невропатия, патогенезі, емі, нейротропты дәрумендер.

Summary

DIABETIC NEUROPATHY, PATHOGENIC ASPECTS OF THERAPY

A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, G.S. Tompacova, V.T. Achmetova, G.Zh. Akimbaeva, A.A. Buzhikenova

Semey State Medical University

This article is informed about diabetic neuropathy, its clinical manifestations, diagnostic, pathogenic aspects of therapy. Discussed the role of neurotropic vitamins in prevention and treatment of diabetic neuropathy.

Key words: diabetes mellitus, complications, diabetic neuropathy, pathogenesis, treatment, neurotropic vitamins.

УДК 616.8-616.43-08

А.А. Дюсупова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотыков, А.А. Бужикенова

Государственный медицинский университет города Семей

АВТОНОМНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ НЕВРОПАТИЯ

Аннотация

В работе представлена информация об автономной диабетической невропатии, ее классификации, клинических проявлениях, патогенетических и симптоматических аспектах лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, осложнения, автономная диабетическая невропатия, альфа-липоевая кислота, симптоматическое лечение.

В настоящее время наблюдается пандемия сахарного диабета (СД), во всех странах практически повсеместно отмечается рост заболеваемости диабетом. Частота СД составляет 50% в общей структуре эндокринных заболеваний [1].

Диабетическая невропатия (ДН) – поражение нервной системы вследствие СД. Невропатия является самым частым осложнением заболевания. При этом в патологический процесс могут вовлекаться различные отделы нервной системы, приводя к соответствующим

клиническим проявлениям. Автономная ДН наблюдается у 15% больных СД при постановке диагноза и у 50% - через 20 лет от начала заболевания. По данным авторов (Haupt, 2005) от 60% до 90% больных диабетом страдают периферической и/или автономной невропатией.

Проявления диабетической автономной невропатии встречаются достаточно часто, наиболее тяжелые из них определяют высокий уровень заболеваемости и летальности среди больных СД [2,3].

Основные нарушения и симптомы, имеющие место при автономных диабетических невропатиях (Haslbeck, 1993):

1. При поражении сердечно-сосудистой системы отмечаются тахикардия в состоянии покоя, пониженное/отсутствующее восприятие боли («немой» инфаркт миокарда), нарушенные изменения частоты сердечных сокращений, аритмия, удлиненный QT- интервал на ЭКГ, ортостатическая гипотония.

2. Со стороны желудочно-кишечного тракта наблюдаются парез желудка, диспептические симптомы, диарея, запор, недержание стула.

3. О нарушении деятельности урогенитальной системы свидетельствуют диабетические цистопатии, нарушенное ощущение полноты мочевого пузыря, остаточная моча, недержание мочи, эректильная дисфункция.

4. Со стороны эндокринной системы нарушается восприятие гипогликемии: отсутствует или снижается. Трофика конечностей нарушается и проявляется: ангиодроз, гиперкератоз, отеки, пониженная /отсутствующая чувствительность, язвы, остеопатия, остеоартропатия, гангрена.

Наиболее серьезным осложнением СД является невропатия сердечно-сосудистой системы. По результатам мета-анализа 9 важнейших исследований при средней продолжительности наблюдения в 5,8 лет, уровень смертности пациентов с автономной невропатией возрастает в 5 раз [3,4,5].

Лечение. Основным принципом профилактики и лечения диабетической невропатии является строгий контроль уровня гликемии. Для того чтобы проявились положительные клинические эффекты в отношении невропатии, необходимо поддержание оптимального уровня гликированного гемоглобина как минимум на протяжении 6 месяцев.

Однако надо помнить, что лекарства, специфически воздействующие на некоторые механизмы развития невропатии, не способны ее излечить при недостаточной компенсации сахарного диабета. Патогенетически обоснованным является применение при автономной невропатии Тиоктовой кислоты.

Терапевтическая эффективность Тиоктовой кислоты при вегетативной (автономной) невропатии была подтверждена исследованием DECAN. При длительном наблюдении 73 пациентов было отмечено, что пероральная терапия Тиоктовой кислотой (800 мг ежедневно на протяжении четырех месяцев) значительно улучшала функциональные параметры кардиальной нервной системы.

Для лечения автономной невропатии желудочно-кишечного тракта используют: при атонии желудка – цизаприд (по 5-40 мг 2-4 раза в сутки за 15 мин до еды), метоклопрамид (по 5-10 мг 3-4 раза в сутки), домперидон (по 10 мг 3 раза в сутки), эритромицин (суточная доза 1-4 г в 4 приема); при энтеропатии – антибиотики широкого спектра действия на 2-3 дня ежемесячно (при отсутствии дисбактериоза!), лоперамид (первая доза – 2

мг, далее 2-12 мг в сутки до частоты стула 1-2 раза в сутки, но не более 6 мг на каждые 20 кг массы тела больного в сутки).

Для лечения автономной невропатии сердечно-сосудистой системы применяют кардиоселективные бета-адреноблокаторы бисопролол, блокаторы кальциевых каналов – верапамил, а также препараты магния – магния сульфат, магния оротат (Магнерот). Бисопролол – высокоэффективный кардиоселективный бета-адреноблокатор, который практически не блокирует бета2-рецепторы сосудов бронхов и кишечника. Его назначают, начиная с 1,25 мг, с постепенным повышением дозы до эффективной, но не более 10 мг/сут. Независимо от дозы, препарат принимают 1 раз в сутки. Доза верапамила – по 40-80 мг 3 раза в сутки. При резком снижении артериального давления при вставании с кровати или стула (ортостатической гипотензии) рекомендуется несколько увеличить потребление поваренной соли, обильное питье, эластичные чулки, сон на кровати с приподнятым головным краем, отказ от физических нагрузок. С кровати и со стула необходимо вставать медленно. В том случае, если ортостатическая гипотензия развивается на фоне артериальной гипертензии возможно назначение таких лекарств из группы бета-блокаторов, как пиндолол (вискен) или оксипренолол [3,4,5,6].

Для лечения эректильной дисфункции используют силденафил (если нет противопоказаний), алпростадил (интракавернозно), цинка сульфат, вакуум-терапию, протезирование полового члена, психологическое консультирование.

Для общей профилактики гиповитаминоза и осложнений большим сахарным диабетом назначают поливитаминные препараты. Оптимальным набором витаминов и микроэлементов обладает препарат «Витамины для больных диабетом». Одна таблетка препарата содержит витамин С (90 мг), витамин Е (18 мг), бета-каротин (2,1 мг), ниацин (7,5 мг), пантотеновую кислоту (3 мг), витамин В6 (1,6 мг), витамин В1 (1,1 мг), витамин В2 (1,5 мг), фолиевую кислоту (0,3 мг), биотин (0,03 мг), витамин В12 (0,0015 мг), а также цинк (12 мг) и хром (200 мкг). «Витамины для больных диабетом» принимают 1 таблетку в сутки курсами по 2-3 мес в конце зимы – начале весны ежегодно.

Таким образом, актуальным является возможность использования лекарственных препаратов, влияющих на различные звенья патогенеза диабетической невропатии, а также препаратов симптоматического ряда при автономной невропатии, действие которых направлено на возмещение утраченной функции органа.

Литература:

1. Мельчинская Е.Н. Диабетическая невропатия и значение нейротропных витаминов в ее лечении. *Диабетология*. 2010; 2-7.
2. Эндокринология. Национальное руководство. Под ред. Дедова И.И., Мельниченко Г.А. 2008: 400.
3. BoultonAJM, RayazMalik, ArezzoJA, Sosenko JM. Diabetic Somatic Neuropathies. *Diabetes Care* 2004; 27: 1458–86.
4. Ziegler D. Diabetic cardiovascular autonomic neuropathy: Prognosis, diagnosis and treatment. *Diabetes Metab. Rev.* 1994;10(4):339-83.
5. Said G. Different patterns of neuropathies in diabetic patients. *Diabetic Neuropathy*. Boulton AJM, Ed. Cologne, Aventis, Academy Press. 2001; p. 16–41.
6. Галстян Г.П., Анциферов М.Б. Лечение диабетической полинейропатии. *Врач*. 2000; 23–9.

Тұжырым

АУТОНОМДЫ ДИАБЕТИКАЛЫҚ НЕВРОПАТИЯ

А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотықов, А.А. Бузихенова

ЖДТ бойынша интернатура ММУ қ.Семей

Бұл жұмыста автономды диабетикалық невропатияның жүктелуі, клиникалық көрінісі, патогенетикалық және симптоматикалық емінің аспектілері туралы ақпарат берілді.

Негізгі сөздер: қантты диабет, асқыну, автономды диабетикалық невропатия, альфа-липойдты қышқылы, симптоматикалық емі.

Summary

AUTONOMIC DIABETIC NEUROPATHY

A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, M.D. Shotikov, A.A. Buzhikenova

General medicine on PG course SSMU

This article is informed about autonomic diabetic neuropathy, its classification, clinical manifestations, pathogenic and symptomatic aspects of therapy.

Key words: diabetes mellitus, complications, autonomic diabetic neuropathy, α -lipoic acid, symptomatic treatment.

УДК 616.33-002.2-084-615.276

Ж.Е. Муздубаева

Государственный медицинский университет г.Семей

НПВП-ГАСТРОПАТИИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Аннотация

В статье описаны побочные эффекты лечения НПВП и их профилактика.

Ключевые слова: нестероидные противовоспалительные препараты, профилактика.

Современную врачебную практику невозможно представить без использования нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). НПВП относятся к числу наиболее важных симптом-модифицирующих лекарственных препаратов, особенно при лечении ревматических болезней. Это определяется уникальным сочетанием противовоспалительных, анальгетических, жаропонижающих и антитромботических свойств, перекрывающих почти весь спектр основных симптомов, наиболее характерных для заболеваний ревматической природы. Такого одновременного сочетания положительных эффектов не наблюдается ни у одного из известных в медицине лекарственных средств.

Родоназальниками класса НПВП являются салицилаты растительного происхождения, использовавшиеся с древнейших времен для устранения воспаления. Раскрытие механизмов, лежащих в основе противовоспалительной активности и побочных эффектов, а также разработка на этой основе новых НПВП по праву считаются одними из крупнейших достижений фармакологии XX века.

НПВП используются при чрезвычайно широком спектре заболеваний: остеоартрозе, ревматоидном артрите, анкилозирующем спондилите, подагре, различного генеза невралгиях, миалгиях, головных и зубных болях, болях при первичной дисменорее, ишемической болезни сердца. НПВП получают от 20 до 40% людей пожилого возраста, 6% из которых – более 9 месяцев в году или постоянно. Эти препараты улучшают качество жизни больных, что обусловило значительный рост их потребления, но, в свою очередь, привело к увеличению частоты развития побочных эффектов.

Одной из важнейших проблем, связанных с применением НПВП, является их негативное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), нередко приводящее к тяжелым последствиям. К сожалению, практически в 100% случаев длительный прием НПВП приводит к развитию гастропатии.

«Родоназальником» НПВП по праву считают ацетилсалициловую кислоту (АСК). О популярности и востребованности этого препарата лучше всего свидетельствуют цифры: в 70-е годы XX века в Великобритании ежегодно потреблялось почти 2 тысячи тонн АСК (в среднем по 2 таблетки в неделю на каждого жителя). Еще в начале 1990-х в отечественных и западных руководствах по ревматологии АСК рекомендовалась как препарат первой линии для проведения обезболивающей и противовоспалительной терапии при суставной патологии в начальной суточной дозе 3-4 г/сут [1,2,3].

Отношение к препаратам АСК, обусловленное ростом числа побочных эффектов, отражает знаменитое высказывание Д. Лоуренса и П. Бенитта: «...если бы в настоящее время пришлось вводить ацетилсалициловую кислоту, маловероятно, что кто-либо из ответственных лиц набрался смелости разрешить ее продажу населению».

По мнению А.Е. Каратеева [4], «... в руках опытного специалиста-терапевта НПВП являются надежным и удобным инструментом, позволяющим добиться быстрого облегчения страданий пациента и улучшения качества его жизни. Однако, как и любой инструмент, эти препараты действенны и безопасны лишь в том случае, если их применяют правильно. Напротив, неумелое использование НПВП без учета их фармакологических свойств и индивидуальных особенностей пациента нередко оборачивается не только разочарованием в их эффективности, но и развитием опасных, угрожающих жизни осложнений».

Именно поэтому тактика правильного назначения, выбора дозы и определения длительности приема, контроль не только прямого эффекта, но и возможных побочных реакций и осложнений НПВП, а при их развитии – своевременное и адекватное лечение – залог успеха в работе с пациентом.

Существует также ряд дополнительных факторов, увеличивающих риск развития НПВП-гастропатий и бо-

лее значимых осложнений (эрозий и язв желудка, кровотечений). К ним относятся: - возраст старше 65 лет; - язвенная болезнь в анамнезе; - большие дозы и/или одновременный прием нескольких НПВП; - одновременный прием антикоагулянтов; - сопутствующая терапия глюкокортикостероидами; - продолжительность терапии НПВП; - наличие заболевания, требующего длительного приема НПВП; - женский пол; - курение; - прием алкоголя; - наличие хеликобактерной инфекции.

Для НПВП-гастропатий характерна клиническая картина с минимальным количеством жалоб, чаще диспепсического характера, невыраженность или полное отсутствие сигнального болевого синдрома за счет анальгетического действия НПВП.

Профилактике отрицательного действия НПВП на слизистую оболочку ЖКТ в настоящее время отводится ведущее место в терапии заболеваний, при которых необходимо назначение нестероидной противовоспалительной терапии [5].

Наиболее трудновыполнимыми мероприятиями, которые при этом обеспечивают хороший результат в снижении числа побочных действий, являются отказ от использования НПВП, минимизация суточной дозы препарата с сохранением адекватного противовоспалительного и противоболевого эффекта, а также замена НПВП на медикамент другой группы, с отсутствием повреждающего действия на слизистую оболочку ЖКТ. К сожалению, подобные меры возможно использовать далеко не во всех клинических случаях [6].

Наличие медикаментозной нагрузки, связанной с лечением основного заболевания (НПВП или НПВП в комбинации с препаратами других групп), заставляет врача более тщательно выбирать как профилактические, так и лечебные средства при возникновении диспепсии или эрозивно-язвенных поражений ЖКТ.

Вопросы медикаментозной профилактики побочных эффектов и осложнений при приеме НПВП обсуждаются на международных форумах специалистов. На сегодняшний день наиболее действенным методом признан одновременный прием НПВП и цитопротекторов или, что эффективнее, средств, снижающих кислотопроизводящую активность желудка (антисекреторных препаратов).

Применение эффективных препаратов, уменьшающих продукцию кислых ионов и соответственно снижающих степень кислотной агрессии, прежде всего ингибиторов протонной помпы (ИПП), позволяет существенно снизить риск кровотечений в ЖКТ, развития и рецидивов язв верхних отделов ЖКТ, а также уменьшает выраженность диспепсии [7,8,9].

Мощное подавление кислотно-пептического фактора сделало эти лекарства одним из основных средств для терапевтического лечения желудочно-кишечных кровотечений и профилактики кровотечений и перфораций язв.

Лечение НПВП-гастропатии проводится по схемам, традиционно применяющимся для лечения язвенной болезни. Во-первых, применяемый НПВП отменяется; во-вторых, при наличии хеликобактерной инфекции проводится эрадикация; и в-третьих, назначаются ИПП, обладающие антисекреторным действием (омепразол, пантопразол, рабепразол и пр.) в течение 14–21 день. Эффективность лечения оценивают по динамике клинических симптомов, с обязательным подтверждением эндоскопическим исследованием.

Таким образом, проблема НПВП-гастропатии является актуальной для современной медицины и требует от врача любой специальности знания алгоритма профилактики и лечения данной ятрогенной патологии ЖКТ.

Развитие опасных желудочно-кишечных осложнений при наличии факторов риска в ситуации, когда должны проводиться профилактические мероприятия не проводились, не только угрожает здоровью и жизни больного, но также может создать для лечащего врача серьезные проблемы юридического характера.

Литература:

1. Lim Y.J., Lee J.S., Ku Y.S., Hahn K.B. Rescue strategies against nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastroduodenal damage // J. Gastroenterol. Hepatol. 2009. Vol. 24. № 7. - P. 1169-1178.
2. Rao P., Knaus E.E. Evolution of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): cyclooxygenase (COX) inhibition and beyond // J. Pharm. Pharm. Sci. 2008. Vol. 11. № 2. - P. 81-110.
3. Regula J., Butruk E., Dekkers C.P., de Boer S.Y., Raps D., Simon L., Ter-jung A., Thomas K.B., Luhmann R., Fischer R. Prevention of NSAID-associated gastrointestinal lesions: a comparison study pantoprazole versus omeprazole // Am. J. Gastroenterol. 2006. Vol. 101. № 8. P. 1747-1755.
4. Каратеев А.Е. Как правильно использовать нестероидные противовоспалительные препараты // РМЖ. - 2009. Т. 17. № 21. - С. 1426-1434.
5. Каратеев А.Е. Лечение и медикаментозная профилактика НПВП-гастропатии: основные положения // Фарматека. - 2011. № 6 - С. 22-26
6. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина, А.Ф. Логинова, А.И. Хазанова. М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 864 с.
7. Lanis A. Prevention and treatment of NSAID-induced gastrointestinal injury // Curr Treat Options Gastroenterol 2006; 9: 147-156.
8. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л. НПВП-ассоциированная патология ЖКТ: реальное состояние дел в России // РМЖ. - 2006. № 15. - С. 1073-1078.
9. Lain L. Proton pump inhibitor co-therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs-nice or necessary? Rew Gastroenterol Dis 2004;4:33

Тұжырым

СЕКҚД ДАМЫҒАН ГАСТРОПАТИЯЛАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ЕМДЕУ

Ж.Е. Мұздыбаева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Осы мақалада стероидты емес қабынуға қарсы дәрілерден дамыған жағымсыз әсерлер мен олардың алдын алуы баяндалған.

Негізгі сөздер: стероидты емес қабынуға қарсы дәрі, емдеу.

Summary

NSAIDS-GASTROPATHIES AND ITS PROPHYLAXY

Zh.E. Muzdubayeva

Semey State Medical University

Side effects of NSAIDs treatment and its prophylaxy are described in article.

Key words: non-steroid antiinflammatory drug, prophylaxy.

УДК 616.127-005.4:616.13.004.6

Г.Д. Абильмажинова

Факультет усовершенствования врачей Государственного медицинского университета
города Семей, г. Павлодар

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН, НЕ ИМЕЮЩИХ АТЕРОСКЛЕРОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Аннотация

В статье описаны особенности диагностики различных форм коронарной патологии у женщин.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, женщины, синдром X.

Ишемия с подъемом сегмента ST при необструктивном атеросклеротическом поражении коронарных артерий чаще развивается у женщин (до 20%). По-видимому, это объясняется атеросклеротической эндотелиальной дисфункцией, которая и сама по себе связана с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений и развитием коронарной обструкции. Изучение механизмов развития и течения ишемической болезни сердца (ИБС) в женской популяции для улучшения прогноза и профилактики осложнений заболевания являются одними из приоритетных задач современной кардиологии.

Анатомические особенности у взрослых женщин таковы, что по сравнению с мужчинами камеры сердца имеют меньшие размеры и масса левого желудочка также на 10% меньше. Соответственно меньшим массе и поверхности тела у женщин коронарные артерии более мелкие, чем у мужчин.

Гендерные различия подтверждены ангиографическими исследованиями и аутопсийным материалом, показавшими, что левая и передняя нисходящая артерии меньше у женщин независимо от размеров их тела [1]. S.E. Shefer и соавторы (2000) при проведении внутрисосудистого ультразвукового исследования подтвердили меньшие по сравнению с мужчинами диаметры левой и передней нисходящей артерии у женщин [2]. Это может быть одной из причин большей склонности женщин, чем мужчин, к окклюзии коронарных сосудов.

Более быстрое прогрессирование ИБС у женщин может быть объяснено меньшим количеством и диаметром коллатеральных сосудов, что подтверждается при ангиографических исследованиях [3]. Отмечена взаимосвязь между меньшим размером коронарных артерий и возрастанием случаев неблагоприятных кардиологических исходов. При разрыве атеросклеротической бляшки в сосуде с меньшим просветом увеличивается риск полной окклюзии и инфаркта миокарда. Исследование The Coronary Artery Surgery Study показало, что смертность после операции аорто-коронарного шунтирования для женщин составляет 4,5 % по сравнению с 1,9 % для мужчин [4]. Расхождение показателей было объяснено меньшим размером сосудов у женщин. При проведении сравнительных исследований, включая данные National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI) Dynamic Registry, J. Suwaidi и коллеги оценивали результаты лечения пациентов с повреждениями больших коронарных артерий (более 3 мм в диаметре) и коронарных артерий менее 3 мм. Пациентами с поражением коронарных артерий меньшего диаметра чаще всего были женщины с инсулинзависимым сахарным диабетом (СД) [5]. Несмотря на наличие сосудов меньшего диаметра, у женщин реже отмечается острая коронарная недостаточность, связанная с полной окклюзией коронарной артерии, и более вероятны проявления

частичной окклюзии в виде нестабильной стенокардии [6] и наличие признаков и симптомов, трудных для диагностики [7, 8, 9].

У женщин чаще выявляется нестабильная стенокардия и острый инфаркт миокарда (ОИМ) без подъема сегмента ST, тогда как у мужчин – острый коронарный синдром (ОКС) в виде ОИМ с подъемом сегмента ST. Смертность у женщин с ОИМ с подъемом сегмента ST выше, чем у мужчин с подобными изменениями ЭКГ [10].

Значительное число женщин с нестабильной стенокардией или ОИМ без подъема сегмента ST и без значительного поражения коронарных артерий свидетельствует о высокой частоте микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующего атеросклероза [11].

Гормональные изменения приводят к нарушениям липидного обмена атерогенного характера – достоверному повышению содержания в крови общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности при снижении липопротеидов высокой плотности [12, 13].

Кроме того, женские половые гормоны оказывают существенное влияние на состояние сосудистого тонуса, причем это касается как периферических, так и коронарных артерий. Прежде всего, это обусловлено способностью эстрогенов увеличивать уровень оксида азота, являющегося эндогенным фактором сосудистой релаксации, а также повышать его биодоступность, что приводит к возрастанию резерва вазодилатации. Также, эстрогены обладают способностью блокировать кальциевые каналы. Таким образом, эндотелиальная дисфункция во время климакса может являться непосредственной причиной возникновения микрососудистой формы ИБС и самостоятельным фактором риска атеросклероза.

Кардиалгический синдром X (КСХ) — это патологическое состояние, характеризующееся наличием признаков ишемии миокарда (типичных приступов стенокардии и депрессии сегмента ST $\geq 1,5$ мм (0,15 мВ) продолжительностью более 1 мин, установленной при 48-часовом мониторинге ЭКГ) на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий и спазма эпикардиальных венечных артерий при коронарографии.

Для выяснения причин КСХ обратимся к вопросам регуляции коронарного кровотока. Регуляция кровотока осуществляется путем изменения диаметра коронарных микрососудов. На рисунке 1 изображен механизм компрессии коронарных сосудов в систолу.

В основе развития КСХ лежит дефектная эндотелин-зависимая вазодилатация мелких миокардиальных артерий. Причин возникновения дефектной вазодилатации несколько, и одной из них является метаболическая вазомоторика – ответ коронарной сосудистой сети на изменения метаболизма миокарда, практически полностью обусловленные в свою очередь изменениями функциональной способности миокарда. Механизмы и

сигнальные медиаторы метаболической коронарной вазомоторики в течение последних десятилетий явля-

ются предметом дискуссий и всё ещё изучены недостаточно [14].

Компрессия коронарных сосудов извне в систолу (экстраваскулярное сдавливание)

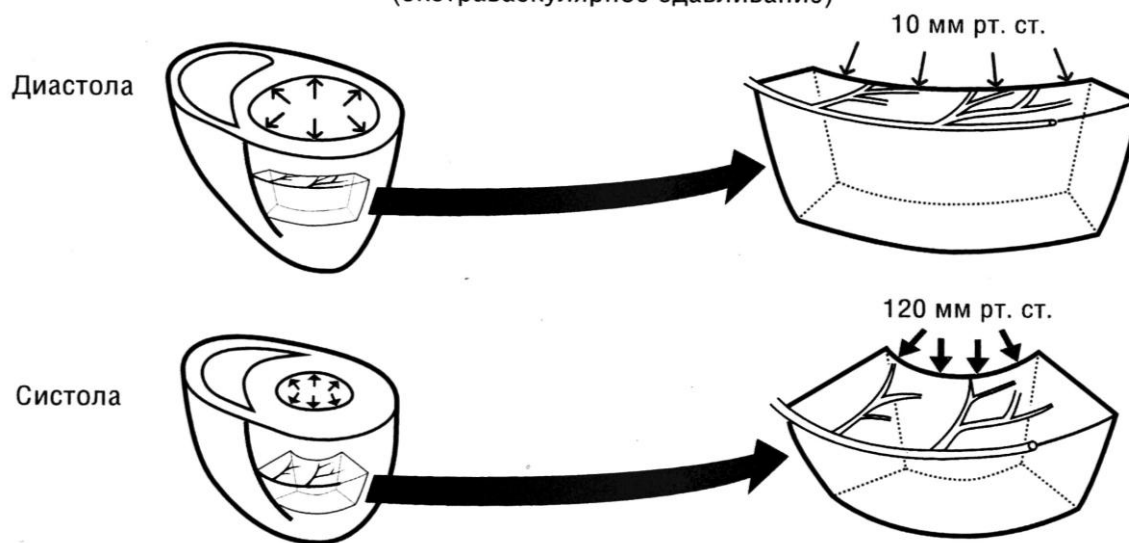


Рисунок 1. Экстраваскулярное сдавливание коронарных сосудов в систолу.

Повышенный интерес вызывает аденозин – медиатор, который образуется в кардиомиоцитах путем расщепления АТФ; кроме того, высвобождение аденозина и его вазодилатирующий эффект на гладкомышечные клетки коронарных сосудов увеличивают коронарный кровоток, а также доставку кислорода и субстратов, что способствует восстановлению энергетического статуса миокарда [15, 16].

В качестве других медиаторов метаболической коронарной вазомоторики рассматривают уровень интерстициального pO_2 и pCO_2 , продуцируемый эндотелием NO, простагландины, ионы калия и др. Результаты недавних исследований свидетельствуют о том, что метаболическая коронарная вазомоторика является сложным, хорошо согласованным процессом, главную роль в котором играют аденозин, АТФ-зависимые калиевые каналы и NO.

Эндотелий играет главную роль в регуляции коронарного кровотока. Тангенциальное напряжение сдвига, сопутствующее увеличению кровотока и повышению его скорости в продольном направлении сосуда, как, впрочем, и пульсовое растяжение сосудистой стенки в трансмуральном направлении, стимулирует выработку и высвобождение эндотелием NO, проявляющего релаксационный и дилатирующий эффекты на гладкомышечные сосудистые клетки. Опосредованная NO эндотелиальная дилатация имеет особое значение для крупных коронарных кровеносных сосудов, адаптируя диаметр просвета коронарных артерий к изменениям кровотока и его скорости, изначально инициированным на макроциркулярном уровне.

В отличие от физиологических условий, в которых действуют рассмотренные нами регулирующие коронарный кровоток механизмы, при значительном стенозе коронарных артерий складывается гораздо более сложная ситуация. В то время как перфузия определенной области сердца всё ещё обеспечивается в той или иной степени нормальной коронарной сосудистой сетью, снабжение других его областей осуществляется через пораженные стенозом коронарные артерии. Дистальнее

стеноза коронарное перфузионное давление снижается, на что постстенотические коронарные микрососуды реагируют ауторегуляторной вазодилатацией, способной компенсировать стеноз приблизительно до 70 % сужения сосудистого диаметра.

Другая, требующая более длительного времени, форма компенсации стеноза коронарных артерий реализуется через формирование коллатеральных сосудов. При наличии таких коллатералей к постстенотическому сегменту миокарда поступает достаточное количество крови, приток которой осуществляется в какой-то степени через стенотический сегмент, а в какой-то, варьирующей, - через коллатерали. Описанный механизм обеспечивает необходимую перфузию зоны миокарда ниже стеноза в состоянии покоя.

Результаты исследований, основанных на использовании методики высокого разрешения для измерения регионального миокардиального кровотока, свидетельствуют о том, что в то время как кровоток, дистальный к зоне тяжелого стеноза коронарных артерий, постоянен и практически сопоставим с кровотоком в удаленном от стеноза нормальном миокарде в покое, стресс стимулирует метаболическую коронарную вазодилатацию и увеличение кровотока в нормальном удаленном от стеноза миокарде, провоцируя при этом выраженное уменьшение кровотока в постстенотическом миокарде [17].

Описанный выше механизм перераспределения регионального миокардиального кровотока по коллатералям, обеспечивающим достаточный кровоток в покое, но бессильный противостоять уменьшению кровотока на фоне стресса, получил название феномена «коллатерального обкрадывания». Название не отличается точностью, поскольку в действительности «кражи» крови у постстенотического миокарда не происходит; скорее, уменьшается её поступление [18].

В любом случае подобное перераспределение миокардиального кровотока происходит между субэндокардиальным и субэпикардиальными слоями стенки миокарда через прободающие миокард коронарные сосуды.

Это происходит вследствие того, что возможности ауто-регуляции истощаются ещё в субэндокардиальном слое, и субэндокардиальная область миокарда подвергается воздействию интравентрикулярного диастолического давления, в то время как на субэпикардиальную область воздействует перикардиальное давление, близкое к нулю. Феномен «трансмурального обкрадывания» делает внутренние слои миокарда более уязвимыми к ишемии.

Поэтому повышение ЧСС сопровождается не только неблагоприятным распределением кровотока между нормальным и постстенотическим миокардом через коллатерали, а между субэндокардиальным и субэпикардиальными слоями – через трансмуральные сосуды, но и усилением турбулентности и потенцирующим перфузии снижением давления вдоль стенотического сегмента [19].

В период менопаузы у многих пациенток с ИБС происходит активация симпатно-адреналовой системы, что клинически проявляется учащенным ЧСС. Повышенную ЧСС ассоциируют с повышением частоты ангиографически задокументированных разрывов бляшек у пациентов с ИБС [20]. Механизм, благодаря которому повышенная ЧСС способствует разрыву бляшки, не вполне понятен, но существует предположение, что в основе этого механизма лежит сопутствующее повышению ЧСС повышение напряжения сдвига и турбулентности в стенотических сегментах. Нельзя также исключить вероятность того, что повышение ЧСС является маркером повышенной симпатической активности нервной системы и провоспалительного системного статуса, провоцирующих разрыв бляшек.

Отсюда следует, что обусловленное менопаузой, хирургическими вмешательствами или гинекологическими заболеваниями снижение концентрации в крови эстрадиола ниже уровня, необходимого для нормального функционирования коронарных сосудов, может приводить к повышению их базального тонуса и к усилению вазоконстрикторных реакций, чему придает значение в механизме возникновения КСХ. Косвенно это подтверждается преобладанием среди пациентов с микрососудистой ИБС женщин, подвергшихся гинекологическим операциям. Вместе с тем, очевидно, что кардиальные проявления овариальной дисфункции включают широкий спектр сердечно-сосудистых нарушений, в число которых входит и вегетативно-дисгормональная патология миокарда, что необходимо учитывать при оценке результатов диагностических исследований, проводимых для выявления у женщин с предполагаемой ИБС скрытой коронарной недостаточности.

Другим возможным вариантом является тромботическая форма ИБС. Причины и возможные факторы риска данной патологии остаются недостаточно изученными. Дислипидемии, артериальная гипертензия и нарушения углеводного обмена не являются характерными, поскольку атеросклероз не играет существенной роли в патогенезе тромботической формы ИБС [21, 22]. Несколько чаще заболевание выявляется у женщин, принимающих оральные контрацептивы, что, возможно, связано с их влиянием на показатели гемокоагуляции [23]. Редкая встречаемость тромботической формы ИБС затрудняет изучение ее патогенеза. Диагноз основывается на выявлении типичных ЭКГ или эхокардиографических признаков постинфарктного кардиосклероза при отсутствии изменений венечных сосудов по результатам ангиографического исследования. Дифференциальная диагностика проводится прежде всего с антифосфолипидным синдромом, для которого

характерным является возникновение артериальных тромбозов, в том числе и тромбозов коронарных сосудов с развитием инфаркта миокарда. Для выявления этого синдрома существенное значение имеют лабораторные методы исследования, позволяющие определять уровни антител к фосфолипидам IgG и IgM, волчаночный антикоагулянт и антитела к кардиолипину.

Проведение этих исследований в настоящее время показано всем пациентам с артериальными или венозными тромбозами неясной этиологии. Поскольку ранее эти методы практически не использовались в кардиологической клинике, не исключено, что антифосфолипидный синдром имел место у некоторых пациентов, включаемых в предыдущие годы в группу больных с тромботической формой ИБС. Вместе с тем известно, что при первичном антифосфолипидном синдроме чаще наблюдаются рецидивирующие тромбозы, тогда как для больных с тромботической формой ИБС они не характерны и отдаленный прогноз у них вполне благоприятен. Тем не менее, у пациентов молодого возраста с инфарктом миокарда, не имеющих изменений коронарных артерий, использование серологических методов диагностики антифосфолипидного синдрома является вполне обоснованным, поскольку в последние годы существенно повысилась эффективность методов его лечения.

Таким образом, развитие ИБС у женщин имеет свои особенности, заключающиеся в формировании микрососудистой и тромботической форм заболевания. Увеличение частоты встречаемости овариальной дисфункции в современной женской популяции и всё более широкое использование гормональных препаратов в связи с этим, возможно, являются факторами, влияющими на повышение распространённости микрососудистых форм нарушений коронарного кровотока.

Литература:

1. Sheifer S.E., Canos M.R., Weinfurt K.P. et al. Sex differences in coronary artery size assessed by intravascular ultrasound // *Am Heart J.* – 2000. – Vol.139. – P. 649–653.
2. Sheifer S.E., Canos M.R., Weinfurt K.P. et al. Sex differences in coronary artery size assessed by intravascular ultrasound // *Am Heart J.* 2000; 139: P. 649–653.
3. Johansson S., Bergstrand R., Schlossman D. et al. Sex differences in cardioangiographic findings after myocardial infarction // *Eur Heart J.* – 1984. – 5 Vol. – P. 374–381.
4. Fisher L., Kennedy J., Davis K. et al. Association of sex, physical size, and operative mortality after coronary artery bypass in the Coronary Artery Surgery Study (CASS) // *J Thoracic Cardiovasc Surg.* – 1981. – Vol.84. – P. 334–341.
5. Suwaidi J., Wanlin Y., Williams D. et al. Comparison of immediate and one-year outcome after coronary angioplasty of narrowing < 3 mm with those ≥ 3 mm (the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry) // *Am J Cardiol.* – 2001. – Vol.8. – P. 680–686.
6. Hochman J., Tamis J., Thompson T. et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes // *N Engl J Med.* – 1999. – Vol.341. – P. 226–232.
7. Mc Sweeney J.C., Cody M., Crane P.B. Do you know them when you see them? Women's prodromal and acute symptoms of myocardial infarction // *J Cardiovasc Nurs.* – 2001. – Vol.15. – P. 26–38.
8. McSweeney J., Cody M., O'Sullivan P. et al. Women's early warning symptoms of acute myocardial infarction // *Circulation.* – 2003. – Vol.108. – P. 2619–2623.

9. Elsaesser A., Hamm C. Acute coronary syndrome: the risk of being female // *Circulation*. – 2004. – Vol.109. – P.565–567.

10. Hochman J., Tamis J., Thompson T. et al. Sex, clinical presentation, and outcome in patients with acute coronary syndromes // *N Engl J Med*. – 1999. – Vol.341. – P.226–232.

11. Al-Khalili F., Svane B., Di Mario C. et al. Intracoronary ultrasound measurements in women with myocardial infarction without significant coronary lesions // *Coronary Artery Dis*. – 2000. – Vol.11. – P.579–584.

12. Кудряшова О.Ю., Затеищikov Д.А., Сидоренко Б.А. Возможная роль эстрогенов в профилактике и лечении атеросклероза у женщин после наступления менопаузы // *Кардиология*. – 1998. – №4. – С.51–61.

13. Stevenson J., Crook D., Godsland I. Influence of age and menopause on serum lipids and lipoproteins in healthy women // *Atherosclerosis*. – 1993. – Vol.98. – P.83–90.

14. Bassenge E., Heusch G. Endothelial and neurohumoral control of coronary blood flow in health and disease. // *Rev Physiology Biochem Pharmacology*. – 1990. – Vol.116. – P.77–165.

15. Berne R.M. Cardiac nucleotides in hypoxia: possible role in regulation of coronary blood flow. // *Am J Physiology*. – 1963. – Vol.204. – P.317–322.

16. Gerlach E., Deuticke B., Dreisbach R.H. Der Nucleotid-Abbau in Herzmuskel bei Sauerstoffmangel und seine

mögliche Bedeutung für die Coronardurchblutung. // *Naturwissenschaften*. – 1963. – Vol.6. – P.28–229.

17. Baumgart D., Ehring T., Heusch G.A. A proischemic action of nisoldipine: relationship to a decrease in perfusion pressure and comparison to dipyridamole. // *Cardiovascular Res*. – 1993. – Vol.27. – P.1254–1259.

18. Baumgart D., Haude M., Gorge G. et al. Augmented α -adrenergic constriction of atherosclerotic human coronary arteries. // *Circulation*. – 1999. – Vol.99. – P.2090–2097.

19. Heusch G., Yoshimoto N., Müller-Ruchholtz E.R. Effects of heart rate on hemodynamic severity of coronary artery stenosis in the dog. // *Basic Res Cardiol*. – 1982. – Vol.77. – P.562–573.

20. Heidland U.E., Strauer B.E. Left ventricular muscle mass and elevated heart rate are associated with coronary plaque disruption. // *Circulation*. – 2001. – Vol.104. – P.1477–1482.

21. DhaH'an i. Bennett D., Morris i. Paucity of risk factors in women with angina and coronary angiograms if Snt. *J. Cardiol*. – 2001. – Vol. 31. – P. 181–185.

22. Pinto R., Bhagwa: A., Loya V. et al. Coronary artery disease in postmenopausal women: risk factors and angiographic profile//*Indian heart J*. – 2002. Vol. 44. – P. 99–101.

23. Engel if., Engel if., Behnke K. et at. Angiographische befunde nach / Ierzinfarkt juger Franen:die Rolle oraler kontrazeptiva / *Herz*. – 1997. – Vol. 12. – P. 290–295.

Тұжырым

КОРОНАРЛЫҚ АРТЕРИАЛДІ АТЕРОСКЛЕРОЗЫ КЕЗДЕСПЕЙТІН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫ

Г.Д. Абилямжинова

Семей қ. ПДБЖФ ММУ, Павлодар қ

Мақалада әйелдердің коронарлық патологиясының әртүрлі үлгілерінің ерекшеліктері көрсетілген.

Негізгі сөздер: ишемиялық жүрек ауруы, әйелдер, X синдром

Summary

ISCHEMIC DISEASE OF WOMEN WHO DON'T HAVE ATHEROSCLEROSIS OF CORONAL ARTERIES

G.D. Abilmazhinova

Pavlodar branch of doctors development state medical university of Semey

In the article there is shown peculiarities of different forms of coronal pathology of woman.

Key words: ischemic disease, women, X syndrome.

УДК 616.127-005.4-007

Г.Д. Абилямжинова¹, С.С. Абдраманова²

Факультет усовершенствования врачей Государственного медицинского университета города Семей¹, г. Павлодар, КГКП «Городская больница №2», г. Павлодар²

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Аннотация

Автором статьи проведен анализ информативности результатов нагрузочных проб в женской популяции. На примере клинического случая показаны трудности дифференциальной диагностики и постановки диагноза у ишемической болезни сердца у женщин.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, женщины, диагностика.

Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности во всем мире. Если в 1900 году на долю сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходилось менее 10% смертельных исходов, то по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2000 году ССЗ стали основной причиной смер-

ности. В 1996 году в мире от ССЗ умерло 15 миллионов людей и по прогнозам экспертов в 2020 году эта цифра может достичь 25 миллионов.

По структуре смертности Россия мало отличается от стран Запада. Как свидетельствуют данные, опубликованные недавно в журнале *Heart*, стандартизованный

по возрасту показатель смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) среди мужчин в 1995-1998 гг. в России составлял 330,2 на 100000, в то же время аналогичный показатель во Франции составил 49,1. К сожалению, в последние годы общая смертность в России и смертность от ИБС в частности продолжали расти. В настоящее время доля ИБС в смертности от ССЗ составляет среди мужчин 56,6%, среди женщин - 40,4% (Оганов Р.Г., Мамедов М.Н.).

По данным ВОЗ от 2003 года, показатель преждевременной смертности населения вследствие болезней системы кровообращения (БСК) (в возрасте 0-64) в Казахстане является вторым по величине среди стран европейского региона, и почти в 5-6 раз выше среднего уровня в странах Западной Европы.

Заболеваемость населения Республики Казахстан БСК за последние 10 лет имеет тенденцию к неуклонному росту и выросла более чем в 1,7 раза. Так, если в 1996 году она составила 1038,1 на 100 тыс. населения, то в 2005 году - 1749,1 на 100 тыс. населения (Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж.).

В 2006 году в лечебно-профилактических учреждениях страны было зарегистрировано 1335603 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, что составляет 8,6 % населения страны (ТОО «Мединформ»).

Первое место среди заболеваний, приводящих к смертности от БСК, занимает ИБС, удельный вес которой повысился с 35% в 2001 году до 43% в 2005 году. Следует отметить, что в большинстве случаев причиной летальных исходов у больных с ИБС является инфаркт миокарда.

Как отмечено выше, большую часть в структуре болезней системы кровообращения занимает ИБС, являющаяся ведущей причиной смерти, как среди мужчин, так и среди женщин. И основные факторы риска этого заболевания (курение, артериальная гипертензия, дислипидемия, избыточный вес, сахарный диабет и т.д.) одинаковы независимо от пола [1].

Однако в последние годы определена ведущая роль коронарной (ишемической) болезни сердца среди причин смерти у женщин [2, 3, 4].

Эпидемиологические данные Американской ассоциации сердца показывают, что почти половина всех случаев смерти женщин обусловлена ИБС, что вдвое превышает смертность от всех видов онкологических заболеваний (Truelsen T., Mahonen M., 2003). 50% случаев женщина может умереть от первого коронарного события. В 38% - умирает в течение первого года. У мужчин эти цифры значительно ниже 30% и 25% соответственно (Murray C.J., Lopez A.D., 1997). У одной женщины из 8 в возрасте 45-54 лет выявляется клиническая картина ИБС, а к возрасту старше 65 лет клинические признаки заболевания отмечаются у 30 % пациентов [5].

Нагрузочные пробы, выполняемые у женщин, менее информативны в диагностике ИБС, так как ценность любого диагностического теста прямо связана с распознаваемостью заболевания среди той популяции, к которой относится обследуемый человек. В связи с этим жалобы, характерные для типичной стенокардии, и даже объективные признаки ишемии миокарда у молодых женщин многие врачи ошибочно связывают с некардиальными причинами [6].

Также у молодых женщин с низкой вероятностью ИБС нагрузочные тесты могут давать ложноположительные результаты, и наоборот, заболевание «одной коронарной артерии», которое чаще встречается у женщин, чем у мужчин, может не проявляться при нагрузочных тестах [7].

Ложноположительные заключения по результатам тестов с физической нагрузкой чаще встречаются у женщин в предменопаузе вследствие меньшей распространенности ИБС среди них. Если в диагностике ИБС у мужчин при тесте с физической нагрузкой критерием ишемии миокарда считается появление депрессии сегмента ST глубиной 0,1 мВ, то для женщин многие авторы таковым критерием считают депрессию сегмента ST 0,2 мВ. Выбор такого критерия представляет собой оптимальный баланс между чувствительностью и специфичностью. С введением поправки на распространенность ИБС у мужчин и женщин исчезают половые различия в чувствительности и специфичности тестов с физической нагрузкой. Число истинно положительных и ложноположительных результатов идентично у мужчин и женщин, причем результаты соответствуют друг другу по наличию и тяжести ИБС.

На рисунке 1 приведен рекомендуемый алгоритм исследования лиц женского пола (Jackson Y., 2003), в зависимости от степени риска наличия ИБС при выявлении болей в грудной клетке.

Велозргометрия (ВЭМ) является неинформативной вследствие недостаточной тренированности пациенток, неумения педалировать, преждевременного появления чувства усталости, слабости, а также у женщин с патологией опорно-двигательного аппарата и другими сопутствующими заболеваниями, затрудняющими проведение пробы с физической нагрузкой. Пробы на тредмиле, несмотря на то, что используются реже, чем пробы на велозргометре, обладают большей информативностью в плане выявления ИБС.

Мы наблюдали 4 женщин моложе 36 лет со стенокардией напряжения, у которых на ЭКГ регистрировались комплексы QS в отведениях V₁ - V₃. При проведении эхокардиографии и коронарографии у них были выявлены зоны гипо- и акинезии левого желудочка, что подтверждало наличие постинфарктного кардиосклероза, вместе с тем изменений крупных коронарных артерий обнаружено не было. Доказательством вышеуказанных утверждений может служить следующий клинический пример.

Больная К., 1953 г.р. (история болезни №4227), госпитализирована в городскую больницу № 2 21.08.2010г. с жалобами на: боли давящего, жгучего характера за грудиной с иррадиацией в лопатку, кратковременные. Появление вышеуказанных болей и одышки отмечает при выполнении физической нагрузки; купируются в покое.

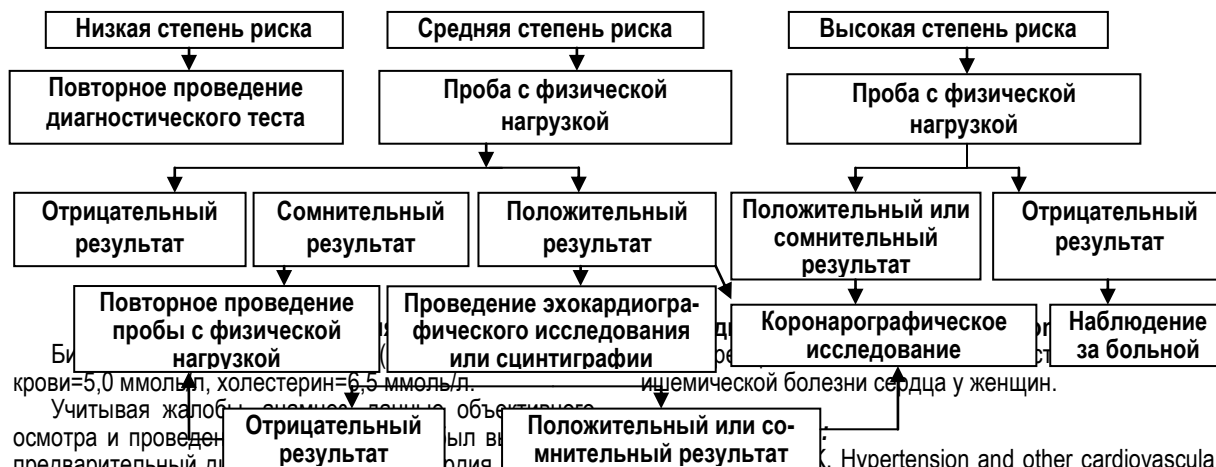
При опросе выяснено, что пациентка в течение более десяти лет наблюдается у кардиолога с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения. Отмечает повышение артериального давления после раннего наступления менопаузы (в 46 лет). Принимает нитраты, ингибиторы АПФ, β - блокаторы, антиагреганты. В плановом порядке направлена и госпитализирована в отделение кардиохирургии для проведения диагностической селективной коронароангиографии.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, ИМТ=32. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета. При аускультации легких - выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС=76 в мин., АД=110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень - нижний край - по краю реберной дуги, безболезненная. Периферических отеков нет.

На ЭКГ от 14.10.2010г.: Ритм синусовый с ЧСС=62 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Зубцы Т сплюснуты в V1-V6. Гипертрофия левого желудочка.

ЭХО КГ от.15.10.2010г. заключение: ФВ=65%. Нарушение диастолической функции левого желудочка по 2 типу. Зоны гипокинеза передне-перегородочной области. Гипертрофия ЛЖ.

В лабораторных показателях: ОАК (15.10.2010г.):
Hb=139 г/л, leik.=6,3х10⁹/л, СОЗ=5мм/ч. ОАМ
(15.10.2010г.): с/желтая, прозрачная, удельный
вес=1018, белок – отр.



Учитывая жалобу на одышку, отеки нижних конечностей, объективно выявлено повышение АД 160/90 мм.рт.ст. Отсутствуют одышка в покое, кашель, боли в груди, отеки, тахикардия. ЧСС 72 уд./мин. Аускультация легких без патологических изменений. ФК, НК. Артериальная гипертония 3 ст. риск IV.

Для верификации диагноза рекомендовано проведение нагрузочной пробы на тредмиле. Во время проведения пробы пациентка пожаловалась на появление одышки, чувство давления за грудиной и нехватку воздуха. На ЭКГ: сегмент ST на изолинии, появление слабоотрицательного зубца Т. Проба прекращена в связи с появлением вышеуказанных жалоб и отказом больной от дальнейшего проведения исследования.

Заключение: проба сомнительная, толерантность к нагрузке – средняя; тип нагрузки физиологичный.

22.10.2010г. проведена диагностическая селективная коронароангиография. Заключение: левый тип коронарного кровообращения; отмечается извитость коронарных артерий. LM – без обструктивных изменений; LAD – без обструктивных изменений; CF – без обструктивных изменений; RCA – без обструктивных изменений.

В данной ситуации возможным диагнозом является дисгормональная миокардиодистрофия, проявляющаяся наличием клинической картины, зон гипокинеза на ЭХО КГ и отсутствием изменений на коронароангиографии. Приведенный клинический случай свидетельствует о трудностях в

...альный или со-
...ный результат

2. Оганов Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России и некоторые влияющие на неё факторы // Кардиология. - 1994. - № 4. - С.80-83.

3. Mc Pherson R. Coronary artery disease and women: applying the guidelines for risk factor management. // Can J Cardiol. – 2000. – Vol.16 – P.5A-10A.

4. King K.B., Mosca L. Prevention of heart disease in women: recommendations for management of risk factors. // Prog Cardiovasc Nurs. – 2000. – Vol.15 (2). – P.36-42

5. Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M. et al.
// Lancet. 1999; 353: 1547-1557.

6. Miller T.D., Roger V.L., Milavetz J.J. et al. Assessment of the exercise electrocardiogram in women versus men using tomographic myocardial perfusion imaging as the reference standard // *Am J Cardiol.* – 2001. – Vol.87. – P.868-873.

7. Glaser R., Herrmann H.C., Murphy S.A. et al. Benefit of an early invasive management strategy in women with acute coronary syndromes // JAMA. – 2002. – Vol.288. – P.3124–3129.

ТУЖЫРЫМ

ӘЙЕЛДЕРДІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫН ДИАГНОСТИКА ЖҮРГІЗУДЕГІ КИЫНДЫҚТАР

Г.Д. Абилямжинова, С.С. Абдраманова

Семей қ. ПДБЖФ ММУ, Павлодар қаласының №2 қалалық емханасы

Мақала авторы әйел қауымы арасында жүктемелік сынақ өткізу ақпараттылығының анализін жасаған. Мысалдардан әйелдердің ишемиялық жүрек ауруының диагнозын қоюдың және дифференциальді диагностика қиындықтарының клиникалық жағдайы көрсетілген.

Негізгі сөздер: ишемиялық жүрек ауруы, әйелдер, Х синдром, диагностика

Summary

THE DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS OF ISCHEMIC DISEASES OF WOMEN'S HEART

G.D. Abilmazhinova, S.S. Abdramanova

Pavlodar branch of doctors development Semey state medical university, hospital of Pavlodar №2

The author of article have made the analysis of results of experiments among women population. On the example of clinical case there was shown the difficulties in diagnostics of ischemic diseases of heart of women.

Key words: ischemic heart disease, women's, diagnostic.

УДК 616.12-077-07

Б.С. Дуйсенбаева

**АО «Национальный научный кардиохирургический центр», г. Астана
отделение радиологии и ядерной медицины****РОЛЬ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА****Аннотация**

Оптимальный выбор метода компьютерной томографии в конкретной ситуации позволит улучшить качество диагностики, сократит время обследования пациента, а в некоторых случаях и количество инвазивных процедур, что в конечном итоге будет способствовать улучшению хирургической помощи пациентам различного возраста с врожденными пороками сердца.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, врожденные пороки сердца.

Среди заболеваний сердца и сосудов врожденные пороки (ВПС) занимают лидирующее положение. ВПС сердца становятся причиной около 50% младенческих смертей, связанных с пороками развития. Более 50% детей с ВПС погибают в течение первых 30 дней жизни. [1]

Рождаемость детей с врожденными пороками сердца колеблется от 0,7% до 1,7%. Ежегодно в нашей стране рождается около 35 000 детей с врожденными аномалиями сердечно-сосудистой системы. В США число рожденных детей с пороками сердца составляет приблизительно 30 000. Специалисты отмечают увеличение числа детей с аномалиями сердечнососудистой системы, объясняя это улучшением выявляемости патологии.

Одними из ведущих методов диагностики ВПС по-прежнему остаются методы визуализации. Из-за высокого риска катетеризации при тяжелом течении порока особо актуальным является применение высокоинформативных и неинвазивных методик, особенно у детей с ВПС первого года жизни.

Первой и основной в ряду таких методик визуализации сердца до настоящего времени остается эхокардиография. Однако в ряде случаев из-за технических и анатомических особенностей не всегда удается получить оптимальные или субоптимальные изображения, и, следовательно, дать исчерпывающую информацию. Развитие новых технологий, быстрое распространение методов компьютерной томографии (КТ) открыли новую страницу в диагностике ВПС. Современная компьютерная томография (МРТ, МСКТ) с высокой разрешающей способностью, широким полем визуализации, возможностью различного рода постпроцессорной реконструкции изображений и при этом относящаяся к неинвазивным инструментальным методам, обеспечивает качественно иной, более высокий уровень диагностики патологии сердечно-сосудистой системы, включая ВПС [1]. Кроме того, мультиспиральная компьютерная томография за короткое время позволяет дать комплексную оценку состояния легких и органов средостения, что делает эти методы привлекательными в диагностике анатомии ВПС у детей до года. До настоящего времени в мировой литературе нет четкого алгоритма использования того или иного метода КТ в конкретной ситуации, некоторые авторы высказывают диаметрально противоположные мнения о применении МСКТ и МРТ в диагностике ВПС у детей, особенно грудного возраста. Как за рубежом, так и в Казахстане связано это с рядом сдерживающих факторов: отсутствие тесного взаимодействия врача-клинициста и врача-радиолога, небольшое количество обследованных пациентов с ВПС, особенно детей до года. Многие клиницисты и диагностиче-

ские центры нашей страны имеют томографы только базовой комплектации. Поэтому разработка алгоритмов использования методов КТ в диагностике ВПС, с учетом доступных томографов и конкретной клинической ситуации является актуальной задачей.

Оптимальный выбор метода компьютерной томографии в конкретной ситуации позволит улучшить качество диагностики, сократить время обследования пациента, а в некоторых случаях и количество инвазивных процедур, что в конечном итоге будет способствовать улучшению хирургической помощи пациентам различного возраста с ВПС.

Современные тенденции кардиохирургии врожденных пороков сердца (ВПС) у детей направлены на более раннюю диагностику и хирургическую коррекцию порока. Однако совокупность анатомо-физиологических и функциональных особенностей новорожденных и пациентов раннего возраста создает определенные сложности в достоверной оценке как самих ВПС, так и патологического фона, поэтому продолжается поиск наиболее информативных и малоинвазивных методов исследования, одним из которых является магнитно-резонансная томография (МРТ). В настоящее время МРТ уже не является экзотическим методом исследования, и его использование в кардиологической практике в последние годы набирает темп. Это и понятно. С одной стороны, любой новый метод вызывает интерес, с другой - несмотря на имеющиеся недостатки, МРТ кажется идеальным методом для решения большинства диагностических задач в кардиологии. Из всех лучевых методов МРТ дает картину, в наибольшей степени приближенную к реальной анатомии исследуемого объекта, и это, наряду с безвредностью, способствует бурному ее развитию [2-4, 6].

В 1946 г. две группы американских ученых - F. Bloch из Стэнфордского университета и E. Purcell из Гарварда - независимо друг от друга открыли явление ядерно-магнитного резонанса (ЯМР), за что в 1952 г. были удостоены Нобелевской премии. Но лишь через 25 лет, в начале 70-х годов, благодаря работам P. Lauterburg и P. Дамадияна найдено практическое применение феномену ЯМР, а в начале 80-х годов произошло стремительное развитие и широкое использование МРТ в различных клинических областях медицины, в том числе и кардиологии. Годом рождения магнитно-резонансной ангиографии (МРА) можно считать 1984 год, когда Peter van Dijk впервые продемонстрировал ангиограмму сонных артерий, полученную с использованием градиентной последовательности. В 90-е годы технические трудности получения ангиограмм были преодолены и методика МРА стала использоваться в рутинной практике. Однако нельзя говорить лишь об открытиях зару-

бежных авторов. Работы в этой области велись и русскими учеными в 40-х и 60-х годах XX века. Но из-за несовершенства оборудования, ограничений в финансировании, а также политических обстоятельств (годы Второй мировой войны и железного занавеса) развить это направление не удалось. Так, петербургский инженер В. Иванов не смог в 60-е годы получить в СССР патент на использование ЯМР в медицинской диагностике, а работы советского физика из Казани Е.К. Завойского, получившего сигнал ядерного магнитного резонанса, лишь недавно были должным образом признаны.

По мнению большинства исследователей, из всех методов визуализации магнитно-резонансная томография сердца и сосудов относится к самым молодым направлениям и является наиболее стремительно развивающейся и совершенствующейся методикой после рентгеновской компьютерной томографии (РКТ). В целом обе методики имеют очень много общего. Как при РКТ, так и при МРТ имеется возможность визуализации интересующего объекта в различной плоскости, но МРТ обладает истинной полипозиционностью исследования, а не математической реконструкцией изображений в необходимых плоскостях, как при РКТ, что увеличивает достоверность измерений. Анализ данных литературы показывает, что в настоящее время благодаря своим преимуществам МРТ становится более популярным, чем РКТ, для исследования сердечно-сосудистой системы, в том числе у детей с ВПС [1, 2, 5]. Во-первых, метод предоставляет полную информацию не только об анатомии сердца, но и о его функциональном состоянии, включая общую и регионарную сократимость, информацию о наличии участков сниженной перфузии и ишемии. Во-вторых, дает возможность измерять объемы всех четырех камер сердца, толщину и массу миокарда, оценивать скорость кровотока, в том числе соотношения объемных скоростей системного и легочного кровотока, измерять градиенты и сбросы в камерах, оценивать диастолическую функцию любого из желудочков. Широкое поле визуализации дает информацию о соседних органах и тканях, включая перикард. И, наконец, МРТ в силу своих возможностей позволяет проводить сканирование в различные сроки после лечения, используя параметры, заданные при первичном исследовании, тем самым уменьшая субъективный фактор и ошибку метода при расчете морфологических и функциональных показателей. К 2005 году в мире сложилось единомышленное мнение, что трехмерная МРА может быть прекрасным неинвазивным методом диагностики сосудистых аномалий и способствовать лучшему изучению сложных ВПС, особенно у детей раннего возраста. Согласно рекомендациям Европейской ассоциации кардиологов, МРТ в настоящее время занимает ведущее место на первом этапе диагностики опухолей сердца, патологии перикарда и крупных сосудов, а также диагностики сложных ВПС и оценки состояния сердца и сосудов после их хирургической коррекции. Выбор метода (МСКТ/МРТ) в диагностике ВПС зависит от цели исследования, вида порока, тяжести состояния ребенка и технической оснащенности кардиологического центра. В некоторых работах существует диаметрально противоположное мнение об использовании РКТ и МРТ в диагностике ВПС у детей, особенно раннего возраста, что диктует необходимость дальнейшего изучения метода МРТ в диагностике ВПС. В связи с этим нам представляется крайне актуальным освещение роли МРТ в диагностике ВПС у детей, особенно новорожденных и раннего возраста.

В 1989 г. появилась спиральная компьютерная томография (СКТ). При СКТ постоянно включенная рент-

геновская трубка безостановочно вращается вокруг непрерывно движущегося стола. КТ стала объемной, что исключало риск пропустить мелкие патологические очаги или структуры, что случалось при традиционной КТ из-за разной глубины вдоха при задержке дыхания пациентом [7]. Кроме того методика стала стандартизированной, т.е. применение правильного протокола исследования гарантирует, что повторное исследование на любом другом аппарате даст идентичный результат. Это, исключительно, важно как для контроля за развитием или регрессией патологического процесса, так и для проведения скрининга [8].

При СКТ появилась возможность быстро выполнять исследование в определенной фазе прохождения контрастного вещества через сосуды (артериальные, венозные), что привело к созданию новой методики – КТ-ангиографии [9].

В 1998 г. появились мультиспиральные КТ (МСКТ). МСКТ первого поколения могли выполнять одновременно 4 среза толщиной от 0,5мм за один оборот трубки (его длительность равнялась 0,5с). В 2003-2004гг. появились системы с 32-64 спиралями и временем оборота трубки, равным 0,33 с, что позволяет считать такие приборы по-настоящему объемными томографическими системами. Современные модели МСКТ позволяют получать срезы толщиной 0,5мм. Размеры объемных элементов изображений стали одинаковыми во всех направлениях, что позволяет говорить о полной изотропности вокселей. После появления МСКТ, этот метод стали широко применять для исследований сердца и сосудов [11].

В настоящее время для исследований врожденных пороков сердца применяют МСКТ с 16-64 спиралями. Приборы с 256 рядами детекторов или объемными системами детекторов позволяют получить изображения сердца за один оборот трубки. Кардиосинхронизация при МСКТ осуществляется в двух режимах – проспективном и чаще ретроспективном. Применяется проспективная синхронизация с ЭКГ [11]. Толщина среза составляет 0,5-1,5мм. Программное обеспечение компьютера позволяет просмотреть по одному изображению (на каждом уровне) в различных фазах сердечного цикла и затем реконструировать наиболее качественную серию изображений. Абсолютных противопоказаний к проведению МСКТ и ЭЛТ не существует [12]. Относительные противопоказания: беспокойство пациента (в связи с соматическим и психическим состоянием) сохранять неподвижность в течении 15-30с исследования, беременность, избыточная масса тела пациента, превышающая максимально допустимую для данной модели томографа.

Кроме этого, при МСКТ можно детально оценить толщину и плотность миокарда, степень контрастирования сердечной мышцы, определить размеры камер сердца, изучить сократительную функцию миокарда и состояние клапанного аппарата. Метод стандартизирован, легко переносится пациентами, данные его хорошо документируются. Широкие возможности для различных вариантов трехмерной компьютерной обработки изображений. Не существует абсолютных противопоказаний к применению метода. Следует отметить, что проведение МСКТ связано с лучевой нагрузкой (от 8 до 15 мЗв). Для выполнения исследования необходимо внутривенное введение контрастного вещества (как правило, не более 100-130мл). Большое число изображений при исследованиях сердца (1000-3000) требует установки мощной рабочей станции и дополнительного времени для их обработки [13].

Таким образом, основная цель медицинской диагностики – точное распознавание вида патологии, стадии и тяжести заболевания, на котором базируется определение правильной лечебной тактики. Назначая необоснованно большое количество диагностических тестов, врач зачастую усложняет, удлинняет и удорожает процесс диагностики, не повышая его точности. Знание пределов и возможностей диагностических методов особенно важно тогда, когда они применяются для определения эффективности того или иного способа лечения, а также прогноза.

Современная диагностическая концепция кардинально отличается от той, которую мы исповедовали в прошлом веке. Ранее мы шли от более простых к более сложным методам [14].

В настоящее время в хорошо оснащенных клиниках целесообразно использовать высокоточные, неинвазивные и инвазивные методы, например рентгеновскую компьютерную томографию или ангиографию, уже на первых этапах установления диагноза. Эффективность метода определяется его чувствительностью, специфичностью и точностью, но следует не забывать о доступности и стоимости исследования и возможности возникновения нежелательных побочных эффектов у пациентов [12].

Литература:

1. Jankharia B, Raut A. Cardiac imaging: current and emerging applications. J Postgrad Med. 2010 Apr-Jun;56(2):125-30.
2. Гранов А.М. Современные лучевые технологии в диагностике ишемической болезни сердца. Наука – клинике: Материалы Невского Радиол. Форума – СПб. - 2005. – С.111.
3. Скорик В.А. Роль спиральной компьютерной томографии в комплексной оценке состояния коронарных артерий сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., - 2003. 42с.
4. Терновой С.К., Сеницын В.Е., Гагарина Н.В. Неинвазивная диагностика атеросклероза и кальциноза коронарных артерий. – М.: Атмосфера, 2003. – 140с.
5. Ternovoy S., Sinitsyn V., Batyraliev T. Electron-beam and spiral tomography of heart and great vessels // Coronary Angiography. – Istanbul: Yapim, 2001, - 112p.
6. Miller J.M., Rochitte C.E., Dewey M. et al. Diagnostic performance of coronary angiography by 64-row CT. N Engl J Med. November 27, 2008;359:2324-36.
7. Беленков Ю.Н., Терновой С.К. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. – М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007. – 976с.
8. Тютин Л.А., И.Э.Ицкович, Е.В.Розенгауз // Неинвазивная визуализация коронарных артерий с помощью многослойной спиральной компьютерной томографии / Л.А.Тютин Медицинская визуализация. – 2004. – №3. – С.65-73.
9. Ицкович И.Э. Многослойная спиральная компьютерная томография сердца: счет кальция и стеноз коронарных артерий / И.Э.Ицкович, Л.А.Тютин, Т.Н.Трофимова // Тез. докл. конф., посвящ. 60-летию кафедры рентгенологии и радиологии СПбГМУ им. И. П. Павлова. – СПб., 2005. – С.77-78.
10. Белькинд М.Б. Изучение взаимосвязи между выраженностью коронарного кальциноза и результатами транслюминальной коронарной ангиопластики по данным электронно-лучевой компьютерной томографии у больных ИБС: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
11. Ohtsuka T., Takamoto S., Endoh M., Ono M. et al. Ultrafast computed tomography for minimally invasive coronary artery bypass grafting // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 1998c. – Vol. 116. – P. 173-174.
12. Stinn B, Stolzmann P, Fornaro J, Hibbeln D, Alkadhi H, Wildermuth S, Leschka S. Technical principles of computed tomography in patients with congenital heart disease. Insights Imaging. 2011 Jun;2(3):349-356.
13. Walsh R, Nielsen JC, Ko HH, Sanz J, Srivastava S, Parness IA, Lytrivi ID. Imaging of congenital coronary artery anomalies. Pediatr Radiol. 2011 Dec;41(12):1526-35. doi: 10.1007/s00247-011-2256-3.
14. Roest AA, de Roos A. Imaging of patients with congenital heart disease. Nat Rev Cardiol. 2011 Nov 1;9(2):101-15. doi: 10.1038/nrcardio.2011.162. Review.

Тұжырым

ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ (МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫ ЖӘНЕ МУЛЬТИШИЙРШЫҚТЫ КОМПЬЮТЕРЛІ ТОМОГРАФИЯЛАРДЫҢ) ТУА БІТКЕН ЖҮРЕК АҚАУЛАРЫН ЗЕРТТЕУДЕГІ РӨЛІ

Б.С. Дүйсенбаева

АК «Ұлттық ғылыми кардиохирургия орталығы», радиология және ядролы медицина бөлімшесі, Астана қ-сы

Компьютерлік томографияның әдісінің үйлесімді талғамы ара нақты жағдайда диагностиканың сапасын жақсартып, емделушінің тексеру уақытын қысқартып қояды, ал арада бір уақиғаларда да инвазия шаралардың санын. Бұл ақыр соңында әтүрлі жаста туа біткен жүрек ауруларымен емделушілерде хирургиялық көмек орындауға мүмкіндігін жақсартаты.

Бұлақты сөздер: компьютерлік томография, магнитті-резонанстық томография, жүректің туа біткен ақаулары.

Summary

THE ROLE OF NEW TECHNOLOGIES IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL HEART DISEASES

B.S. Duisenbayeva

«National Scientific Cardiac Surgery», department of Radiology and Nuclear Medicine, Astana

The optimal choice of computer tomography in a particular situation will improve the quality of diagnosis, examination of the patient, reduce the time and in some cases the number of invasive procedures, which ultimately will improve surgical care for patients of all ages with congenital heart defects.

Key words: computed tomography, magnetic resonance imaging, congenital heart defects.

УДК 616.132-079

Р.И. Рахимжанова, Т.Б. Даутов, Б.С. Дуйсенбаева

АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

АО «Национальный научный кардиохирургический центр», г. Астана, Казахстан

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ И МАГНИТНО-АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

Аннотация

В статье на основании анализа результатов обследования пациентов с подозрением на наличие коарктации аорты определены диагностические возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) высокого разрешения. Магнитно-резонансная и мультиспиральная компьютерная томография с в/венным контрастным усилением и с 3D реконструкцией дала возможность определить область сужения, протяженность и внутренний диаметр суженного участка сосуда.

Ключевые слова: магнитно-резонансная томография, мультиспиральная компьютерная томография, коарктация аорты.

Введение

Коарктация аорты - это врожденное сегментарное сужение грудной аорты, создающее два режима кровообращения в большом круге и вызывающее определенные клинические симптомы. По статистике коарктация аорты составляет 14,2% всех врожденных пороков сердца. Врожденное сужение аорты располагается в месте перехода дуги аорты в нисходящую аорту дистальнее левой подключичной артерии. Сужение снаружи может иметь вид перетяжки с обычным диаметром аорты проксимальнее и дистальнее или напоминать песочные часы. Внешний диаметр места сужения, как правило, не определяет величину внутреннего сужения аорты. Сужение аорты может занимать от миллиметра до нескольких сантиметров длины сосуда, хотя обычно оно ограничено одним - двумя сантиметрами. Аорта в месте сужения смещена медиально и несколько кпереди и как бы подтянута артериальной связкой или открытым артериальным протоком. Сужение просвета аорты приводит к развитию большой сети коллатеральных сосудов. Начиная с 10-летнего возраста у детей в аорте и сосудах появляются атеросклеротические изменения, гипертрофия миокарда левого желудочка. Выделяют два типа коарктации: пре- и постдуктальный, с функционирующим или нефункционирующим артериальным протоком. [1,2]

Цель исследования результатов компьютерно-томографической (КТ) и магнитно-резонансной ангиографии (МРА) в диагностике коарктации дуги аорты.

Материалы и методы: за период с ноября 2011 по июнь 2012 гг. КТА и МРА выполнена 32 пациентам с подозрением на патологию дуги и нисходящей части грудной аорты. Возраст больных варьировало от 1 суток до 29 лет. Исследования выполнялись на мультиспиральном компьютерном томографе «Somatom Definition AS 64», магнитно-резонансном томографе, «Magnetom Avanto 1,5 T», фирма «Siemens», Германия. КТА проводилась с в/венным введением неионного контрастного препарата, со скоростью введения 1-2 мл/сек., детям до 3 лет – в условиях медикаментозной седации. Реконструкция изображения осуществлялась с толщиной среза 0,6 мм и расстоянием между срезами 0,6 мм. Обработка и анализ полученных данных осуществлялся с использованием программ мультипланарной и объемной реконструкции изображения. Исследования на МРТ проводились без в/венного контрастного усиления, контраст был от естественного тока крови с ЭКГ-синхронизацией и Кино-МРТ [3].

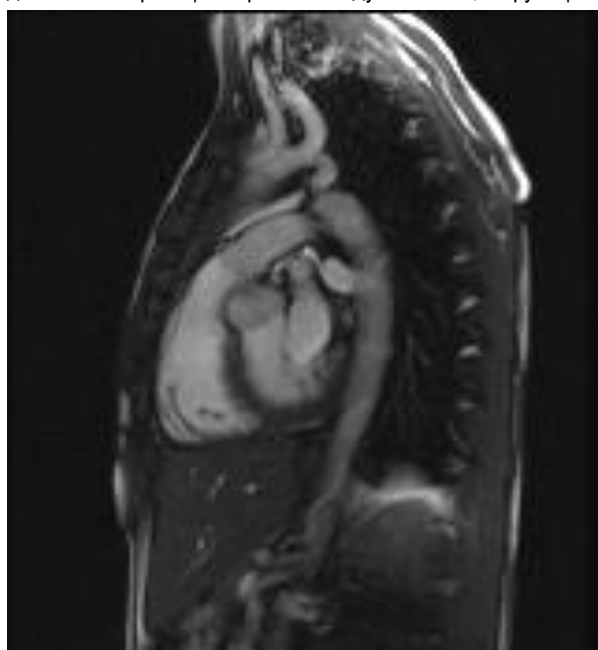


Рисунок 1. Коарктация аорты, магнитно-резонансная томография

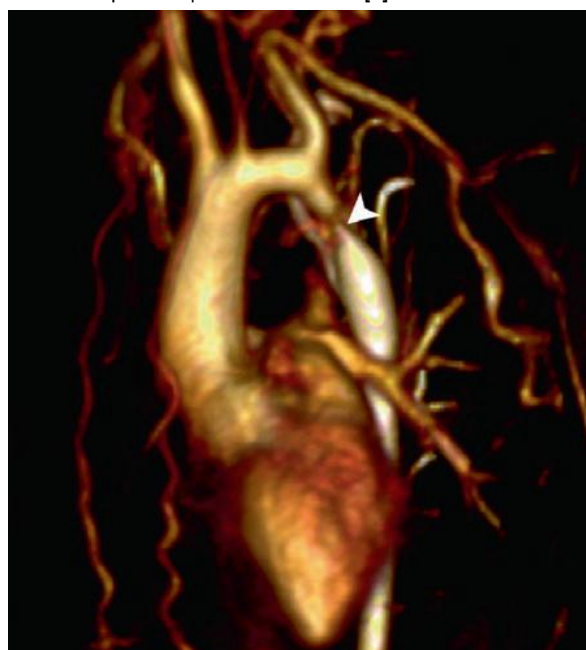


Рисунок 2. Коарктация аорты, компьютерная томография с 3D реконструкцией

Результаты: У 29 пациентов выявлен изолированный тип коарктации аорты (КоА), у 6 – КоА вместе с открытым аортальным протоком (ОАП), у 11 – вместе с бicuspidальным аортальным клапаном. У большинства

больных коарктация аорты сочеталась с другой врожденной патологией сердца. У 3 – пациентов, ранее оперированных по поводу коарктации аорты, выявлен рестеноз в области хирургической коррекции.



Рисунок 3. МРТ, бicuspidальный аортальный клапан

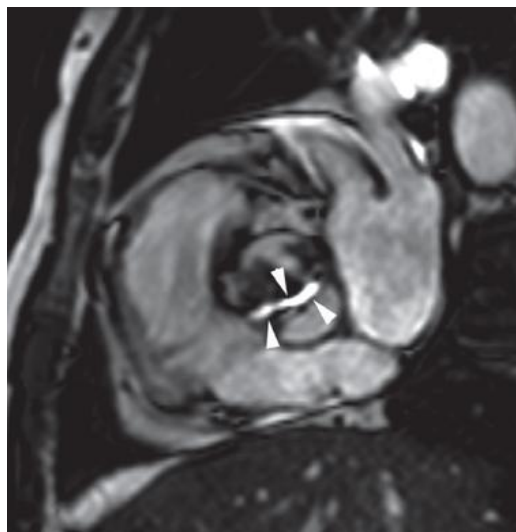


Рисунок 4. МРТ, кальцинированный бicuspidальный аортальный клапан

Выводы: Таким образом, компьютерно-томографическая и магнитно-резонансная ангиография является оптимальным методом выбора в диагностике коарктации аорты. КТ позволило более точно определить локализацию, протяженность, оценить состояние других сосудов. МРТ, благодаря высокой тканевой контрастности, даже в отсутствие внутривенного введения контрастного вещества, позволило с большей точностью определить область сужения и состояние других крупных сосудов.

Литература:

1. Беленков Ю.Н., Терновой С.К. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. – М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007. – 976с.
2. Скорик В.А. Роль спиральной компьютерной томографии в комплексной оценке состояния коронарных артерий сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.

Тұжырым ҚОЛҚАНЫҢ КОАРКТАЦИЯСЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫНДА КОМПЬЮТЕРЛІК ЖӘНЕ МЕГНИТТІ АНГИОГРАФИЯЛЫҚ ТОМОГРАФИЯНЫҢ РӨЛІ

Р.И. Рахимжанова, Т.Б. Даутов, Б.С. Дүйсенбаева

АК «Медициналық Университет Астана»

АК «Ұлттық ғылыми кардиохирургия орталығы»,
радиология және ядролы медицина бөлімшесі. Астана қ-сы

Мақалада магнитті-резонанстық томографияның (МРТ) және биік рұқсаттың мультишайыршықты компьютерлік томографиясының (МСКТ) диагностикалық анализ бойынша емделушінің қолқаның коарктациясы сезігі бар болуын мүмкіндіктері тағайындаған. Магнитті-резонанстық және мультишайыршықты компьютерлік томография венаішілік контрасты зораюмен және 3D реконструкциямен тарылу облысын, созылымдықты және тамырдың тарылу телімінің ішкі диаметрін анықтау мүмкіндігін алып берді.

Негізгі сөздер: магнитті-резонанстық томография, мультишайыршықты компьютерлік томография, қолқаның коарктациясының.

Summary

THE ROLE OF COMPUTER AND MAGNETIC TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF AORTIC COARCTATION

R.I. Rakhimzhanova, T.B. Dautov, B.S. Duisenbayeva

«Medical University Astana»

«National Scientific Cardiac Surgery Center»,
Department of Radiology and Nuclear Medicine, Astana

The paper based on the analysis of the survey of patients with suspected aortic coarctation defined diagnostic capabilities of magnetic resonance imaging and multislice computed tomography of high resolution. Magnetic resonance and multi-detector computed with a/vennyim contrast enhancement and 3D reconstruction has made it possible to determine the area of the constriction, the length and internal diameter of the narrowed area of the vessel.

Key words: magnetic resonance imaging, multidetector computed tomography, coarctation of the aorta.

УДК 616.12-008-616.366-003.7

¹ Л.М. Пивина, ² Р.К. Абдугалиева, ³ Н.Е. Аукунов, ⁴ М.Р. Мадиева, ⁵ Г.Ж. ЫзиевГосударственный медицинский университет города Семей^{1,3,4}КГКП «Тарбагатайское медицинское объединение № 2»²Больница скорой медицинской помощи, г. Семей⁵

ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, СОЧЕТАННЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аннотация

В статье представлены результаты изучения факторов риска развития болезней системы кровообращения, сочетанных с желчнокаменной болезнью. Показано, что практически в 100% как у мужчин, так и женщин, ЖКБ ассоциируется с тремя и более факторами риска БСК. У лиц обоего пола ведущими являются такие факторы риска как АГ, избыточная масса тела, дислипидемия и низкая физическая активность.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, желчнокаменная болезнь, факторы риска

Наличие нескольких заболеваний у одного больного – одна из проблем клинической практики в последние десятилетия. В 70-90% случаев хронические болезни сочетаются между собой. Это связано с образом жизни, социальными, экологическими условиями жизни человека, увеличением продолжительности жизни человека. Наиболее характерна множественность патологии для людей старших возрастных групп. Взаимовлияние заболеваний, инволютивные процессы естественного старения и лекарственный патоморфоз значительно изменяют клиническую картину и течение заболеваний, характер и тяжесть осложнений, ухудшают качество жизни больного, ограничивают или затрудняют лечебно-диагностический процесс. Сроки начала заболеваний, формирующих синдромы полиморбидности, и их хронизация приходится на молодую (30–45 лет) и среднюю (46–60 лет) возраст, а результат их суммарного накопления, начинают проявляться в пожилом (61–75 лет) возрасте.

Данные научных исследований свидетельствуют, что высокая распространенность заболеваний внутренних органов ассоциируется с высокой распространенностью их факторов риска. На практике наиболее часто встречается сочетание БСК с патологией органов пищеварения [1], и, в частности, с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Некоторое единство патогенетических механизмов развития желчнокаменной болезни и атеросклероза, по-видимому, определило частоту встречаемости такой сочетанной патологии, как ЖКБ с ишемической болезнью легких, артериальной гипертонией, мультифокальный атеросклероз. Более того, ряд авторов [2] отмечают продолжающийся неуклонный рост такой сочетанной патологии в последнее десятилетие.

Атеросклероз – также одно из распространенных хронических заболеваний в экономически развитых странах, ведущее к росту риска развития болезней системы кровообращения и коронарных осложнений. Известна общность патогенеза ЖКБ и мультифокального атеросклероза. Так, все заслуживающие внимания теории и гипотезы патогенеза атеросклероза – инфильтрационная теория, тромболипидная теория, перекисная теория, мембранная гипотеза, аутоиммунная теория, вирусная гипотеза [3] – укладываются в рамки двух концепций. Одна из них – плазменная – исходит из того, что в развитии атеросклероза повинны липиды (липопротеины) и некоторые белки (например, фибриноген плазмы). Атерогенными дислипидопроteinемиями в последние годы принято считать гиперхолестеринемии, когда общий холестерин составляет более 5,2 ммоль/л, а холестерин ЛПНП 4,0 ммоль/л; гипертриглицеридемии при концентрации триглицеридов более 2,3 ммоль/л;

гипоальфахолестеринемии при холестерине ЛПВП менее 1 ммоль/л; соотношение общей ХС/ХС-ЛПВП более 5 у. е. Другая концепция – сосудистая – объединяет теории и гипотезы, в которых главное значение в развитии атеросклеротического процесса придается изменениям клеточных, соединительно-тканых и других структур артериальной стенки, возникающим под действием различных повреждающих факторов.

Факторам, связанным с нарушением того же межклеточного метаболизма объяснено в большинстве случаев и развитие ЖКБ. Особенно это относится к формированию холестериновых камней и конкрементам смешанного типа. Образование холестериновых камней включает перенасыщение желчи холестерином, изменение соотношения концентрации холестерина и его солюбилизаторов, кристаллизацию, агрегацию жидких кристаллов, насыщение кристаллов холестерином, кристаллизацию холестерина. Таким образом, развитие холелитиаза и формирование атеросклероза патогенетически связаны и опираются на нарушения липидного обмена. У лиц старше 40 лет отмечается корреляция между частотой ЖКБ и уровнем триглицеридов в сыворотке крови [4].

Материалы и методы. Нами обследовано 60 человек с наличием ЖКБ, из них 34 (56,7%) женщин и 26 (43,3%) мужчин в возрасте от 39 до 80 лет. Обследование включало стандартный опрос по протоколу ВОЗ CINDI, 1996 (Country wide Integrated Noncommunicable Diseases Prevention), измерения на выявление факторов риска БСК, специальные клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования. Изучены такие основные факторы риска, как артериальная гипертензия (АГ), рассматриваемая нами как самостоятельная нозология и фактор риска других БСК, курение, потребление алкоголя, отягощенная наследственность, низкая физическая активность, гипергликемия, нарушения липидного обмена включавший анализ липидограммы, с оценкой указанных факторов риска по критериям программы ВОЗ CINDI (1996г), рекомендациям ВНОК по АГ (2008г), дислипидемиям (2005г).

Результаты и обсуждение. По возрасту как среди мужчин, так и женщин наибольшей явилась группа 71-80 лет, составившая, соответственно, 38,5% и 41,1%, с тенденцией к увеличению доли больных у женщин с 51 года, а у мужчин с 61 года. Сочетанные формы заболевания (ЖКБ и БСК) диагностированы у 92,3% мужчин и 88,2% женщин. Среди обследованных лиц обоего пола зарегистрировано от двух до пяти факторов риска БСК. Доля лиц с тремя и более факторами риска составила у мужчин 100%, а у женщин 94, 1%, соответственно. У мужчин на первом месте находится группа лиц с пятью

факторами риска (53,8%), далее в равных долях представлены лица с четырьмя и тремя факторами риска (23%). У женщин на первом месте находится группа лиц с четырьмя факторами риска (53%), на втором - с пятью (23,5%) и на третьем с тремя факторами риска (23%).

Ведущими по частоте в целом, независимо от пола, явились такие факторы риска, как избыточная масса тела (93,3%), зарегистрированные в равных долях АГ и низкая физическая активность (90,0%) и употребление алкоголя (86,6%). У мужчин по частоте ведущими факторами риска явились АГ и избыточная масса тела, составившие по 92,3% соответственно. Далее, также в равных долях, были представлены низкая физическая активность, употребление алкоголя и дислипидемия (84,6%) и на третьем - курение (69,2%). У женщин в качестве ведущих факторов риска регистрировались представленные в равных долях низкая физическая активность и избыточная масса тела (94%), затем употребление алкоголя и АГ (88,2%) и на третьем месте - дислипидемия (76,4%).

Таким образом, результаты исследования установили высокую частоту сочетания ЖКБ с АГ среди об-

следованных. Показано, что практически в 100% как у мужчин, так и женщин, ЖКБ ассоциируется с тремя и более факторами риска БСК. У лиц обоего пола ведущими являются такие факторы риска как АГ, избыточная масса тела, дислипидемия и низкая физическая активность. Данные факторы риска, за исключением низкой физической активности, относятся к категории эндогенных и непрерывных по характеру воздействия и обладают системным влиянием на организм индивидуума. Выше изложенное подтверждает общность факторов риска при ЖКБ и АГ и подтверждает их влияние на формирование сочетанных форм заболеваний.

Литература:

1. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний // Клинич. медицина. – 2008. – № 1. – С. 56-58.
2. Эльштейн Н.В. Современные терапевтические болезни: общие клинические особенности // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 5. – № 6. – С. 227-232.
3. Дудко В.А., Карпов Р.С. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга. Томск: СТУ, 2005. - 416 с.
4. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. М., 2001. - 264 с.

Тұжырым

ӨТ – ТАС АУРУЫМЕН ҚОСАРЛАСҚАН ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН ЗЕРТТЕУ

Л.М. Пивина, Р.К. Абдугалиева, Н.Е. Ауенов, М.Р. Мадиева, Г.Ж. Ыגיע

Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті, «Тарбағатай медицина бірлістігі № 2», Семей қ. ҚМҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада өт – тас ауруымен қосарласқан қанайналым жүйесі ауруларын дамытатын қауіп факторларын зерттеу бойынша нәтижелер көрсетілген. 100% ер адамдарда және әйел адамдарда да өт – тас ауруы қанайналым жүйесінің ауруларының үш немесе одан да көп факторлармен ассоцирленеді. Әйел адамдарда да, ер адамдарда да жетекші факторлар болып АГ, артық дене салмағы, дислипидемия және физикалық белсенділігінің төмен болуы жатады.

Негізгі сөздер: қанайналым жүйесі аурулар, өт – тас ауру, қауіп факторлар.

Summary

THE STUDY OF RISK FACTORS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES, COMBINED WITH CHOLELITHIASIS

L.M. Pivina, R.K. Abdugaliyeva, N.E. Aukenov, M.R. Madieva, G.J. Ygiev

Semey State Medical University, Tarbagatay Medical Union № 2», Hospital for emergency medical aid, Semey

In the paper we have presented the results of the study of risk factors for cardiovascular diseases combined with gallstone disease. It is found that 100% of both men and women, gallstone disease is associated with three or more risk factors for cardiovascular diseases. In both sexes the leading risk factors are arterial hypertension, overweight, dyslipidemia, low physical activity.

Key words: cardiovascular disease, gallstone disease, risk factors.

УДК 615.22 – 612.17

Л.И. Павлова, К.С. Калиекова

Государственный медицинский университет города Семей

КАРДИОПРОТЕКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЦА

Аннотация

Фармакологические препараты метаболического и цитопротекторного действия, применяемые для коррекции функционального состояния миокарда, обозначают термином "кардиопротекторы".

Ключевые слова: кардиопротекторы: механизмы действия, клеточный метаболизм.

Миокард постоянно нуждается в доставке кислорода, обеспечивающего процесс окислительного фосфорилирования. Ишемию/гипоксию можно трактовать как дисбаланс между доставкой оксигенированной крови к миокарду и его потребностью в кислороде. Если доставка кислорода не соответствует потребностям кар-

диомиоцитов, как у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), так и здоровых людей в условиях чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок, функциональное состояние клеток сердечной мышцы ухудшается и возникают клинические симптомы стенокардии.

Универсальным механизмом приспособления клетки к изменяющимся условиям существования является перестройка обмена веществ и энергии. На современном этапе развития фармакологии разработан и испытан целый арсенал кардиопротекторов, обладающих широким спектром действия, способствующих синтезу и мобилизации энергетических и пластических ресурсов, оптимизации деятельности физиологических систем, ускорению процессов восстановления, в том числе и в сердечной мышце.

Основные направления коррекции фармакологическими средствами метаболического действия: улучшение энергетического обмена (усиление синтеза макроэргов, расширение их резервного пула, более экономное и эффективное использование в различных биохимических процессах; снижение степени утомления); коррекция пластического обмена (ускорение формирования структурного "следа" адаптации, профилактика дистрофических процессов, ускорение процессов реабилитации); защита клеточных структур от пероксидного и свободнорадикального окисления; оптимизация нейроэндокринной регуляции.

Механизмы действия кардиопротекторов разнообразны и многоплановы. При отсутствии гипоксии кардиомиоциты "получают" АТФ за счет расщепления ацетил-КоА в цикле Кребса, и основными источниками энергии выступают глюкоза и свободные жирные кислоты (СЖК). При адекватном кровоснабжении миокарда 60-90 % ацетил-КоА образуется за счет окисления свободных жирных кислот, а остальные 10-40 % - за счет декарбоксилирования пировиноградной кислоты (ПВК). Примерно половина ПВК внутри клетки образуется за счет гликолиза, а вторая половина - из лактата, поступающего в клетку из крови. Катаболизм СЖК по сравнению с гликолизом требует большего количества кислорода для синтеза эквивалентного числа АТФ. При достаточном поступлении кислорода в клетку глюкозная и жирно-кислотная системы энергообеспечения находятся в состоянии динамического равновесия. В условиях гипоксии количество поступающего кислорода недостаточно для окисления жирных кислот. Вследствие этого в митохондриях происходит накопление недоокисленных активированных форм жирных кислот (ацилкарнитин, ацил-КоА), которые способны блокировать адениннуклеотидтрансферазу, что сопровождается подавлением транспорта произведенного в митохондриях АТФ в цитозоль и повреждением мембраны клеток.

Особое значение придается препаратам, регулирующим обмен веществ в миокарде.

В группу «кардиопротекторов» включены лекарственные вещества, способные влиять на: 1. клеточный метаболизм; 2. ионный гомеостаз; 3. структуру и функцию мембран клеток, препятствуя развитию необратимого их повреждения и реперфузии.

Рассмотрение фармакологических свойств различных групп медикаментозных препаратов позволяет сделать вывод о влиянии как минимум на один из вышеозначенных пунктов веществ, используемых с целью получения антиангинального или противоишемического эффекта.

Совокупность данных позволила выделить 2 группы препаратов с кардиопротекторными свойствами: прямого действия (уменьшают выраженность влияния экзо- и эндогенных факторов непосредственно на кардиомиоциты в норме и при патологии сердечной мышцы) и непрямого (уменьшают нагрузку на сердечную мышцу, снижая таким образом вероятность развития или предупреждая нарушения метаболизма в сердечной мышце, влияя на другие органы и системы). Дополнительными градациями в группе прямых кардиопротекторов является разделение по основным точкам приложения их действия: моделирующие функцию клеточной мембраны, стабилизирующие клеточные мембраны, влияющие на обмен веществ в миокарде. Примером воздействия лекарственных средств, моделирующих функцию клеточных мембран, являются препараты группы антагонистов кальция. Стабилизация клеточных мембран происходит за счет уменьшения интенсивности перекисного окисления липидов, что способствует более эффективному использованию углеводов в качестве источника энергии, стабилизации мембран митохондрий, лизосом. Перечень препаратов данной группы включает: мельдоний, токоферол, препараты супероксиддисмутазы, церулоплазмин, триметазидин, фосфокреатинин.

Широкое применение кардиопротекторов прямого и непрямого действия для лечения стабильной стенокардии, улучшают прогноз заболевания, а также предупреждает развитие осложнений и увеличивают продолжительность жизни.

Литература:

1. Амосова Е.Н. Метаболическая терапия поврежденного миокарда. обусловленной ишемией. Новый подход к лечению ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности // Укр. Кард. Журнал. 4. 2000. С.86-88.
2. Французов С.Б., Яценко В.П., Зотов А.С. Фармакология милдроната. Москва. - 1997. - С. 30-32.
3. Столярова В.В. Кардиопротекторный эффект препаратов с антиоксидантной активностью при острой церебральной ишемии / В.В. Столярова // Эксперим. и клинич. фармакология. СПб. - 2001, №6. - С.31-33.
4. Тапберген С.О., Тапберген Т.С. // Жур.: Биомедицинская химия. Москва. - 2005, Т. 51, №2. - С. 199-205.
5. Мкртчян В.Р. Клиническая фармакология средств, влияющих на энергетический метаболизм миокарда. // Учебное пос. М. - 2002. - С. 3-20.

ТҰЖЫРЫМ

ЖҮРЕК МҮМКІНДІКТЕРІН ФУНКЦИОНАЛЬДЫ ЖОҒАРЛАТАТЫН КАРДИОПРОТЕКТОРЛАР

Л.И. Павлова, К.С. Калиева

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Миокардтың функциональды жағдайын реттеуде қолданылатын, метаболикалық және цитопротекторлық әсері бар препараттарды "кардиопротекторлар" терминімен белгілейді.

Түйінді сөздер: кардиопротекторлар: әсер ету механизмдері, жасушалық метаболизм.

Summary

CARDIOPROTECTORS THAT IMPROVE THE FUNCTIONALITY OF THE HEART

L.I. Pavlova, K.S. Kaliyeva

State Medical University of Semey

Metabolic drugs and cytoprotective action, used for correction of the functional state of the myocardium, termed "cardioprotectors".

Key words: cardioprotectors: mechanisms of action, cellular metabolism.

УДК 616.24-002-613.98

Л.М. Пивина¹, Л.Г. Герасименко²Государственный медицинский университет города Семей,
КГКП «Перинатальный центр», г. Семей²

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

В статье представлены результаты клинического исследования особенностей течения внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях. Установлено, что у обследованных пациентов инфекционный процесс возникает на фоне полиморбидности; характерно редкое развитие лихорадки, продукции мокроты и лейкоцитоза, преобладание в клинической картине одышки и слабости. Установлен высокий процент выделения грамотрицательных бактерий, золотистого стафилококка и гемофильной палочки.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, пожилые люди.

Современная демографическая обстановка в Республике Казахстан характеризуется прогрессирующим старением населения. Указанная проблема является наиболее актуальной для системы здравоохранения и социального развития страны в связи с тем, что в последние десятилетия снижение рождаемости и высокая смертность жителей Казахстана, особенно мужчин, способствуют постарению населения. Люди пожилого возраста составляют значительную долю среди пациентов, обращающихся за амбулаторной помощью.

Полиморбидность, или мультиморбидность (наличие нескольких заболеваний у одного больного), – одна из проблем гериатрической практики. Необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологии, что, несомненно, сказывается на ее течении и особенностях врачебной тактики. Бактериальные инфекции представляют серьезную проблему в пожилом возрасте и оказывают существенное влияние на течение многих хронических заболеваний, приводя к необходимости госпитализации, ухудшению прогноза и росту летальности у этой категории пациентов. Известно, что у лиц старших возрастных групп при наличии сопутствующих заболеваний летальность от внебольничных пневмоний достигает 15-30%. При этом пневмония чаще всего имеет вторичный характер и развивается на фоне предшествующих заболеваний [1, 2]. Вместе с тем вопросам клинического течения, дифференциального диагноза пневмонии с синдромосходными заболеваниями у больных инволютивного возраста в современной научной литературе не уделяется достаточного внимания.

Целью настоящего исследования было изучение клинических и лабораторных особенностей течения внебольничных пневмоний у больных пожилого и старческого возраста в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Семей. Объектом исследования послужили истории болезней пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте старше 60 лет. Для сбора клинико-лабораторных данных нами были разработаны индивидуальные регистрационные карты, включающие в себя паспортные демографические сведения, диагноз, анамнез жизни и заболеваний, физикальные данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований. Оценка выраженности мультиморбидности проводилась с помощью определения индекса «число заболеваний / 1 больной». Статистический анализ клинических и лабораторных данных осуществлялся с использованием программы *Statistica 6.0*, а также

прикладной компьютерной программы *Microsoft Excel 4.0*. Возрастные параметры оценивались в соответствии с классификацией ВОЗ (возраст пожилых людей – 60-74 лет, старческий возраст – 75-89 лет).

Результаты и обсуждение. Были исследованы истории болезней 120 пациентов с внебольничной пневмонией в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $77,8 \pm 5,8$ лет), из них пожилых людей было 4,8%, старых – 95,2%; мужчин – 72 (60%), женщин – 48 (40%). Индекс полиморбидности у пациентов составил $6,9 \pm 1,8$. У 79% пациентов отмечалась связь с предшествующими ОРВИ. Анализ сопутствующей патологии показал, что у пациентов старших возрастных групп внебольничная пневмония развивалась на фоне хронических заболеваний нижних отделов респираторного тракта (хронической обструктивной болезни легких – 101 больной или 84,2% и бронхиальной астмы – 14 больных или 11,7%). У 104 больных (86,7%) была диагностирована ишемическая болезнь сердца, у 49 пациентов (40,8%) – заболевания мочевыводящих путей, у 51 пациента (42,5%) – болезни желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Важной, с нашей точки зрения, является информация о наличии сопутствующих последствий острого нарушения мозгового кровообращения в виде церебрального паралича, который был установлен в 13% случаев (6 пациентов), а также расстройств поведения и психики, наблюдавшихся у 35 больных (29,2%). Как известно, подобные состояния способны служить выраженными факторами риска для развития пневмонии, а также значительно ухудшают прогноз, увеличивая вероятность летального исхода и обуславливая необходимость госпитального лечения таких пациентов. Кроме того, в ряде случаев сопутствующими заболеваниями у исследуемых пациентов были такие прогностически неблагоприятные заболевания, вызывающие иммунодефицит, как сахарный диабет (32 пациента или 26,7%) и злокачественные образования (9 пациентов или 7,5%). Все пациенты с такой сопутствующей патологией подлежали экстренной госпитализации. Основные клинические проявления внебольничной пневмонии у исследуемых больных представлены на рисунке 1.

Как показано на рисунке, основными симптомами у обследованных пациентов были кашель и слабость (79%), одышка и выделение мокроты присутствовали у 54-56% больных. Обращает на себя внимание небольшой процент лиц с наличием лихорадки (42%). При этом интеллектуально-мнестические расстройства наблюдались у довольно высокой доли пациентов (29%). Эти данные полностью согласуются с данными других меж-

дународных исследований [3] и характерны именно для лиц пожилого и старческого возраста.

При анализе результатов лабораторного метода исследования установлено, что изменения в общем анализе крови были мало выраженными и присутствовали только у 23 пациентов (19,2%), проявляясь, в основном, умеренным лейкоцитозом. Наиболее информативными в плане диагностики были данные рентгенографии органов грудной клетки, которые свидетельствовали о характерных изменениях в легочной ткани в 92,6% слу-

чаев. При этом одностороннее очаговое или очагово-сливное поражение наблюдалось в 74 % случаев, в 26% случаев присутствовало двустороннее или доленое поражение, что обуславливало необходимость ранней госпитализации таких пациентов. Бактериологическое исследование мокроты показало, что в 35,4% случаев возбудителем болезни был *St. pneumonia*, в 19,2% была высеяна гемофильная палочка, в 17,1 – *Staphylococcus aureus*.

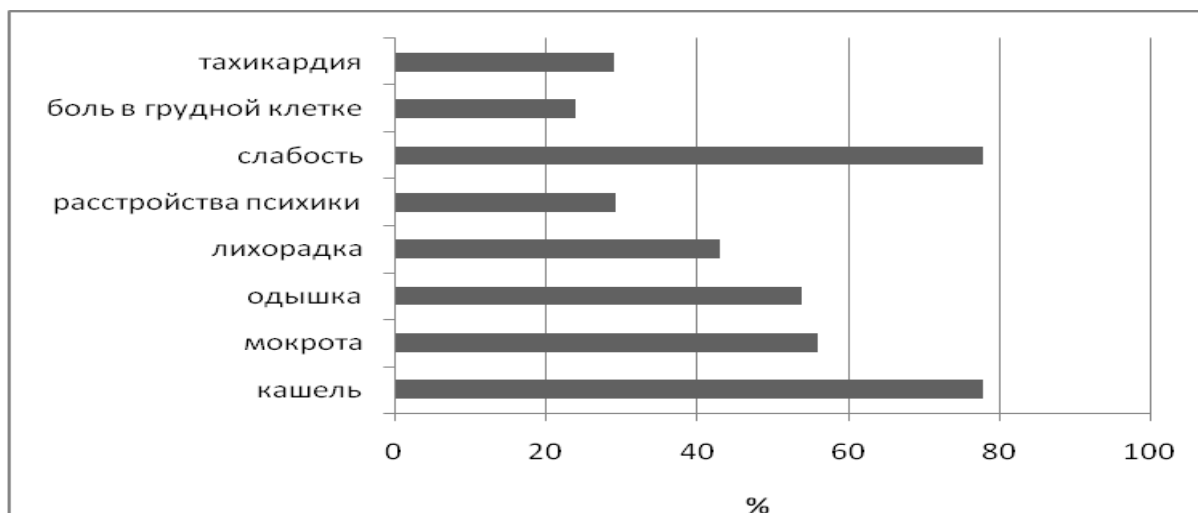


Рисунок 1. Клинические проявления внебольничной пневмонии (%).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что особенностями течения внебольничной пневмонии у пациентов старших возрастных групп являются возникновение инфекционного процесса на фоне полиморбидности (патология сердечно-сосудистой системы, хроническая обструктивная болезнь легких, изменения психического статуса); низкий процент наличия лихорадки, продукции мокроты и лейкоцитоза, преобладание в клинической картине одышки и слабости. Установлен высокий процент выделения грамотрицательных бактерий, золотистого стафилококка и гемофильной палочки, что диктует необходимость индивидуального подхода в подборе

рациональной антибактериальной терапии с учетом чувствительности возбудителя. При этом акцент должен быть сделан на таких группах антибиотиков, как макролиды и фторхинолоны.

Литература:

1. Лабезник Л.Б. Старение и полиморбидность // Consilium Medicum. - 2005. - № 7. - С. 993-996.
2. Ноников В.Е. Пневмонии у лиц старше 60 лет // Клиническая геронтология. - 2005. - № 11. - С. 40-42.
3. Zalacain R., Torres A., Celis R. et al. Community-acquired pneumonia in the elderly: Spanish multicentre study // Eur. Respir. J. - 2003. - V.21. - P.294-302.

Тұжырым

ҚАРТАЙҒАН ЖӘНЕ ЖАСЫ ҰЛҒАЙҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ АУРУХАНАДАН ТЫС ПНЕВМОНИЯСЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Л.М. Пивина, Л.Г. Герасименко

Семей қ. Мемлекеттік медицина университеті, Семей қ. перинатальды орталығы

Амбулаториялық жағдайдағы егде және жасы ұлғайған науқастардың ауруханадан тыс пневмонияның клиникалық ағымының ерекшеліктерін тексеру нәтижелері осы мақалада көрсетілген. Анықталған, тексеруде өткен науқастарда инфекциялық процесс полиморбидтік фонда дамиды; сирек қызбаның көтерілуімен, қақырық өнімдері және лейкоцитоз, клиникалық көрінісінде, өнтігу және әлсіздік. Граммтеріс бактериялар, алтын стафилококк және гемофильдік таяқшалардың жоғары пайызы анықталған.

Негізгі сөздері: егде жастағы науқастардың ауруханадан тыс пневмониясы.

Summary

CLINICAL FEATURES OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

L.M. Pivina, L.G. Gerasimenko

Semey State Medical University; Semey Perinatal Center

In the paper we have presented the results of clinical studies of the particularities of community-acquired pneumonia in elderly and senile patients in ambulatory conditions. It was found that in studied patients infectious process occurs on the polymorbidity background, it is typical rare appearance of fever, sputum production, and leukocytosis, the prevalence of dyspnea and weakness. There was a high percentage of excretion of gram-negative bacteria, *Staphylococcus aureus* and *Haemophilus influenzae*.

Key words: outhospital pneumonia, elderly patients.

УДК 616.24-008.4-089

М.К. Сыздыкбаев, Д.С. Каримов, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Р.Х. Сейтхасимов,
Э.М. Гамзаева, Е.А. Жумажанов, А.М. Солтанбекова

Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра детской хирургии,
Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей,
Экибастузская городская больница, г. Экибастуз, Городская больница №2, г. Семей

ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫЕ СВОЙСТВА АЛЬВЕОЛЯРНОГО СУРФАКТАНТА У БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Аннотация

Мы изучили поверхностно-активные свойства альвеолярного сурфактанта в раннем послеоперационном периоде. У больных с неосложненным течением послеоперационного периода отмечается снижение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта на 27%. У больных с компенсированной дыхательной недостаточностью достоверное ухудшение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта, опережавшее клиничко-рентгенологические проявления. У пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью в послеоперационном периоде выявилось значительное ухудшение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта.

Ключевые слова: поверхностно-активные свойства альвеолярного сурфактанта, поверхностное натяжение минимальное, дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром

Актуальность

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) - частое осложнение в ближайшем послеоперационном периоде, которое развивается более чем у 20% больных по отношению к общему числу оперированных [1, 2]. Однако мало клинических работ, в которых изучаются поверхностно-активные свойства (ПАС) альвеолярного сурфактанта до операции с целью прогнозирования и профилактики легочных осложнений в послеоперационном периоде [3, 4]. Возникновению дыхательной недостаточности (ДН) после хирургических вмешательств при перитоните способствует снижение поверхностно - активных свойств (ПАС) альвеолярного сурфактанта [4].

Цель изучить поверхностно-активные свойства альвеолярного сурфактанта в раннем послеоперационном периоде у больных с неосложненным течением, с компенсированной дыхательной недостаточностью, с тяжелой дыхательной недостаточностью.

Материалы и методы

В первую группу вошли 16 больных с неосложненным течением, не имевших признаков острой дыхательной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде (1-3 день). У больных 1-ой группы сделаны небольшие по объему оперативные вмешательства.

Вторую группу составили 17 больных, у которых имелась компенсированная форма ДН в послеопераци-

онном периоде. Характерной особенностью больных данной группы является отсутствие клинических признаков ДН в виде одышки, цианоза, тахикардии и т.д.

В третьей группе были 37 пациентов с тяжелой ДН, находившиеся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), либо имевшие клинические признаки тяжелой дыхательной недостаточности. Оперативные вмешательства во многих случаях были более объемными, все больные данной группы, оперированные на органах брюшной полости, имели разлитой перитонит.

Данная группа была разделена на 2 подгруппы - первая с клиникой острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) (20 человек), вторая - остальные (17 человек). Обширность и объем оперативного вмешательства было наиболее высоким у больных в группе с тяжелой дыхательной недостаточностью. В группе с тяжелой ДН, у 20 больных была клиника второй и третьей стадии ОРДС.

Результаты и обсуждение.

Исследование поверхностного натяжения бронхоальвеолярных смывов (БАС) у больных с неосложненным течением послеоперационного периода выявило ухудшение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта (табл. 1), в сравнении с общепринятыми, нормальными значениями.

Таблица 1.

Показатели поверхностно-активных свойств БАС у больных с неосложненным течением (1 группа), $M \pm m$.

Поверхностное натяжение БАС	Контрольные данные		1 группа		P
	X	$\pm m$	X	$\pm m$	
ПН статическое, мН/м	40.1	1.24	36.3	0.44	<0.02
ПН минимальное, мН/м	20.5	0.5	27.8	0.47	<0.001
ПН максимальное, мН/м	48	0.6	40.3	0.58	<0.001
Индекс стабильности	0.79	0.03	0.37	0.01	<0.001

Поверхностное натяжение (ПН) минимальное у больных первой группы превышало контрольные данные на 7,3 мН/м ($P < 0.001$). Поверхностное натяжение статическое превышало контрольные данные на 3,8 мН/м ($P < 0.02$). Снижение поверхностного натяжения максимального составило 7,7 мН/м. Индекс стабильности был снижен в среднем на 0,42 ($P < 0.001$). Увеличение ПН минимального в сравнении с нормативными

показателями ведет к сужению площади петли гистерезиса.

У больных с компенсированной формой ДН выявлено ухудшение поверхностно-активных свойств легких, в сравнении с группой больных с неосложненным течением. Так ПН минимальное (табл. 2) составило $33,7 \pm 0,57$ мН/м и стало еще больше, чем у больных 1 группы превышать контрольные данные.

Таблица 2.

Показатели поверхностно-активных свойств БАС у больных в послеоперационном периоде у больных 3 группы.

Показатели	Группы больных								
	1		2		Р 1	3		Р 2	Р 3
	X	± m	X	± m		X	± m		
ПН стат, мН/м	36,29	0,44	41,50	0,50	<0,01	43,46	0,66	<0,01	>0,05
ПН мин, мН/м	27,80	0,47	33,67	0,57	<0,01	36,81	0,65	<0,01	<0,05
ПН макс, мН/м	40,31	0,58	45,59	0,84	<0,01	46,82	0,81	<0,01	>0,05
ИС	0,37	0,01	0,29	0,02	<0,01	0,24	0,01	<0,01	>0,05

Р 1 – достоверное отличие между первой и второй группами

Р 2 – достоверное отличие между первой и третьей группами

Р 3 – достоверное отличие между второй и третьей группами

ПН статическое не отличалось от контрольных данных. ПН максимальное снизилось на 12% и составило $45,6 \pm 0,84$ мН/м, но оставалось меньше контрольных данных. В виду ухудшения показателей поверхностного натяжения альвеолярного сурфактанта был снижен ИС на 22% и составило 0,29, что стало меньше контрольных данных на 0,5 ($P < 0,001$).

В группе больных с тяжелой ДН, из которых 20 пациентов имели выраженную клинику респираторного дистресс-синдрома легких, ухудшение поверхностно-активных свойств было наиболее значительным. ПН статическое и ПН максимальное в сравнении с группой с компенсированной ДН возрастало, достоверности не отмечалось. ПН минимальное в сравнении с компенсированной ДН было достоверно выше на 8,5% ($P < 0,05$). Это подтверждает мысль о ПН минимальном, как о наиболее информативном показателе. Индекс стабильности ПН альвеолярного сурфактанта составил $0,24 \pm 0,01$, что на 36% достоверно ниже показателя первой группы ($P < 0,01$).

Выводы. В функциональном состоянии легких у больных с неосложненным течением послеоперационного периода отмечается снижение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта на 27%.

У больных с компенсированной дыхательной недостаточностью в послеоперационном периоде достоверное ухудшение поверхностно-активных свойств альвео-

лярного сурфактанта, опережавшее клинкорентгенологические проявления.

У пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью в послеоперационном периоде выявилось значительное ухудшение поверхностно-активных свойств альвеолярного сурфактанта (на 25% в сравнении с группой с неосложненным течением).

Литература:

1. Гологорский В.А., Гриненко Т.Ф., Багдатьян В.Е. и др. Механика дыхания у хирургических больных в до- и послеоперационном периоде // Анестезиология и реаниматология. – 1980. - № 3. – С. 35-38.
2. Зильбер А.П. Этюды критической медицины. Том 2. Респираторная медицина. – Петрозаводск. – 1996. – 488 с.
3. Леоско В.А., Мошко И.А., Васильчук И.В. Показатель стабильности легочных пузырьков в прогнозировании послеоперационных легочных осложнений // Сурфактанты легкого в норме и патологии. – Киев: Наукова Думка, 1983. – С. – 128-133.
4. Тоскин К.Д., Ильченко Ф.Н., Отурин Е.П. и др. Изменения в сурфактанте легких при хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Сурфактантная и антисурфактантная система легких: Тез. Докл. 3-ей научн.-практ. конф. Ялта, - 1991. - С. 13-15.

Тұжырым

ОПЕРАЦИЯ ЖАСАҒАН АУРУЛАРДЫҢ АЛЬВЕОЛЯРЛЫҚ СУРФАКТАНТЫНЫҢ ҮСТІҢГІ КАБЫРШАҒЫНЫҢ ЖЫЛДАМ ҚАСИЕТІ

М.К. Сыздықбаев, Д.С. Каримов, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Р.Х. Сейтхасимов, Э.М. Гамзаяева, Е.А. Жумажанов, А.М. Солтанбекова

Біз ерте операциядан кейінгі кезеңде альвеолярлы сурфактанттың беткей-белсенділік қасиеттерін зерттедік. Операциядан кейінгі кезеңі асқынбаған науқастарда альвеолярлы сурфактанттың беткей-белсенділік қасиетінің 27%-ға азайғаны байқалады. Компенсирленген тыныс жетіспеушілігі бар науқастарда клиникалық-рентгенологиялық көріністерінен бұрын альвеолярлы сурфактанттың беткей-белсенділік қасиеттерінің нақты нашарлауы анықталады. Ауыр түрдегі тыныс жетіспеушілігі бар науқастарда операциядан кейінгі кезеңде альвеолярлы сурфактанттың беткей-белсенділік қасиеттерінің айтарлықтай нашарлауы анықталады.

Негізгі сөздер: Альвеолярлы сурфактанттың беткей-белсенділік қасиеті, беткей белсенділік қасиеті аз мөлшерде, тыныс жетіспеушілігі жедел респираторлық дистресс-синдромы.

Summary

SURFACE-ACTIVE PROPERTIES ALVEOLAR SURFACTANT IN PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

M.K. Syzdykbayev, D.S. Karimov, K.S. Sergazin, Sh.A. Bihyanov, R.Kh. Seitkhasimov, E.M. Gamzayeva, E.A. Zhumazhanov, A.M. Soltanbekova

We have studied the surface-active properties of alveolar surfactant in the early postoperative period. In patients with uncomplicated postoperative period there is a decrease of surface-active properties of alveolar surfactant by 27%. In patients with compensated respiratory failure significant deterioration of surface-active properties of alveolar surfactant, outpaced clinical and radiographic manifestations. In patients with severe respiratory failure in the postoperative period revealed significant deterioration of the surface-active properties of alveolar surfactant.

Key words: surface-active properties of alveolar surfactant, surface tension minimum, respiratory failure, acute respiratory distress syndrome.

УДК 616.24-002.3-616.233-08

М.К. Сыздыкбаев, Т.Х. Сыздыкбаев, Т.А. Кусаинов, Н.С. Камасов, М.А. Семикина, Р.Х. Сейтхасимов, Э.М. Гамзаева, Б.Т. Габдуллин

Государственный медицинский университет города Семей, Кафедра детской хирургии, Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей, Экибастузская городская больница, г. Экибастуз

ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АБСЦЕССОМ ЛЕГКИХ, ПРОЛЕЧЕННЫХ МЕТОДОМ СЕЛЕКТИВНОЙ ТРАНСТРАХЕАЛЬНОЙ КАТЕТЕРИЗАЦИИ БРОНХОВ

Аннотация

Проанализированы по возрастно-половой характеристике пациенты с острым абсцессом легких, пролеченные методом селективной транстрахеальной катетеризации. Выяснено, что количество трудоспособного населения составило в основной группе 89,2%, в группе сравнения – 84,7% ($p>0,5$); большинство составили мужчины в обеих группах: в основной – 87,7%, в группе сравнения – 87,3% ($p>0,5$).

Ключевые слова: острый абсцесс легкого, возрастно-половая характеристика, трудоспособность.

Актуальность

В настоящее время существенной тенденции к снижению больных острыми абсцессами и гангреной легкого не отмечается [2, 3]. Актуальность проблемы лечения острого абсцесса и гангрены легкого была признана на XX Национальном Конгрессе по заболеваниям органов дыхания [4]. Это обусловлено как общей тенденцией роста заболеваемости ОАГЛ [5].

По данным А.Б. Абишевой [1] острыми абсцессами легких болеют люди наиболее трудоспособного возраста – 40-59 лет. Временная потеря трудоспособности наблюдается у 30-40% больных с гнойно-деструктивными процессами в легких. Стойкая потеря трудоспособности отмечена у 7,1 - 9,7% больных [3].

Цель: провести анализ по возрастно-половой характеристике больных с острым абсцессом легких, пролеченных методом селективной транстрахеальной катетеризации.

Материал и методы

Для оценки эффективности селективной транстрахеальной катетеризации в комплексном лечении острого абсцесса и гангрены легкого сопоставили результаты лечения двух групп. В первую (основную) группу вошли 65 больных острым абсцессом и гангреной легкого, у которых, наряду со стандартным, общепринятым комплексным лечением, применялась селективная транстрахеальная катетеризация. Во вторую группу (сравнения) вошли 150 пациентов, у которых проводилось стандартное, общепринятое комплексное лечение.

По характеру заболеваний обе группы были сопоставимы (табл. 1). Среди пациентов основной группы было 46 (70,8%) пациентов с острым абсцессом легкого и 19 (29,2%) – с гангреной легкого, а в группе сравнения было 104 (69,3%) больных острым абсцессом легкого ($p>0,25$) и 46 (30,7%) – гангреной легкого ($p>0,25$).

Таблица 1.

Распределение больных по характеру.

Характер заболеваний легких	Все больные		Группы больных				
			основная		сравнения		
	абс.число	%	абс. число	%	абс. число	%	p>
Абсцесс	150	69,8	46	70,8	104	69,3	0,5
Гангрена	60	30,2	19	29,2	46	30,7	0,5
Всего	215	100,0	65	100,0	150	100,0	

Результаты и обсуждение

Среди больных основной группы было 87,7% мужчин и 12,3% (табл. 2).

В группе сравнения мужчин – 87,3%, женщин – 12,7%.

Больные острым абсцессом и гангреной легкого были в возрасте от 17 до 80 лет. В основной группе не было пациентов моложе 20 лет и старше 70 лет (табл. 3). По возрастной структуре обе анализируемые группы больных были одинаковыми.

Таблица 2.

Распределение больных по полу.

Пол больных	Все больные		Группы больных				
			основная		сравнения		
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	p>
Мужчин	188	87,4	57	87,7	131	87,3	0,5
Женщин	27	12,6	8	12,3	19	12,7	0,5
Всего	215	100,0	65	100,0	150	100,00	

Таблица 3.

Возраст больных острым абсцессом и гангрой легкого

Возрастные группы (лет)	Все больные		Группы больных				
	абс. число	%	основная		сравнения		
			абс. число	%	абс. число	%	p>
до 21	2	0,9	-	-	2	1,3	0,1
21 - 30	12	5,6	5	7,7	7	4,7	0,25
31 - 40	41	19,1	13	20,0	28	18,7	0,5
41 - 50	69	32,1	20	30,8	49	32,7	0,5
51 - 60	61	28,4	20	30,8	41	27,3	0,5
61 - 70	28	13,0	7	10,8	21	14	0,5
Старше 70	2	0,9	-	-	2	1,3	0,1
Всего:	215	100,0	65	100,0	150	100,0	

Выводы

Среди больных, пролеченных острым абсцессом легких, пролеченных методом селективной транстрахеальной катетеризации, количество трудоспособного населения составило в основной группе 89,2%, в группе сравнения – 84,7% ($p>0,5$); большинство составили мужчины в обеих группах: в основной – 87,7%, в группе сравнения – 87,3% ($p>0,5$).

Литература:

1. Абишева А.Б. Эпидемиология, патогенез и лечение острых абсцессов легких [Текст]: автореф. дис. ...д-ра мед. Наук / А.Б. Абишева – М., 1992. – 46 с.
2. Бисенков Л.Н., Попов В.И., Шалаев С.А. Хирургия острых инфекционных деструкций легких / Л.Н. Бисенков, В.И. Попов, С.А. Шалаев. – СПб: Изд-во ДЕАН; 2003. – 400 с.

3. Михеев А.В. К вопросу оценки тяжести эндотоксикации у больных с острыми гнойно-деструктивными поражениями легких и плевры [Текст] / А.В. Михеев, С.Н. Трушин // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 4. – С. 75-76 URL: www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779527

4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – Т. III. – 2010. – С. 127.

5. Шалаев С.А. Лечебный плазмаферез и экстракорпоральная малопроточная гемооксигенация в комплексном лечении больных с острыми гнойно-септическими поражениями легких и плевры. [Текст] / С.А. Шалаев, С.П. Калеко, А.Н. Бельских и др. // Вестник хирургии. – 1993, № 1. – С. 86-89.

Тұжырым

**ӨКПЕ АУРУНЫҢ ЖЕДЕЛ ІРІНДЕУІН БРОНХЫНЫҢ СЕЛЕКТИВТІК
ТРАНСТРАХЕАЛЬДЫ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ АРҚЫЛЫ ЕМДЕУДІҢ ЖАСЫМЕН
ЖЫНЫСЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ҚОРЫТЫНДЫСЫ**

**М.К. Сыздықбаев, Т.Х. Сыздықбаев, Т.А. Кусаинов, Н.С. Камасов, М.А. Семикина,
Р.Х. Сейтхасимов, Э.М. Гамзаева, Б.Т. Габдуллин**

Селективті транстрахеальды катетеризация әдісімен емделген өкпенің жедел абсцесі бар науқастар жасының сипаттамасы бойынша зерделенді. Негізгі топта жұмысқа қабілетті тұрғындар санын 89,2% құрады, ал салыстырмалы топта – 84,7% ($p>0,5$); екі топта да көпшілігін еркектер құрады: негізгі топта – 87,7%, салыстырмалы топта – 87,3% ($p>0,5$).

Негізгі сөздер: Өкпенің жедел іріндеуі, жасымен жынысына қарай, жұмысқа қабілеттілігі.

Summary

**AGE AND SEX CHARACTERISTICS PATIENTS WITH ACUTE LUNG ABSCESS
TREATED BY SELECTIVE CATHETERIZATION TRANSTRACHEAL BRONCHI**
**M.K. Syzdykbayev, T.Kh. Syzdykbayev, T.A. Kusainov, N.S. Kamasov, M.A. Semikina,
R.Kh. Seitkhasimov, E.M. Gamzayeva, B.T. Gabdullin**

Analyzed by age and sex characteristics of patients with acute lung abscess treated by selective transtracheal catheterization. It was found that the number of working-age population in the study group was 89.2% in the control group - 84,7% ($p> 0,5$); most were men in both groups: in the main - 87.7%, in the control group - 87,3% ($p> 0,5$).

Key words: acute lung abscess, age and sex characteristics, ability to work.

УДК 616.33-002.1-071

Т.А. Кусяинов

Экибастузская городская больница, г. Экибастуз

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭЗОФАГОГАСТРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЭЛЛОРИ-ВЕЙССА

Аннотация

Мы изучили состояние слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода, формы гастрита у 40 пациентов с синдромом Мэллори-Вейсса и у 30 пациентов контрольной группы. Мы выяснили, что Мэллори-Вейсса синдром является следствием травматического повреждения слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного перехода.

Ключевые слова: Mallory-Weiss синдром, травматические повреждения, пищеводный переход.

Актуальность

Как известно наиболее распространенными причинами возникновения синдрома Мэллори-Вейсса являются наличие изменений слизистой оболочки кардиального и верхней трети тела желудка, а именно атрофии [4], дистрофических изменений [2, 4], перестройки микроциркуляторного русла в виде подслизистого варикоза, как причины скрытой формы портальной гипертензии [1, 3].

Цель: изучить состояние слизистой оболочки кардиального, дна, верхней трети тела и антрального отделов желудка и формы гастрита при синдроме Мэллори-Вейсса.

Материал и методы

Для определения изменений слизистой оболочки желудка нами было проведено исследование состояния слизистой оболочки кардиального отдела, верхней трети тела и на границе со средней третью тела желудка по большой и малой кривизне, дна желудка и антрального отдела желудка по большой и малой кривизне у 40 больных с синдромом Мэллори-Вейсса (СМВ). В группу контроля были включены 30 амбулаторных пациентов, которым эзофагогастро-дуоденоскопию выполняли по поводу диспепсии. ЭГДС выполнялась фиброгастро-дуоденоскопом Olympus GIF-E3.

Результаты и обсуждение

При первичном эндоскопическом осмотре пациентов, помимо СМВ, слизистая оболочка нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дна желудка у 34 (85%) пациентов была очагово гиперемизирована (в разной степени выраженности), имбибирована кровью, а у 4 (10%) больных очагово гиперемизирована, имбибирована кровью и отека. У 2 (5%) пациентов в этой зоне помимо очаговой гиперемии, имбибиции кровью и отека слизистой оболочки

наблюдался налет фибрина в виде очагов размерами до 1-2 см. Из 40 пациентов, помимо изменений слизистой оболочки нижней части кардии и отделов прилегающих к кардии, у 12 (30%) больных наблюдались очаговая гиперемия (в разной степени выраженности) и имбибиция кровью слизистой оболочки по большой кривизне в верхней трети тела желудка.

При повторном эндоскопическом обследовании больных, через 10-14 дней после проведенного лечения, слизистая оболочка в кардиальном отделе и верхней трети тела желудка у 37 (92,5%) больных характеризовалась отсутствием имбибиции ее кровью. Однако у 3 (7,5%) пациентов еще сохранялась гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки.

В контрольной группе, при эндоскопическом осмотре, состояние слизистой оболочки кардиального отдела и верхней трети тела желудка у всех пациентов, в начале исследования, соответствовало норме. Очаги имбибиции легко определялись в виде расширения сосудов с распространением очагов кровоизлияний как слизистой оболочки, так и подслизистого слоя.

У больных с СМВ по данным гистологического исследования слизистой оболочки желудка, взятой во время контрольного осмотра (таблица 1), были выявлены следующие формы гастрита: поверхностный - у 14 (35%), хронический гиперпластический - у 7 (17,5%), обострение хронического гастрита с диффузной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией стромы слизистого слоя и уменьшением количества желез — у 9 (22,5%) (железы слизистой желудка с признаками кишечной метаплазии выявлены у 3 из этих больных), атрофический - у 5 (12,5%), реактивный рефлюкс-гастрит - у 3 (7,5%), портальный гипертензивный гастрит - у 2 (5%) пациентов.

Таблица 1.

Формы гастритов у больных с СМВ на втором осмотре и пациентов, обследованных по поводу диспепсии (n - количество больных)

Форма гастрита	Пациенты с СМВ, n (%)	Пациенты с диспепсией, n (%)
Поверхностный	14 (35%)	11 (36,7%)
Хронический гиперпластический	7 (17,5%)	6 (20%)
Обострение хронического	9 (22,5%)	7 (23,3%)
Атрофический	5 (12,5%)	4 (13,3%)
Рефлюкс-гастрит	3 (7,5%)	2 (6,7%)
Портальная гипертензивная гастропатия	2 (5%)	—

У пациентов контрольной группы были выявлены следующие формы гастрита: поверхностный — у 10 (33,3%), хронический гиперпластический — у 5 (16,7%), обострение хронического гастрита с уменьшением количества желез — у 6 (20%) (железы слизистой желудка

с признаками кишечной метаплазии выявлены у 3 из этих больных), атрофический — у 3 (10%), реактивный рефлюкс-гастрит — у 2 (6,7%) больных. Воспалительных изменений слизистой оболочки желудка не выявлено у 4 (13,3%) пациентов.

Выводы.

СМВ является следствием травматического повреждения слизистой оболочки в области пищеводно-желудочного соединения. Гистологические изменения слизистой оболочки у всех пациентов с СМВ, наблюдаемые при первичном осмотре, в нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дне желудка (прилежащего к кардии), а иногда и по большой кривизне в верхней трети тела желудка нивелируются спустя 10-14 дней. Частота форм гастрита у больных с СМВ при первом и втором осмотрах, и у пациентов с диспепсией, статистически не имеют различий.

Литература:

1. Ананко О.А. Особливості клініки, діагностики та лікування шлунково-кишкових кровотечі при синдромі Меллорі-Вейсса. Автореф. дис...канд.мед.наук. (Київ). 2000. - 18с.
4. Кришень В.П., Трофімов М.В. Особливості перебігу та лікування синдрому Меллорі-Вейсса. Хірургія України. – 2006, 3, - С. 35-40
6. Лыткин М.И., Румянцев В.В., Бебия Н.В., Бонк Г.М. Синдром Маллори-Вейсса. Вестник хирургии. – 1977. 9. – С. 143-144
7. Мирошников Б.И., Королев М.П., Рассказов А.К. Патогенез, клиника и диагностика синдрома Маллори-Вейсса. Вестник хирургии им. Грекова. – 1991., 6 – С. 7-10

Тұжырым

СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСС БЕЛГІСІ БАР АУРУҒА ЭЗОФАГОСТРОСКОПИЯ ЖАСАҒАН КЕЗДЕГІ АСҚАЗАННЫҢ ІШКІ ҚАБЫРШАҒЫНЫҢ ӨЗГЕРУІ

Т.А. Кусаинов

Біз Мэллори-Вейс синдром бар 40 науқастың және бақылау тобындағы 30 науқастың гастрит формаларын, өңештің асқазанға өтетін аймағының шырышты қабатының жағдайын зерттедік. Өңештің асқазанға өтетін аймағының шырышты қабатының жарақаттық зақымдалуының салдарынан Мэллори-Вейс синдромы пайда болатынын анықтадық.

Негізгі сөздер: Меллори-Вейсс синдромы, жарақаттық зақымдалу, өнештің асқазанға өтетін аймағы.

Summary

CHANGES IN GASTRIC MUCOSA ESOPHAGOGASTROSCOPICAL STUDY IN PATIENTS WITH MALLORY-WEISS SYNDROME

T.A. Kusainov

We have studied a condition of a mucous membrane in the field of esophagogastric junction, the form of gastritis and *Helicobacter pylori* presence of 40 Mallory-Weiss' syndrome patients and 30 control group's patients. We have found out, that Mallory-Weiss syndrome is a consequence of traumatic damage of a mucous membrane in the field of esophagogastric junction.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, traumatic damage, esophagogastric junction.

УДК 616.65-007.61-08

В.Т. Сторожук¹, Н.А. Кондратьева², Б.С. Рыспаев³

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей, Кафедра хирургии, г. Павлодар¹;

Муниципальное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, г. Омск, Российская Федерация²;

Городская больница, г. Екибастуз³

ФЛОГЭНЗИМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аннотация

Назначения данного препарата больным с начальными и умеренно выраженными симптомами ДГПЖ в сочетании с традиционной этиопатогенетической терапией наряду с хорошей переносимостью ставят Флогэнзим в ряд особенно актуальных средств лечебно-профилактического применения. Полученные результаты эффективности и безопасности Флогэнзима при ДГПЖ позволяют рекомендовать его для более широкого применения в комплексном лечении этой категории больных.

Ключевые слова: предстательная железа, гиперплазия, лечение, флогэнзим.

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) принадлежит к числу самых распространенных урологических заболеваний у мужчин старше 60 лет. У 96,7% больных ДГПЖ обнаруживают морфологические признаки хронического воспаления

простаты различной степени активности [1]. К причинам ДГПЖ относят венозный стаз, конгестию предстательной железы и компрессию протоков ацинусов. В последнее время большое значение придают также уретропростатическому рефлюксу, возникающему

вследствие повышения активности α -адренорецепторов простатического отдела уретры и развития турбулентного тока мочи в задней уретре. Таким образом, проблема проведения своевременной адекватной терапии больных ДГПЖ обуславливает необходимость изыскания новых возможностей ее решения [2].

Направлением медикаментозной терапии больных ДГПЖ является лечение препаратами растительного происхождения, обладающими, прежде всего, противовоспалительным и противоотечным эффектами наряду с хорошей переносимостью и удобством применения. Препараты растительного происхождения не требуют титрования дозы и не взаимодействуют с другими лекарствами, что особенно важно для больных пожилого возраста, составляющих основной контингент при ДГПЖ. Механизм действия большинства препаратов растительного происхождения связан с ингибированием синтеза простагландинов, метаболитов 5-оксигеназы и арахидоновой кислоты в предстательной железе, что приводит к снижению проницаемости сосудов простаты и реализации терапевтического эффекта.

В настоящем исследовании использован препарат Флогэнзим (фирма Mucos Pharma, Германия). Состав одной таблетки: бромелаин 450 F.I.P.-ЕД (90 мг), трипсин 1440 F.I.P.-ЕД (48 мг), рутозид 100 мг. Ежедневный прием включал 9 таблеток (по 3 табл. 3 раза в день за 30 мин до еды, запивая 1 стаканом воды), в течении 10 дней стационарного лечения.

Выбор препарата Флогэнзим (Mucos Pharma, Германия) обусловлен его основными действиями: противовоспалительным, противоотечным, вторично анальгезирующим, антиагрегантным, фибринолитическим, антифиброзным [3, 4].

Цель исследования. Изучить эффективность Флогэнзима в комплексном лечении пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материалы и методы исследования.

В основу исследования положены данные обследования и лечения 71 больного с ДГПЖ, разделенные на две группы. В первую группу был включен 41 больной ДГПЖ, которым помимо традиционной этиопатогенетической терапии назначали препарат системной энзимотерапии Флогэнзим (основная группа). Вторую группу составили 30 больных с ДГПЖ, которые подвергались только традиционной этиопатогенетической терапии без включения в схему лечения Флогэнзима (группа сравнения). Возраст наблюдавшихся больных колебался от 55 до 71 года. Длительность заболевания ДГПЖ составила от трех до семи лет.

Всем больным до начала лечения проводилось полное комплексное клиничко-лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое, ультразвуковое обследование, направленное, в том числе, на исключение туберкулеза, а также определение объема остаточной мочи. Предпочтение было отдано трансректальному ультразвуковому исследованию (ТРУЗИ) в связи с его большей по сравнению с наружным способом разрешающей способностью, что особенно важно было в оценке состояния семенных пузырьков. На протяжении лечения и при контрольном обследовании при выписке больных из стационара оценивали переносимость Флогэнзима пациентами, а также качество жизни.

Результаты и обсуждение. Хороший эффект в основной группе отметили у 35, а удовлетворительный у 6 больных. В результате комплексного, с применением Флогэнзима лечения отметили увеличение уровня качества жизни пациентов на 48,78 % (20). Боли в тазовой области прекратились у 75,61 % (31) и уменьшились у 7,32 % (3) больных. Максимальная скорость потока мо-

чи на фоне проведенного лечения увеличилась на 29,27% (12), а количество остаточной мочи снизилось на 26,83 % (11).

При ультразвуковом мониторинге размеров предстательной железы (при поступлении и выписки из стационара), а также по показаниям, проводившимся на протяжении исследования значительных изменений объема простаты не выявляли в основной и группе сравнения.

Количество лейкоцитов в секрете простаты на фоне лечения препаратом СЭТ Флогэнзима нормализовалось у 37 из 41 больных основной группы и у 21 из 30 пациентов контрольной группы.

Проведенное исследование зарегистрировало быстрый и выраженный эффект препарата у больных ДГПЖ I-II стадии, что возможно было обусловлено противовоспалительным и противоотечным свойствами Флогэнзима.

Побочных реакций при комплексной терапии в сочетании с препаратом СЭТ Флогэнзима не отмечали.

Комплексная традиционная этиопатогенетическая терапия в группе сравнения показала хороший эффект у 17 пациентов (56,67%), удовлетворительный у 8 (26,67%), а неудовлетворительный у 5 (16,66%), привела к субъективному улучшению качества мочеиспускания у 60,0% (18) больных ДГПЖ. В процессе лечения отметили увеличение уровня индекса качества жизни пациентов на 40,0 % (12) от исходного уровня. Боли купировались у 50,0% (15). Максимальная скорость потока мочи после лечения увеличилась в среднем на 23,33% (7), а среднее значение объема остаточной мочи уменьшилось на 20,0% (6). При этом наиболее показательной была динамика ноктурии: 17 больных сообщили о ее исчезновении, а 5 отметили уменьшение количества ночных мочеиспусканий до 1 раза.

Таким образом, современный лекарственный препарат Флогэнзим на основе ферментов (энзимов) растительного и животного происхождения является эффективным средством для комплексной терапии ДГПЖ. Полученные в большинстве исследований эффективность и безопасность данного препарата при ДГПЖ результаты позволяют рекомендовать Флогэнзим для более широкого лечения этой категории больных.

Назначение данного препарата больным с начальными или умеренно выраженными симптомами ДГПЖ наряду с хорошей переносимостью ставит Флогэнзим в ряд особенно актуальных средств лечебно-профилактического применения.

Выводы:

1. Флогэнзим является эффективным средством для комплексной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

2. Назначение Флогэнзима больным с начальными и умеренно выраженными симптомами ДГПЖ в сочетании с традиционной этиопатогенетической терапией наряду с хорошей переносимостью ставят Флогэнзим в ряд особенно актуальных средств лечебно-профилактического применения.

3. Полученные результаты эффективности и безопасности Флогэнзима при ДГПЖ позволяют рекомендовать его для более широкого применения в комплексном лечении этой категории больных.

Литература:

1. Мазо Е.Б., Попов С.В. Эффективность препарата Простамол Уно при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы и хронического простатита. – Журнал доказательной медицины для

практикующих врачей (Consilium medicum – репринт). - 2007. - № 4. - С.3-6.

2. Петров С.Б., Протошак В.В. Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2007, № 4 (20). - С.88-90.

3. Репина М.А., Стернин Ю.И. Секреты системной энзимотерапии в вопросах и ответах. – Пособие для врачей. Санкт-Петербург. - 2009. - 64 с.

4. Стернин Ю.И., Михайлов И.Б. Избранные вопросы клинической фармакологии системной энзимотерапии. – Пособие для врачей. С-Пб. - 2010. 32 с.

Тұжырым

ЕНЕК БЕЗІНІҢ САПАЛЫ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРІНІҢ ЖАН-ЖАҚТЫ ЕМДЕУІНДЕГІ ФЛОГЭНЗИМ

В.Т. Сторожук, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев

Семей қ. ПДБЖФ ММУ, Павлодар қ Хирургия кафедрасы;

Ресей Федерациясының денсаулық сақтау мекемесі №1 Қалалық клиникалық

жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы, Омск қ.;

Қалалық аурухана, Екибастуз қ.

Аурудың осы препараттың тағайындаулары қатар жақсы тасымалданғыштықпен дәстүрлі этиопатогенездік емдеуі бар тіркестегі ДГПЖ симптоманы емдік-алдын алу қолданудың әсіресе көкейкесті құралдары қатарда Флогэнзимге шарт қоюға шамалы бейнеленген бастапқы. ДГПЖдің жанында Флогэнзиманың тиімділік және қауіпсіздігінің алған нәтижелері аурулардың бұл дәрежесінің жан-жақты емдеуі үшін ол кең қолданудан астам кеңес беруге мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер енек безі, гиперплазия, емдеу, флогэнзим.

Summary

FLOGENZIM IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

V.T. Storozhuk, N.A. Kondratyeva, B.S. Ryspaev

Pavlodar branch of doctors development state medical university of Semey, Department of Surgery, Pavlodar;

Health care Municipal Clinical Emergency Hospital №1, Omsk, Russia;

City Hospital, Ekibastuz

The purpose of this drug to patients with initial and moderate symptoms of BPH in combination with traditional etiopathogenetic therapy along with good tolerability Flogenzim put in a number of particular relevance of therapeutic and prophylactic use. The results obtained the efficiency and safety Flogenzima with BPH can be recommended for wider application in treatment of these patients.

Key words: prostate, hyperplasia, treatment, flogenzim.

УДК 616.65-002-08

В.Т. Сторожук¹, Г.Е. Джакова², Н.А. Кондратьева³, Б.С. Рыспаев⁴

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей, Кафедра хирургии, г. Павлодар^{1,2};

Муниципальное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, г. Омск, Российская Федерация³;

Городская больница, г. Екибастуз⁴

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Аннотация

Динамика клинических симптомов болезни, степени изменений лабораторных показателей и состояния копулятивной функции мужчин позволяют констатировать высокую эффективность Вобэнзима при комплексном лечении хронического простатита и возможность использования Вобэнзима как средство патогенетической терапии с первого дня стационарного лечения.

Ключевые слова: хронический простатит, лечение, вобэнзим.

Введение. Хронические воспалительные заболевания простаты, как правило, наблюдаются в возрасте 25-50 лет, в период наиболее активной половой жизни. Течение заболевания сопровождается неприятными проявлениями поллакиурией, странгурией, болями в промежности и при дефекации. Обычно эти симптомы длятся очень долго, нервируя пациента и препятствуя его полноценной общественной и сексуальной жизни. Основная задача лечения хронического простатита –

ликвидация инфекции и создание условий для достаточного опорожнения предстательной железы от секрета. Это достигается посредством проведения курсов антибактериальной терапии в сочетании с тепловыми и физиотерапевтическими процедурами, массажем простаты. Но, к сожалению, меньше чем в половине случаев удается достигнуть стойкой клинико-лабораторной ремиссии заболевания. Длительная персистенция воспалительного агента в ткани предстательной железы и

урогенитальном тракте, ведущие к хронизации процесса, приводят к различным осложнениям (бесплодие, нарушение половой функции, развитие восходящей инфекции), что требует усовершенствования методов патогенетической терапии [1].

Выбор препарата Вобэнзим (Mucos Farma, Германия) обусловлен его противовоспалительным и иммуномодулирующим действием, эффектом потенцирования антибиотикотерапии. Препарат способствует снижению вязкости крови и улучшению ее реологических свойств. В состав таблетки Вобэнзима входят – панкреатин 100 мг, бромелаин 45 мг, папаин 60 мг, трипсин 24 мг, химотрипсин 1 мг, амилаза 10 мг, липаза 10 мг, рутозид 50 мг [2, 3].

Цель исследования. Изучить эффективность Вобэнзима в комплексной терапии хронического простатита.

Материалы и методы исследования. Мы проанализировали результаты терапии 75 больных хроническим простатитом II и III-а категорий в возрасте от 29 до 55 лет, давности заболевания - от 2 до 14 лет. Всем больным до начала лечения проводилась урофлуометрия, комплексное клиничко-лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое, ультразвуковое обследование, направленное, в том числе, на исключение туберкулеза. Предпочтение было отдано трансректальному ультразвуковому исследованию (ТРУЗИ) в связи с его большей по сравнению с наружным способом разрешающей способностью, что особенно важно в оценке состояния семенных пузырьков.

На фоне антибактериальной терапии (по результатам бактериального посева простаты с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам) в сочетании с теплыми микроклизмами с отваром ромашки, назначением свечей с новокаином ректально, а также массажем простаты препарат назначался по схеме: за 40 мин. до еды по 5 таблеток не раскусывая 3 раза в день, запивая стаканом воды - в течение 10 дней.

Клиническое наблюдение при приеме препарата проведено за 45 больными (основная группа), которые наряду с этиотропной комплексной терапией получали Вобэнзим по указанной выше схеме. Контрольную группу составили 30 пациентов, получавших лишь традиционную терапию.

Диагноз "Обострение хронического простатита" был установлен всем наблюдавшимся больным из обеих групп по результатам анализа обследования. При лабораторной дифференциальной диагностике у них были исключены туберкулез и рак простаты. Контрольное обследование проводилось через 9-10 дней после окончания курса стационарного лечения.

Критериями эффективности проведенного стационарного лечения являлись - снижение или купирование болевых и дизурических явлений, уменьшение или нормализация количества лейкоцитов в секрете предстательной железы, восстановление или улучшение копулятивной функции.

Результаты и обсуждение. При поступлении наиболее частой жалобой, предъявленной пациентами, была боль. Болевые ощущения различной локализации (в паховых и крестцовых областях, в мошонке, при дефекации) были отмечены у 26 (57,77%) больных основной и 15 (50,0%) - контрольной группы. После лечения боли сохранялись у 6 (13,33%) и 9 (30,0%) пациентов соответственно.

Дизурические явления установлены у 14 (31,11%) основной и 13 (43,33%) - контрольной групп. В результате лечения дизурия сохранялась у 3 (6,66%) больного

основной группы и у 6 (20,0%) больных контрольной группы.

При лабораторном исследовании секрета предстательной железы до начала лечения у мужчин обеих групп было выявлено повышение количества лейкоцитов в секрете в диапазоне от 52 до 96. При повторных анализах после лечения уровень лейкоцитов в секрете простаты составил - в основной группе в диапазоне 12-16, тогда как в контрольной группе это значение оставалось повышенным - в пределах 30-36.

Нарушение копулятивной функции (эректильная дисфункция, ранняя эякуляция) выявлены у 27 (60%) пациентов основной и у 16 (53,33%) контрольной группы.

Использование в комплексной терапии препарата СЭТ Вобэнзима приводило к улучшению состояния половой функции в 36 случаях (80,0%), тогда как при лечении только традиционным методом - в 10 (39,33%).

ТРУЗИ простаты не обнаружило значимых изменений эхоструктуры после лечения ни в одной из двух групп. Токсическое влияние антибактериальной терапии на показатели спермограммы на 57,4% было нивелировано приемам афалы больными II группы: у них достоверно меньше встречалась тератозооспермия и олигозооспермия в конце курса лечения (30 дней), к 60-му дню качественные и количественные параметры эякулята во II группе превзошли исходные, чего не наблюдалось в остальных группах пациентов.

Ни в одном случае не было отмечено каких-либо побочных реакций или осложнений, вызванных приемом Вобэнзима.

Конечный результат с учетом клиничко-лабораторных проявлений хронического простатита определялся как отличный (отсутствие боли и дизурии, нормализация секрета предстательной железы, негативация мазка, улучшение функциональных показателей), хороший и удовлетворительный. В I группе отличный результат был получен у 23 больных (82,1%), хороший - у 5-и (17,9%), во II группе отличный результат достигнут у 30 пациентов (93,8%), хороший - у 2-х (6,2%), а к III группе - у 15 больных (83,3 %) и 3-х (16,7%) соответственно.

Применение Вобэнзима в комплексном лечении больных хроническим простатитом повышало эффективность терапии. Препарат хорошо переносился больными, не имеет противопоказаний. Вобэнзим показан больным хроническим простатитом категорий II и III-а.

Таким образом, динамика клинических симптомов болезни, степени изменений лабораторных показателей и состояния копулятивной функции мужчин позволяют констатировать высокую эффективность Вобэнзима при комплексном лечении хронического простатита и возможность использования Вобэнзима как средства патогенетической терапии с первого дня стационарного лечения.

Литература:

1. Петров С.Б., Протошак В.В. Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2007. № 3 (19). С.88-90.
2. Репина М.А., Стернин Ю.И. Секреты системной энзимотерапии в вопросах и ответах. – Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2009. 64 с.
3. Стернин Ю.И., Михайлов И.Б. Избранные вопросы клинической фармакологии системной энзимотерапии. – Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 2010. 32 с.

Тұжырым

СОЗЫЛМАЛЫ ПРОСТАТИТКЕ ШАЛДЫҚҚАН НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ВОБЭНЗИМ ТИІМДІЛІГІ

В.Т. Сторожук, Г.Е. Джакова, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев

Семей қ. ПДБЖФ ММУ, Павлодар қ. Хирургия кафедрасы;

Ресей Федерациясының денсаулық сақтау мекемесі №1 Қалалық клиникалық

жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы, Омск қ.;

Қалалық аурухана, Екибастуз қ.

Ауру, лабораториялық көрсеткіштердің өзгерістерінің дәрежесінің клиникалық симптомдары және еркектердің копулятивті функциясының күйін Вобэнзим динамикасы биік тиімділікті созылмалы простатаның қабынуының жан-жақты емдеуінде айта алуға мүмкіндік береді және стационарда емдеуді бірінші күннен патогенетикалық терапияның құралы сияқты Вобэнзиманың қолдануының мүмкіндігі.

Негізгі сөздер: созылмалы простатит, емдеу, вобэнзим.

Summary

EFFICIENCY OF WOBENZYM IN THE COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

V.T. Storozhuk, G.E. Dzhakova, N.A. Kondratyeva, B.S. Ryspaeva

Pavlodar branch of doctors development state medical university of Semey, Department of Surgery, Pavlodar;

Health care Municipal Clinical Emergency Hospital №1, Omsk, Russia;

City Hospital, Ekibastuz

Dynamics of clinical symptoms, the degree of changes in laboratory parameters and status of the copulative function of men allow to ascertain the high efficiency of Wobenzym in the treatment of chronic prostatitis and the use of Wobenzym as a means of pathogenetic therapy on the first day of hospitalization.

Key words: chronic prostatitis, treatment, wobenzym.

УДК 616.65-002-08

Г.Е. Джакова, В.Т. Сторожук, Б.С. Рыспаев, Г.К. Сулеева

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета г. Семей,

Кафедра хирургии, г. Павлодар, Городская больница, г. Екибастуз

СОФТОВАК КАК СОВЕРШЕННЫЙ РЕГУЛЯТОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Аннотация

Использование современного природного регулятора деятельности кишечника Софтовак в раннем послеоперационном периоде у больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью показало, что исследуемый препарат обладает высокой эффективностью по сравнению с традиционной терапией использования легких растительных слабительных (настой Александрийского листа, «Барвихинский чай») дробными порциями. Софтовак, как совершенный регулятор деятельности кишечника, в раннем послеоперационном периоде, у больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью, рекомендуется к более широкому внедрению в общехирургическую практику.

Ключевые слова: толстокишечная непроходимость, Софтовак, послеоперационный период, эффективность.

Поиск, апробация и внедрение медикаментозных средств ускоряющих восстановление регулярной деятельности кишечника, в частности толстой кишки в послеоперационном периоде у пациентов острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООН) весьма важен, так же довольно велико количество больных с данной патологией в общехирургических стационарах, а имеющиеся традиционные препараты не всегда эффективны (1,2,3,4,5,6).

Цель исследования - оценить эффективность современного природного регулятора деятельности кишечника Софтовак в раннем послеоперационном периоде у больных острой обтурационной толстокишечной непроходимостью.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 148 больных с ООН оперированных в общехирургическом стационаре городской больницы. Из 148 оперированных пациентов 86 (58,1%) было женщин и 62 (41,9%) мужчины. Средний возраст - 69,3 года. В зави-

симости от локализации стенозирующей опухоли больные распределились следующим образом: с правосторонним расположением стенозирующей опухоли было 53 (35,81%), а больных с левосторонней локализацией обтурирующей опухоли – 95 пациентов (64,19%). Исходя из практических соображений, больные с локализацией опухоли в поперечно-ободочной кишке (6 пациентов) в зависимости от близости расположения опухоли к печеночному или селезеночному углу, были отнесены в группы больных с правосторонним расположением опухоли – 1 и 5 человек соответственно. В работе использовалась классификация TNMP разработанная специальным комитетом Международного Противоракового Союза.

По принципам лечения в раннем послеоперационном периоде все больные были разделены на две группы. В первой группе (103) лечение проводилось по общепринятой схеме, где наряду с продолжающей строго обоснованной индивидуальной корригирующей инфузи-

онной, общеукрепляющей и антисептической терапией в раннем послеоперационном периоде для получения достаточно мягкого стула использовались легкие растительные слабительные (настой Александрийского листа, «Барвихинский чай») дробными порциями, а также вазелиновое масло по 30 мл 3 раза в день. Следует отметить, что в наблюдаемой группе были больные после резекции толстой кишки, в том числе с наложенными анастомозами, им назначали вышеприведенные слабительные начиная с утра следующего дня после операции, и давали на протяжении первых шести – десяти дней (в зависимости от деятельности кишечника).

Во второй группе (45) наряду с вышеприведенной в 1-й группе больных общей и местной терапией, для получения достаточно мягкого стула в послеоперационном периоде (6-10 дней) принимали Софтовок per os 1-2 чайную ложку (5-10 г) с 1/3 стакана теплой воды на ночь.

В обеих группах больных в процессе лечения оценивалась эффективность применения легких растительных слабительных дробными порциями (1 группа) и Софтовок (2 группа) на основании динамики клинических симптомов (направленная на регулирования деятельности кишечника, по таким показателям, как появление перистальтики кишечника, уменьшение интенсивности болевого синдрома в животе до и после стула, отхождение газов, первого стула, регулярность деятельности толстой кишки (форма, частота стула, слизь в кале), метеоризма, натуживания, чувства неполного опорожнения, а также общего состояния с помощью показателей визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). А также показателей моторики толстой кишки – электро-моторная активность (ЭМА), карболенового времени, общего состояния больных до и после лечения с помощью шкалы общего клинического впечатления – GCI (Global Clinical Impact).

Результаты. У прооперированных больных получавших Софтовок к концу 3-х суток, как правило, был самостоятельный стул. На второй день послеоперационного периода время карболеновой пробы сократилось до 24 часов. Одновременно уменьшался метеоризм и боли в животе, исчезала необходимость в приеме но-шпы. Интенсивность боли снизилось с 5 ± 1 см до 1 ± 1 см по данным ВАШ. Время натуживания сократилось (менее 25% от акта дефекации), уменьшилось время дефекации до 10-5 минут, появилось чувство удовлетворения от акта дефекации. Примесь слизи в кале сохранялась. Улучшилось общее состояние: больные стали активнее, повысилось настроение, улучшился сон и аппетит. Проведенное исследование ЭМА тонкой и толстой кишки у двух групп больных: до и после лечения больных показало, что моторная активность толстой кишки у больных первой группы была значительно снижена. Обращала на себя внимание вялая электро-моторная активность ободочной кишки. Во второй группе, где был применен Софтовок моторная активность толстой кишок у послеоперационных больных была выше. Следует отметить, что применение Софтовок у послеоперационных больных острой кишечной непроходимостью достоверно улучшало моторную активность толстой киш-

ки. По данным шкалы общего клинического впечатления – GCI (Global Clinical Impact), все больные второй группы отметили заметное улучшение состояния и общего самочувствия после курса Софтовок. В первой группе улучшение состояния и самочувствия больных наступало значительно позднее.

Все больные хорошо переносили терапию Софтовок, отмечали приятный вкус препарата. Ни в одном случае не отмечено таких побочных эффектов, как диарея, метеоризм, усиления болевого синдрома. В повторных анализах крови изменений электролитов в сыворотке крови не выявлено. При приеме Софтовок побочных и аллергических реакций не отмечено. Эффект от назначения Софтовок объясняется его составом. Сочетание сены и микробалана чебулы оказывают мягкий стимулирующий эффект на моторику кишечника; подорожник и кассия увеличивают объем содержимого в кишечнике подобно осмотическим слабительным. Цветки шиповника, фенхель обладают легким желчегонным эффектом и препятствуют газообразованию. Включение в сбор подорожника и корня солодки подавляют процессы брожения в кишечнике. Лекарственные растения, входящие в состав Софтовок, содержат антрагликозиды и другие биологически активные вещества, которые, стимулируя рецепторы слизистой оболочки толстой кишки, усиливают ее перистальтику и оказывают слабительное действие.

Заключение. Таким образом, использование современного природного регулятора деятельности кишечника Софтовок в раннем послеоперационном периоде у больных ООТН показало, что исследуемый препарат обладает высокой эффективностью по сравнению с традиционной терапией использования легких растительных слабительных (настой Александрийского листа, «Барвихинский чай» дробными порциями, вазелинового масла. Клинические исследования подтвердили, что Софтовок это совершенный регулятор деятельности кишечника в раннем послеоперационном периоде у больных ООТН, позволяющий быстро восстановить деятельность кишечника.

Литература:

1. Алиев М.А., Шальков Ю.Л. Хирургия острой кишечной непроходимости // Алматы: «Білім», 1996 – 256 с.
2. Изатуллаев Е.А., Бекишева А.С., Хегай А.Н. Современная психофармакотерапия в лечении синдрома раздраженного кишечника // Медицина.-2007 - №9.- С. 64-67.
3. Мадьяров В.М. Сравнительный анализ летальности при острой кишечной непроходимости // Медицина.-2007 - №9.- С. 6-10.
4. Мадьяров В.М. Причины неблагоприятных исходов у больных при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии Казахстана – 2007 - №3-4.- С. 20-23
5. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология // - М.: Медицина, 1984, 384 с.
6. Хожаев А.А. Хирургическая реабилитация больных раком нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала // Медицина.-2007 - №9.- С. 10-11

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ТОҚ ІШЕКТІҢ ТҮЙІЛУІМЕН АУРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ІШЕКТІҢ ЖҰМЫС ІСТЕУІН ТИІМДІ РЕТТЕУШІ РЕТІНДЕ СОФТОВАК

Г.Е. Джакова, В.Т. Сторожук, Б.С. Рыспаев, Г.К. Султекеева
Семей қ. ПДБЖФ ММУ, Павлодар қ. Хирургия кафедрасы;

Қалалық аурухана, Екибастуз қ.

Зерттеудің мақсаты болып обтурациялық тоқ ішектің түйілуімен ауратын науқастарда операциядан кейінгі кезеңде Софтовакты ішектің жұмысын ең тиімді табиғи реттеушісі ретінде бағалау.

Қалалық аурухананың жалпы хирургиялық стационарында операция жасалған 148 жедел обтурациялық тоқ ішектің түйілуімен ауратын науқастар бақылауда болды. 148 операция жасалған науқастар арасында 86 (58,1%) әйел адам және 62 (41,9%) ер адам болды. Науқастардың орташа жасы 69,3 жас.

Зерттеу жұмысының нәтижелері бойынша жедел обтурациялық тоқ ішектің түйілуімен ауратын науқастардың операциядан кейінгі кезеңде ішектің жұмыс істеуін қамтамасыз ететін табиғи реттеуші Софтовак дәстүрлі терапияға (Александрийск жапырақтарының тұнбасы, «Барвихинск шайы») қарағанда жоғары тиімді болып саналады. Обтурациялық тоқ ішектің түйілуімен ауратын науқастарда операциядан кейінгі кезеңде Софтовак ішектің жұмысын ең тиімді реттеушісі ретінде жалпы хирургиялық тәжірибеде кең көлемде қолдануға ұсынылады.

Негізгі сөздер: жедел тоқ ішектің түйілуі, Софтовак, операциядан кейінгі кезең, тиімділігі.

Summary

SOPHTOVACK AS THE MOST PERFECT REGULATORY OF INTESTINE ACTIVITY ON THE POST OPERATION PERIOD OF PATIENTS WITH LARGE INTESTINE CONSTIPATION

G.E. Dzhakova, V.T. Storozhuk, B.S. Ryspaev, G. K. Sulekeeva

Pavlodar branch of doctors development state medical university of Semey, Department of Surgery, Pavlodar; City Hospital, Ekibastuz

The aim of the article is the evaluation of contemporary natural regulator and its activity as the regulator in early post operation period of patients with acute large intestine constipation.

There were 148 patients with large intestine constipation on common surgical department in local hospital. 86 (58, 1%) women and 62 (41,9%) men out of total. Average age is 69, 3.

Results of investigations showed that using of contemporary natural regulator of intestine in early post operation period in patients with acute large intestine constipation is more effective than traditional therapy such as slight herbal laxatives (Alexandrian herbal tincture, Barvichian tea) taking by fractional portions. Sophtovack as the most perfect regulator of intestine activity on the post operation period of patients with large intestine constipation is recommended to the wide instilling into common surgical treatment.

Key words: acute large intestine constipation, Sophtovack, post operation period, effectiveness.

УДК 616.64- 002.3- 615.37

М.Н. Аккалиев

Государственный медицинский университет города Семей

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Аннотация

Цель исследования: обследования иммунного статуса больных острым пиелонефритом.

Обследовано 125 больных. Показатели различных звеньев системы иммунитета при остром пиелонефрите свидетельствуют о наличии значительного уровня нарушений, требующих коррекции иммуномодуляторами.

Ключевые слова: острый пиелонефрит, иммунный статус, моноклональные антитела, миграция лейкоцитов, иммуномодулятор.

Обязательным компонентом течения всех воспалительных заболеваний являются изменения со стороны системы иммунитета [1]. Не исключение и различные формы пиелонефрита. При этом если у больных с хроническим воспалением почечных тканей данные изменения связаны с длительным персистированием инфекции и достаточно хорошо изучены [2,3], то при остром пиелонефрите они в большей степени зависят от исходной иммунной реактивности организма. Их патогенетическая роль, в особенности в плане прогнозирования исходов заболевания, изучена недостаточно.

Цель исследования:

Определение особенностей состояния иммунной системы у больных острым пиелонефритом.

Материалы и методы:

Всего обследовано 125 больных с острым пиелонефритом, диагноз которого был верифицирован на основании комплекса клинико-лабораторных и рентгеноло-

гических данных. Все больные находились в возрасте от 20 до 48 лет (средний возраст – 40,2±1,3 года). В числе обследованных больных было 67 женщин и 58 мужчин (53,6% и 46,4% соответственно).

Иммунологические методы исследования включали: подсчет количества лейкоцитов; иммунофенотипирование лимфоцитов (с использованием набора моноклональных антител (для определения относительно и абсолютного количества, ООО «Сорбент», Подольск); реакция торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ); определение ауторозеткообразующих клеток (ауто-РОК); определение иммуноглобулинов; определение циркулирующих иммунных комплексов; определение фагоцитарной активности полинуклеаров.

Результаты исследования и их обсуждение:

Данные, характеризующие состояние клеточного звена иммунитета в обследованной группе больных острым пиелонефритом, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Особенности показателей клеточного звена иммунитета у больных острым пиелонефритом.

Показатель	Контрольная группа, n=	Больные острым пиелонефритом, n=	P
Лимфоциты, *10 ⁹ /л	2,44±0,12	2,93±0,16	<0,05
Т-лимфоциты, %	58,7±3,6	61,4±4,1	>0,05
Т-лимфоциты, *10 ⁹ /л	1,43±0,09	1,80±0,12	<0,05
В-лимфоциты, %	22,5±1,1	14,3±0,8	<0,01
В-лимфоциты, *10 ⁹ /л	0,51±0,02	0,42±0,02	<0,05
CD4+, %	41,3±1,9	46,8±2,4	>0,05
CD4+, *10 ⁹ /л	1,01±0,05	1,37±0,07	<0,05
CD8+, %	14,3±0,6	8,9±0,4	<0,01
CD8+, *10 ⁹ /л	0,35±0,02	0,26±0,02	<0,05
CD4+/CD8+	2,86±0,15	5,30±0,30	<0,01
АутоРОК, %	9,1±0,5	12,6±0,8	<0,05
АутоРОК, *10 ⁹ /л	0,22±0,01	0,37±0,02	<0,01

В данной группе обследованных наблюдался умеренный абсолютный лимфоцитоз (превышение показателя над группой практически здоровых лиц на 20,1%, $P<0,05$).

Относительное содержание Т-лимфоцитов не имело существенных различий между группами, а абсолютное было достоверно повышено у больных (на 25,9%, $P<0,05$).

В то же время, наблюдалась достоверная В-лимфопения как по относительному (на 36,3%, $P<0,01$), так и по абсолютному содержанию иммуноцитов данного класса.

Относительное и абсолютное содержание CD4+ клеток было, напротив, повышенным (на 13,2%, нд и на 35,6%, $P<0,05$ соответственно).

Высокодостоверное снижение было характерно для количества и относительного числа CD8+ лимфоцитов. Относительный показатель при этом снижался на 37,9% ($P<0,01$), абсолютный – на 25,7% ($P<0,05$).

В результате было выявлено резкое превышение соотношения CD4+/CD8+ (или иммунорегуляторного индекса), которое, в сравнении со здоровыми лицами, составило 84,2% ($P<0,01$). Это свидетельствует о превышении численности хелперов над супрессорами и клетками-киллерами, возможном переключении иммунной реактивности на аутоиммунные и аллергические реакции, что является неблагоприятной реакцией при остром инфекционно-воспалительном процессе.

Достоверно увеличивалось абсолютное и относительное содержание в крови ауторозеткообразующих клеток (на 68,2% и 38,8% соответственно, $P<0,01$, $P<0,05$).

Результаты анализа некоторых показателей гуморального и фагоцитарного иммунитета у больных острым пиелонефритом в начале лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2.

Особенности показателей гуморального звена иммунитета у больных острым пиелонефритом.

Показатель	Контрольная группа, n=	Больные острым пиелонефритом, n=	P
IgA, г/л	1,71±0,14	1,38±0,11	>0,05
IgM, г/л	1,25±0,07	1,04±0,06	<0,05
IgG, г/л	11,20±0,65	14,21±1,05	<0,05
ЦИК, ЕОП	3,96±0,28	10,17±0,37	<0,01

В основной группе обследованных было зарегистрировано недостоверное снижение содержания в крови иммуноглобулинов класса А (на 19,3%), достоверное – класса М (на 16,8%, $P<0,05$) на фоне достоверного увеличения концентрации IgG (на 26,9%, $P<0,05$).

Выраженное и высокодостоверное повышение было выявлено также в отношении содержания циркулирующих иммунных комплексов, его степень составила 156,8% ($P<0,01$).

Было выявлено достоверное повышение показателей фагоцитоза у больных острым пиелонефритом (таблица 3).

Таблица 3.

Особенности показателей фагоцитарного звена иммунитета у больных острым пиелонефритом.

Показатель	Контрольная группа, n=	Больные острым пиелонефритом, n=	P
Фагоцитоз, %	27,4±2,1	43,8±3,5	<0,05
Фагоцитарное число	4,3±0,3	6,6±0,4	<0,05
НСТ-тест, спонт., %	32,8±2,1	39,8±2,2	<0,05
НСТ-тест, стим., %	40,3±2,4	61,7±3,5	<0,01
ИС НСТ	22,9±1,3	55,0±3,7	<0,01

В частности, процент фагоцитирующих клеток был выше в группе больных по сравнению с контролем на 59,9% ($P<0,05$), фагоцитарное число – на 53,5% ($P<0,05$).

Более умеренно, но достоверно увеличивался показатель спонтанного НСТ-теста (на 21,3%, $P<0,05$). В то же время (что характерно для нескомпенсированных

воспалительных процессов) в значительно большей степени повышался показатель стимулированного НСТ-теста, различия с контрольной группой по которому составили 53,1% ($P<0,01$). Индекс стимуляции, отражающий различия между спонтанным и стимулированным показателем НСТ, на 140,6% ($P<0,01$) превышал среднее значение в контрольной группе.

В целом состояние показателей различных звеньев системы иммунитета при остром пиелонефрите свидетельствует о наличии значительного уровня нарушений, требующего коррекции, которая может осуществляться, в частности, посредством применения препаратов из групп иммуномодуляторов и средств из других фармакологических групп, обладающих иммуностимулирующим действием.

Литература:

1. Кетлинский, С.А. Цитокины мононуклеарных фагоцитов в регуляции реакции воспаления и иммунитета / С.А. Кетлинский, Н.М. Калинина // Иммунология. Москва - 2010. - № 3. - С. 30-44.
2. Илек Я.Ю., Зайцева Г.А., Разин М.М., Галкин В.Н., Сизова О.Г. Иммунные нарушения при врожденном гидронефрозе, осложненном обструктивным пиелонефритом. // Урология. - Москва - 2001. 2. С. 42-45.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ПИЕЛОНЕФРИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ИММУНДЫҚ СТАТУСЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

М.Н. Аққалиев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Зерттеу жұмысының мақсаты - жедел пиелонефритпен ауыратын науқастардың иммундық жүйесінің ерекшеліктерін анықтау.

Қолданылған материалдар және әдістер: Барлығы бақылауға алынған науқас саны - 125, диагноз кешенді клиникалық-лабораториялық және рентген анықтамалар арқылы расталған: жедел пиелонефрит кезіндегі иммунитет жүйесінің әртүрлі кезеңдерінің көрсеткіштері өзгерістердің бар екенін айқындай отырып, иммуномодулятор топ препараттары және басқада фармакологиялық топ тәсілдермен емдеу жолдары ұсынылады.

Негізгі сөздер: жедел пиелонефрит, иммунды статус, моноклональды антитела, лейкоциттың миграциясы, иммуномодулятор.

Summary

THE CHARACTERISTICS OF IMMUNE SYSTEM OF PATIENTS WITH PIELONEPHRITIS

M. Akkalyiev

State Medical University of Semey

The aim of the investigation is to determine the features of immune system in patients with pielonephritis.

The materials and methods. 125 patients were investigated, the diagnosis was verified on the base of clinical and laboratory, X-rayed tests. The state of different stages of immune system at pielonephritis speaks to the fact that, there are some significant damages, requiring treatment, which can be done with the help of immunomodulators and some other pharmacological treatment ways.

Key words: incisive pielonephritis, immune status, monoclonal antibody, migration of leucocytes, immunomodulator.

УДК 616.233-616.24-071

М.К. Сыздыкбаев, Т.А. Кусаинов, А.А. Березинец, Т.М. Шошаев, А.М. Солтанбекова

ГМУ, кафедра детской хирургии, Семей, МЦ ГМУ г.Семей, Экибастузская городская больница, Урджарская районная больница, Городская больница №2, г. Семей

ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОСЕГМЕНТАРНО-СУБСЕГМЕНТАРНОЙ САНАЦИИ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ДЕСТРУКЦИЯХ ЛЕГКИХ

Аннотация

Проводился анализ лечения острых абсцессов и гангрены легких новым методом посегментарно-субсегментарной санации бронхиального дерева по результатам изменения фибробронхоскопической картины – по изменению характера бронхиального содержимого и по характеру изменения слизистой оболочки бронхов. Доказана высокая эффективность метода лечения.

Ключевые слова: посегментарно-субсегментарная санация, острый абсцесс легкого, гангрена легкого, санация бронхов, фибробронхоскопическая картина

Актуальность. Важнейшим направлением в лечении больных с данным видом патологии признается адекватное дренирование и санация полостей деструкции [1, 2, 3, 4]. Среди них заметное место занимает лечебная бронхоскопия с катетеризацией периферически расположенного гнойника, направленная на восстановление проходимости дренирующих абсцесс бронхов, эвакуацию гнойного содержимого из полости и введение антибактериальных препаратов непосредственно в очаг инфекции [5, 6].

Однако при лечебной эндоскопической катетеризации полости абсцесса до настоящего времени существовала возможность лишь одномоментного введения в нее лекарственных растворов с частотой, не превышающей 2-3 раза в неделю. Поэтому возникла потребность в методике, которая была бы достаточно атравматичной и исключала инфицирование плевральной полости и мягких тканей содержимым абсцесса, была бы выполнимой в условиях местной анестезии и обеспечивала возможность многократного введения лекарственных препаратов в гнойную полость с частотой,

необходимой для эффективного воздействия на микрофлору очага деструкции и его адекватной санации.

Цель: анализировать результаты лечения больных с острым абсцессом и гангреной легкого методикой посегментарно-субсегментарной санации бронхиального дерева по фибробронхоскопической картине легких

Материалы и методы. Санационная фибробронхоскопия при гнойной деструкции легких состояла из трёх этапов: местная анестезия, введение фибробронхоскопа, осмотр и санация трахеобронхиального дерева. При выполнении санационной фибробронхоскопии применялось местное обезболивание. Оно включало подготовку больного, премедикацию 1 мл-1% раствора димедрола и собственно анестезию - орошение ротоглотки раствором лидокаина 10% в виде аэрозоли, в спрей-упаковке.

Введение фибробронхоскопа осуществляли через рот в положении больного сидя или лёжа, используя для предохранения аппарата ротоблокатор. В дальнейшем проводилась непосредственно санационная фибробронхоскопия. Наличие слизисто-гнойной или гнойной мокроты было показанием к посегментарно-субсегментарной санации, когда фибробронхоскоп вводился в каждый сегментарный бронх, и проводилась инстилляцией антисептиков в количестве 10-20 мл за одно введение. После общей санации бронхиального дерева проводилась проточная санация полости деструкции легкого через катетер. «Olimpus» BF XT40, BF

1T20 и катетером позволял проводить постоянную аспирацию промывных вод бронхов. Для хорошей санации бронхиального дерева под местной анестезией использовалось от 120 до 800 мл антисептического раствора. Проточная санация полости деструкции заканчивалась тщательной аспирацией промывных вод из просвета бронхов, включая субсегменты, что предотвращала кратковременные подъемы температуры тела до 38-39°. По катетеру в деструктивную полость легкого вводились антибактериальные средства согласно чувствительности микрофлоры.

Посегментарно-субсегментарная санация бронхов полости острого абсцесса лёгкого выполнена у 60 больных (основная группа). В качестве группы сравнения – больные (150 пациентов), пролеченные по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов основной группы было 42 (70,0%) пациентов с острым абсцессом легкого и 18 (30,0%) – с гангреной легкого, а в группе сравнения было 104 (69,3%) больных острым абсцессом легкого ($p>0,5$) и 46 (30,7%) – гангреной легкого ($p>0,5$).

Оценка бронхиального содержимого по данным фибробронхоскопии показала, что удельный вес больных со слизисто-гнойной мокротой в бронхах до лечения среди пациентов основной группы был больше на 23,4% ($p<0,01$), чем в группе сравнения (табл. 1).

Таблица 1.

Изменения характера бронхиального содержимого по данным фибробронхоскопии (ФБС) у больных до и после лечения.

Характер мокроты при ФБС	Основная группа (n=60)					Группа сравнения (n=111)						
	до лечения		после лечения			до лечения		после лечения			Р до лечения	Р после лечения
	абс число	%	абс число	%	Р ₁	абс число	%	абс число	%	Р ₁		
слизистая	12	20,0	19	31,7	> 0,1	28	25,2	32	28,8	> 0,5	> 0,25	> 0,5
слизисто-гнойная	27	45,0	13	21,7	<0,01	24	21,6	27	24,3	> 0,5	< 0,01	> 0,5
гнойная	19	31,7	8	13,3	< 0,05	52	46,8	41	36,9	> 0,1	> 0,5	< 0,001
Нет	2	3,3	20	33,3	< 0,001	7	6,3	11	9,9	> 0,5	> 0,5	< 0,001
Всего	60	100	60	100		111	100	111	100			

Различия частоты других по характеру видов содержимого бронхов до лечения между основной группой и группой сравнения были статистически не значимыми.

Проведенное лечение в основной группе больных привело к уменьшению частоты гнойного содержимого в бронхах на 18,4% ($p<0,05$), слизисто-гнойного содержи-

мого – на 23,3% ($p<0,01$). В целом число больных в этой группе без содержимого в бронхах увеличилось на 30% ($p<0,001$).

В группе сравнения статистически значимых изменений по характеру содержимого в бронхиальном дереве не произошло (табл. 2).

Таблица 2.

Характер изменения слизистой оболочки бронхов у анализируемых групп больных до и после лечения.

Характер поражения слизистой бронхов	Основная группа (n=60)					Группа сравнения (n=111)						
	до лечения		после лечения			до лечения		после лечения			p> до лечения	p после лечения
	абс число	%	абс число	%	p ₁	абс число	%	абс число	%	p ₁		
Отёк+диффузная гиперемия 1 ст	11	18,3	10	16,7	>0,5	20	18,0	33	29,7	>0,05	0,5	>0,05
Отёк+диффузная гиперемия 2 ст	19	31,7	-	-	<0,001	35	31,5	24	21,6	>0,1	0,5	<0,001
Отёк +диффузная гиперемия 3 ст	17	28,3	-	-	<0,001	32	28,8	11	9,9	<0,001	0,5	<0,01
Очаговая гиперемия 1 ст	7	11,7	19	31,7	<0,02	13	11,7	19	17,1	>0,25	0,5	<0,05
Бледно-розовая	6	10,0	31	51,7	<0,001	11	9,9	24	21,6	<0,05	0,5	<0,001
Всего	60	100,0	60	100,0		111	100,0	111	100,0			

После лечения число больных без патологического содержимого в бронхах в основной группе стало больше, чем в группе сравнения на 23,4% ($p<0,001$), а число больных гнойной мокротой – меньше на 23,6% ($p<0,001$).

По данным фибробронхоскопии до лечения характер слизистой оболочки бронхов в обеих анализируемых группах был одинаковым.

После лечения в основной группе больных с отеком и диффузной гиперемией 2 и 3 степеней слизистой оболочки бронхов не было, хотя до лечения они отмечались у 60% больных. Число больных с бледно-розовой слизистой оболочкой увеличилось на 41,7% ($p<0,001$), а очаговой гиперемией 1 степени – на 20% ($p<0,02$).

У больных группы сравнения число больных с отеком и диффузной гиперемией 3 степени после лечения уменьшилось на 28,9% ($p<0,001$). При этом выросло число лиц с отеком и диффузной гиперемией 1 степени на 11,7% ($p<0,05$). Количество больных с бледно-розовой слизистой оболочкой бронхов увеличилось лишь на 11,7% ($p<0,05$).

Сравнение характера изменений слизистой оболочки обеих групп больных после лечения показало, что количество больных с отеком и диффузной гиперемией 2-ой и 3-ей степени в группе сравнения составило 21,6% ($p<0,01$) и 9,9% ($p<0,001$), а в основной группе таких пациентов не было.

В тоже время число пациентов с очаговой гиперемией в основной группе было больше на 14,6%, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Число пациентов с бледно-розовой окраской слизистой в основной группе было больше на 30,1%, в сравнении с группой сравнения ($p<0,001$).

Выводы. Метод локального воздействия с применением новой методики посегментарно-субсегментарной санации при комплексном лечении гнойно-деструктивных заболеваний легких позволяет добиться существенных положительных результатов.

При применении в комплексном лечении посегментарно-субсегментарной санации бронхов у больных острым абсцессом и гангреней легкого снижались - ко-

личество пациентов с гнойной мокротой в 2,8 раза ($p<0,001$), увеличивает число пациентов с отсутствием мокроты в 3,4 раза ($p<0,001$). Улучшает характер изменения слизистой: увеличивает количество пациентов с бледно-розовой окраской в 2,4 раза ($p<0,001$) и снижает число больных с отеком и диффузной гиперемией 2-ой ($p<0,001$) и 3-ей степени ($p<0,01$).

Литература:

1. Гостищев В.К. Лечение острых абсцессов легких [Текст] / В.К. Гостищев, Ю.К. Харитонов // Русский Медицинский Журнал. - 2008. - http://www.rmj.ru/articles_1219.htm
2. Шойхет Я.Н. Комплексное лечение острых абсцессов и гангренов легких. Гнойные и деструктивные заболевания легких [Текст] / Я.Н. Шойхет, И.П. Роцев, С.В. Заремба, А.Е. Лиманов, С.А. Мордвинов, В.К. Седов, Ю.Г. Горбаченко, М.К. Сыздыкбаев, В.А. Куртуков, Г.Г. Устинов // Сб. трудов конгресса. XX Национальный конгресс по болезням органов дыхания, II конгресс евроазиатского респираторного общества. – Москва, 16 - 19 ноября 2010. - С. 107.
3. Шойхет Я.Н. Комплексное лечение острых абсцессов и гангренов легких [Текст] / Шойхет Я.Н., Роцев И.П., Заремба С.В., Сыздыкбаев М.К., Устинов Г.Г. // XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания, II конгресс евроазиатского респираторного общества: сб. трудов конгресса. – Москва, 10 - 13 нояб. 2009. - С. 89.
4. Шойхет Я.Н. Комплексное лечение острых абсцессов легких без секвестрации [Текст] / Я.Н. Шойхет, И.П. Роцев, С.В. Заремба, М.К. Сыздыкбаев, Г.Г. Устинов // XIX Национальный конгресс по болезням органов дыхания, II конгресс евроазиатского респираторного общества: сб. трудов конгресса. – Москва, 10 - 13 ноября 2009. - С. 89-90.
5. Nagasawa K.K. Thoracoscopic treatment of pediatric lung abscesses / K.K. Nagasawa, S.M. Johnson // 2009. - <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20223322>
6. Shlomi D Endobronchial drainage of lung abscess: the use of laser / D. Shlomi, M.R. Kramer, L. Fuks, N. Peled, D. Shitrit // Scand J Infect Dis. – 2010 – Vol. 42. - N 1. - P. 65-68.

Тұжырым

ӨКПЕНІҢ ІРІҢ ДЕСТРУКЦИЯСЫНА ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛҒАН СЕГМЕНТАРЛЫҚ-СУБСЕГМЕНТАРЛЫҚ БРОНХИАЛЫҚ АҒАШТЫҢ ФИБРОБРОНХОСКОПИЯЛЫҚ СҮРЕТІ

М.К. Сыздыкбаев, Т.А. Кусаинов, А.А. Березинец, Т.М. Шошаев, А.М. Солтанбекова
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Өкпенің жедел абсцесс және гангренасын емдеуде қолданылған жаңа емдеу тәсілдерінің; бронхы сегментарлық-субсегментарлық тазалаудың нәтижесінің қорытындысын, бронхының ішкі жұқа қабыршағының және оның құрамының өзгеруімен бағалайды. Бұл емдеу әдісінің сапасы өте жоғары екені дәлелденген.

Негізгі сөздер: Сегментарлық-субсегментарлық тазалау, өкпенің жедел абсцессы, өкпе гангренасы, бронхыны тазалау, фибробронхоскопиялық сүреті.

Summary

FIBROBRONCHOSCOPIC PAINTING IN APPLYING SEGMENTAL-SUBSEGMENTAL SANATION OF THE BRONCHIAL TREE IN ACUTE PURULENT LUNG DESTRUCTION

M.K. Syzdykbayev, T.K. Kusainov, A.A. Berezinets, T.M. Shoshayev, A.M. Soltanbekova
Semey State Medical University

Analyzed the treatment of acute abscesses and gangrene of the lungs, a new method segmental-subsegmental bronchial readjustment to result from changes fibrobronchoscopic picture - to change the nature of the bronchial content and the nature of changes in the mucous membrane of the bronchi. High efficiency of treatment.

Key words: segmental-subsegmental sanitation, acute lung abscess, gangrene of the lung, bronchus sanitation, fibrobronchoscopic picture.

УДК 616-001-616.24-005.7-084

Н.С. Фамутдинова, Г.Ж. Ызиев, Г.В. Добрынин

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

Аннотация

В статье представлены результаты исследований факторов риска различной степени развития тромбозов легочных артерий у пациентов с сочетанными травмами, включающими переломы костей нижних конечностей и тазобедренных костей. Предложены методы первичной и вторичной медикаментозной профилактики тромбозов и эмболических осложнений в группах пациентов с высоким и очень высоким риском.

Ключевые слова: тромбоз легочных артерий, сочетанные травмы костей, профилактика.

Введение

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанная с ним тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) относятся к наиболее распространенным, социально значимым и представляющим опасность для жизни пациентов заболеваниям системы кровообращения. Ежегодно ТЭЛА диагностируют у 100–160 человек на 100 000 населения, около 30% из них погибают в ближайший месяц, еще у 20% больных в течение последующих 2 лет развивается рецидив заболевания [1].

Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) представляет собой одну из ведущих причин смерти в экономически развитых странах. Так, частота выявления новых случаев ТЭЛА во Франции превышает 100 000/год; в Великобритании – 65 000/год среди госпитализированных пациентов. ТЭЛА обнаруживается при аутопсии у 12–15% пациентов, при этом от 27 до 68% этих смертей потенциально предотвратимы [2]. Необходимость раннего распознавания и начала лечения ТЭЛА определяется не только ее значительной распространенностью, но и возможностью существенного снижения летальности при своевременном начале терапевтических мероприятий [3]. Смертность при нелеченой ТЭЛА превышает 30%, в то время как адекватная антикоагулянтная терапия позволяет достичь значительного снижения этого показателя (до 2–8%).

Своевременное выявление вторичных факторов риска тромбозов глубоких вен и ТЭЛА имеет большое значение, прежде всего с точки зрения их ранней коррекции и, следовательно, профилактики тромбозов и эмболических эпизодов. Значимость вторичных факторов риска различна: в настоящее время ведущее значение отводят злокачественным опухолям, хронической венозной недостаточности и переломам костей, сопровождающимся длительной иммобилизацией (особенно переломам проксимального отдела бедра). Риск ТЭЛА значительно увеличивается с возрастом. При отсутствии профилактики ТГВ подколенно-бедренного и илеокавального сегментов развивается у 25–28% больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, у 19% гинекологических больных, у 25% – урологических, а после операции на тазобедренном суставе и при переломах головки бедренной кости частота этого осложнения достигает 45–59%.

Перелом проксимального отдела бедра в настоящее время является одной из ведущих причин длительной иммобилизации, на фоне которой формируется тромбоз глубоких вен нижних конечностей, могущий приводить к ТЭЛА. Существенное значение имеют также переломы других отделов нижних конечностей, а также травмы костей таза. От 38 до 50% больных с переломом проксимального отдела бедра погибают от ТЭЛА, при этом

риск тромбозов и эмболических осложнений повышается по мере увеличения длительности иммобилизации. Вероятность ТЭЛА в этой ситуации увеличивается до 50%, при этом у 2–5% больных с тромбозом ТЭЛА имеет массивный характер и ведет к гибели пациента. Еще 18% больных из этой группы погибают в ближайшие 3 месяца на фоне повторной ТЭЛА. Предупредить развитие этих осложнений и летальных исходов можно только с помощью рациональной и грамотной профилактики, которая у больных с высоким и очень высоким риском обязательно должна включать назначение антикоагулянтов. За последние годы в мире накоплен огромный опыт по проведению специфической профилактики ТГВ и ТЭЛА, выполнены многочисленные исследования. В ходе этих исследований было показано, что при умеренном, высоком и очень высоком риске назначение антикоагулянтов в 2–3 раза снижает вероятность развития тромбозов и эмболических осложнений [4]. На основании этих данных в разных странах мира, в том числе и в Казахстане, были разработаны стандарты профилактики венозных тромбозов, внедрение которых в повседневную практику привело к снижению частоты этих осложнений на 50–75%.

К факторам риска, связанным с общим состоянием пациента, относят: висцеральные злокачественные новообразования, химиотерапию; тромбоз глубоких вен или тромбоз легочной артерии в анамнезе, варикозное расширение вен; паралич нижних конечностей, длительную иммобилизацию больного (более 4 дней до операции); гнойную инфекцию; тромбофилию; сахарный диабет; ожирение; прием эстрогенов; послеродовой период менее 6 недель; возраст старше 45 лет; сердечную или легочную недостаточность II стадии и выше. Наличие у пациента любого из этих признаков является достаточным основанием для оценки степени риска как высокой и, соответственно, назначения стандартных для групп высокого риска схем специфической профилактики.

Материалы и методы

Нами изучены 76 историй болезни и протоколов вскрытия умерших от сочетанной травмы, сопровождающейся переломами нижних конечностей и костей таза в Больнице скорой медицинской помощи г. Семей в течение 2002–2012 гг.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что для госпитальной летальности при сочетанной травме характерно два пика: в первые 24 ч с момента травмы – 34,3% умерших, в сроки свыше 4 суток и более – 53,2%. Причинами ранней летальности являются острая кровопотеря и шок. В сроки от 1 до 3 сут основной причиной смерти является отек и дислокация головного мозга у пострадавших с доминирующей черепно-мозговой травмой, а также тромбоз легочной артерии.

легочных артерий у лиц с имеющимися факторами риска. В сроки от 4 суток и позднее причинами летального исхода были инфекционные осложнения. Общий уровень летальности при сочетанной травме в больнице за последние 10 лет снизился с 26-30% до 18,5-18,9% благодаря разработке и внедрению в повседневную практику стандартов профилактики венозных тромбозов.

Подходы к профилактике ТЭЛА в травматологической и ортопедической практике включают применение следующих мер: применение антикоагулянтов (эноксапарин 30 мг 2 раза/сутки или эноксапарин 40 мг 1 раз/сутки; дальтепарин 5000 ЕД 1 раз/сутки; варфарин (целевой уровень МНО – 2,0–3,0); бинтование голени эластическими бинтами в сочетании с обувью спневматической компрессией.

В группе пациентов с очень высоким риском развития ТЭЛА нефракционированный гепарин (НФГ) назначают в индивидуально подобранных дозах. НФГ начинают вводить за 2 дня до операции по 3500 ЕД подкожно через 8 ч, после операции при каждом введении дозу повышают на 500–1000 ЕД для достижения верхнего предела нормальных значений активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) через 6 ч после очередной инъекции. При такой тактике индивидуальная профилактическая доза НФГ в послеоперационном периоде составляет в среднем 18 900 ЕД/сут, варьируя от 13 500 до 30 000 ЕД. Только при таком способе назначения НФГ частота тромбозов достоверно уменьшается с 23 до 6%. Низкомолекулярные гепарины (НМГ) тоже используются в отличных от общехирургической практики дозах. Надропарин вводят в дозе, определенной с учетом массы тела больного. Пациентам с массой 50–70 кг за 12 ч до операции вводят 0,3 мл подкожно, затем 0,3 мл вечером после операции (через 8–12 ч), в последующие 3 дня – по 0,3 мл 1 раз в сутки, затем дозу увеличивают до 0,4 мл. При большей массе тела дозы составляют 0,4 и 0,6 мл соответственно. Альтернативный вариант – препарат назначают через 8–10 ч после операции и вводят по 0,3 мл 2 раза в сутки. Дальтепарин назначают по 5 тыс. МЕ за 12 ч до опера-

ции, затем по 5 тыс. МЕ каждый вечер после операции или 2,5 тыс. МЕ за 2 ч до операции (что практически исключает возможность выполнения непосредственно перед операцией эпидуральной или спинно-мозговой анестезии) и 2,5 тыс. МЕ через 8–12 ч после операции, затем со следующего дня по 5 тыс. МЕ каждое утро. Эноксапарин назначают по 40 мг 1 раз в сутки или по 30 мг 2 раза в сутки. Решение о времени введения первой дозы антикоагулянтов должно основываться на соотношении индивидуального риска тромбозов и кровотечений с учетом особенностей работы хирургов и анестезиологов в каждом стационаре.

Таким образом, имеющийся опыт позволяет обосновать необходимость выделения группы пациентов с очень высоким риском ТГВ и ТЭЛА, в которую могут быть включены больные, перенесшие операции на крупных суставах нижних конечностей, а также с критическими нарушениями жизненно важных функций различного генеза. При лечении таких пациентов специфическая профилактика тромбоэмболических осложнений может быть эффективна только при использовании повышенных доз прямых антикоагулянтов и должна продолжаться не менее 10 дней после прекращения действия временных факторов риска.

Литература:

1. Cook D, Meade M, Guyatt G. et al. Clinically important deep vein thrombosis in the ICU: A survey of intensivists. *Critical Care* 2008; 8: 145–52.
2. Goldhaber S, Tapson VF DVT Free Steering Committee. A Prospective Registry of 5, 451 patients with ultrasound-confirmed deep vein thrombosis. *Am J Card* 2009; 93(2): 259–62.
3. Hirsh J. Guidelines for antithrombotic therapy. 5 ed. BC Decker Inc., 2009. 5с.
4. Тихилов Р.М., Стойко Ю.М., Замятин М.Н., Божкова С.А. Профилактика тромбоэмболических осложнений в травматологии и ортопедии. Методические рекомендации. Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. - М., 2006. - С.17-25.

Тұжырым

ҚОСАЛҚЫ ЖАРАҚАТТАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ТРОМБОЭМБОЛИЯЛЫҚ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ АЛДЫН АЛУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Н.С. Фамутдинова, Г.Ж. Ызиев, Г.В. Добрынин

Семей қ. КМКБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада қосалқы жарақаттары, яғни сирақ сүйектерінің және жамбасан сүйектерінің сынығы бар науқастардағы өкпе артериясы тромбоэмболиясы әр түрлі дәрежесі дамуының қауіп факторларын зерттеу нәтижелері берілген.

Жоғары және өте жоғары қауіп тобындағы науқастарға тромбоэмболиялық асқынулардың біріншілік және екіншілік дәрі – дәрмектік алдын алу әдісі ұсынылды.

Summary

MODERN POSSIBILITIES OF PREVENTION OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN THE PATIENTS WITH COMBINED TRAUMA

N.S. Famutdinova, G.Zh. Ygiyev, G.V. Dobrynin

Hospital of Emergency Care, Semey. c

In the paper we have presented the results of research on risk factors of varying degrees of pulmonary embolism in the patients suffering from combined injuries, fractures of the lower limbs and hip bones. We have proposed the methods for primary and secondary medical prophylaxis of thromboembolic complications in the group's with high and very high risk.

УДК 616.12-009.72-616.13-004.6-616.8-009.186

Г.В. Добрынин, Г.Ж. Ызиев, Н.С. Фамутдинова

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аннотация

В статье представлены результаты изучения эффективности антиангинального препарата Кораксан у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, ассоциированной с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Установлено, что на фоне улучшения показателей центральной гемодинамики у больных, получавших Кораксан, наблюдалось некоторое повышение значения параметров кровотока в сосудах нижних конечностей.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, облитерирующий атеросклероз, стенокардия, антиангинальный препарат

Наличие у пациента системного атеросклероза на фоне ишемической болезни сердца приводит к некоторому ограничению применения традиционных антиангинальных средств. Принятое в соответствии с международными клиническими руководствами использование бета-блокаторов уменьшает сократительную функцию левого желудочка, оказывая тонизирующее влияние на сосуды, что ухудшает состояние периферического кровотока. В то же время урежение частоты сердечных сокращений (ЧСС) – основной фактор, необходимый для лечения стенокардии в связи с тем, что снижение ЧСС уменьшает потребность миокарда в кислороде и улучшает оксигенацию миокарда. Хроническое увеличение ЧСС является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний как у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), сердечной недостаточностью, так и в популяции в целом [1]. При этом перед врачом встает вопрос о поиске эффективных антиангинальных препаратов, не оказывающих негативное влияние на тонус периферических артериальных сосудов. В связи с этим в настоящее время представляется перспективным применение блокаторов If-каналов – кораксана.

Кораксан (ивабрадин) является антиангинальным препаратом, механизм действия которого заключается в селективном и специфическом ингибировании If каналов синусового узла, контролирующего спонтанную диастолическую деполяризацию в синусовом узле и регулирующих ЧСС. Его влияние на сердечную деятельность специфично для синусового узла, не затрагивает время проведения импульсов по внутрипредсердным, предсердно-желудочковым и внутрижелудочковым проводящим путям, а также сократительную способность миокарда. Процессы реполяризации желудочков остаются без изменения. При назначении препарата в рекомендуемых дозах урежение ЧСС составляет примерно 10 уд/мин в покое и при физической нагрузке. В результате снижается работа сердца и уменьшается потребность миокарда в кислороде. Антиангинальная и противоишемическая эффективность ивабрадина была продемонстрирована в 4 двойных слепых, рандомизированных исследованиях. В этих исследованиях участвовало 3222 пациента с хронической стабильной стенокардией, из которых 2168 получали ивабрадин. Установлено, что ивабрадин в дозе 5 мг 2 раза/сут оказывал благоприятное влияние на все показатели нагрузочных проб уже через 3-4 недели терапии. В исследованиях клинической эффективности препарата эффекты ивабрадина полностью сохранялись на протяжении 3- и 4-месячных периодов лечения. Во время лечения при-

знаки развития фармакологической толерантности отсутствовали, а после прекращения лечения синдрома отмены не отмечалось. Антиангинальные и противоишемические эффекты ивабрадина были связаны с дозозависимым снижением ЧСС, а также со значительным уменьшением рабочего произведения (ЧСС × систолическое АД), причем как в покое, так и при физической нагрузке. Влияние на величину АД и ОПСС было незначительным и клинически не выраженным [2].

Целью нашего исследования явилось изучить характер влияния Кораксана на периферическую гемодинамику у больных стабильной стенокардией в сочетании с облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 40 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией и облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, которые были разделены на 2 группы по 20 человек. Первой группе был назначен кораксан в дозе 5 мг 2 раза в сутки, при необходимости адаптация дозы до 7,5 мг дважды в сутки. Вторая группа принимала метопролол. В обеих группах допускалось применение нитратов, статинов, специфических препаратов для лечения атеросклероза сосудов нижних конечностей. Пациенты наблюдались в течение 12 недель. В ходе исследования проводилась оценка ЧСС, холтеровское мониторирование (Σ ST, частота, продолжительность периодов ишемии); ЛПИ (лодыжечно-плечевой индекс). Оценка параметров жесткости сосудистой стенки – объемная сфигмография (Vasera VS-1000 (FukudaDenshi, Япония)) – CAVI (показатель жесткости артерий); AI (индекс аугментации); ET (время изгнания из левого желудочка); PEP (время напряжения левого желудочка); PEP/ET.

Результаты и обсуждение. Исходно больные обеих групп имели достаточно низкие параметры жесткости сосудистой стенки. Также наблюдались высокие частота сердечных сокращений (ЧСС), суммарный интеграл смещения ST, частота периодов ишемии. К концу исследования, на фоне улучшения показателей центральной гемодинамики (ЧСС снизилось до нормальных значений) у больных, получавших кораксан, наблюдалось некоторое повышение значения параметров кровотока в сосудах нижних конечностей. ЛПИ возросла на 37% в основной в сравнении с 26% в контрольной группе; CAVI – на 28% и 17% соответственно. Также наблюдались положительные изменения индекса аугментации – он уменьшился на 30% в основной в сравнении с 22% в контрольной группе.

Таким образом, кораксан зарекомендовал себя, как эффективный антиангинальный препарат, не имеющий

характерных для бета-блокаторов побочных эффектов, с хорошей клинической переносимостью и безопасностью терапии, применение, которого у больных стенокардией не ограничено сопутствующим облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей. Полученные результаты исследования свидетельствуют о возможности широкого использования кораксана в клинической практике врача-кардиолога.

Литература:

1. Jouven X, Empana J-P, Schwartz P. Heart Rate Profile during Exercise as a Predictor of Sudden Cardiac Death // N Eng J Med 2005; 352: 1951–8.
2. Fox K, Ford I, Steg PG et al. Ivabradine for patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction (BEAUTIFUL): a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // Lancet 2008; 372: 807–16.

Тұжырым

СТЕНОКАРДИЯ МЕН АЯҚ ТАМЫРЛАРЫНЫҢ ОБЛИТЕРАЦИЯЛЫҚ АТЕРОСКЛЕРОЗЫ ҚАТАР ЖҮРЕТІН НАУҚАСҚА КОРАКСАНАУ ҚОЛДАНУДЫҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІ

Г.В. Добрынин, Г.Ж. Ызиев, Н.С. Фамутдинова

Семей қ. ҚМҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада жүректік ишемиялық ауруы мен аяқтарының облитерациялық атеросклерозымен ассоциациясы бар науқаста, антиангинальды препарат Кораксанды қолдану тиімділігін зерттеу нәтижелері көрсетілген. Кораксан пайдаланған науқастарда орталық гемодинамиканың көрсеткіштері жақсаруының арқасында, аяқ тамырларындағы қан ағу көрсеткіштері жоғарлағандығы байқалған.

Summary

THE EFFECTIVENESS OF CORAXAN IN THE PATIENTS SUFFERED FROM ANGINAL PECTORIS ASSOCIATED WITH OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF LOWER EXTREMITIES

G.V. Dobrynin, G.Zh. Ygiyev, N.S. Famutdinova

Hospital of Emergency Care, Semey. c

In the paper we have presented the results of study the effectiveness of anti-anginal medicine Coraxan in the patients with coronary heart disease associated with obliterating atherosclerosis of lower extremities. It was found that on the background of improving of central hemodynamics in the patients treated with Coraxan, there was a slight increase of blood flow in the vessels of the lower extremities.

УДК 616-005.7-08

М.К. Сыздықбаев, А.В. Писмарева, К.С. Сергазин, Ш.А. Бухиянов,
Г.Т. Исакова, А.М. Солтанбекова, Т.М. Шарипов

Государственный медицинский университет города Семей, кафедра детской хирургии,
Медицинский Центр Государственного медицинского университета г.Семей,
Экибастузская городская больница, г. Экибастуз, КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей, Городская больница №2, г. Семей

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Аннотация

Приведен клинический случай из практики клинический опыт лечения 32 пациентов с синдромом острой жировой эмболии. Лечение проводилось согласно современным представлениям, с применением специфической и неспецифической терапии.

Ключевые слова: жировая эмболия, синдром жировой эмболии, лечение жировой эмболии, практический опыт.

Актуальность. Жировая эмболия является одной из наиболее трудных проблем современной реаниматологии, хирургии, травматологии. Характерный для последних десятилетий рост количества тяжелых сочетанных травм с повреждением опорно-двигательного аппарата, расширение показаний к хирургическому лечению переломов и ортопедических заболеваний с использованием интрамедуллярного остеосинтеза определяют необходимость ранней диагностики, профилактики и лечения жировой глобулемии, частота которой на аутопсии колеблется в пределах 58-91,7% [2, 4].

Несмотря на то, что исследование данной патологии продолжается уже более 150 лет и за этот период времени были предложены разнообразные схемы профилактических и лечебных мероприятий, летальность от жировой эмболии остается очень высокой и составляет по разным данным от 2,5% до 47-67%. При этом клини-

ческие проявления у пациентов встречаются от 0,25% при изолированных переломах, до 10% при множественных переломах костей конечностей в сочетании с нестабильными повреждениями таза и при ортопедических операциях. Малая частота клинически проявляющихся случаев жировой глобулемии затрудняет ее изучение, что определяет необходимость продолжения исследований данного синдрома в эксперименте [3, 5].

Современные схемы профилактики и лечения данного синдрома остаются в значительной мере эмпирическими и неспецифическими [1].

Цель. Оптимизировать метод лечения больных с синдромом жировой эмболии в условиях отделения интенсивной терапии

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 32 пациентов с синдромом острой жировой эмболии в условиях отделения анестезиологии и

реаниматологии и интенсивной терапии 1-ой городской больницы г. Павлодар, Экибастузской городской больницы.

Все больные имели следующие клинические проявления, критерии:

- раннее нарушение сознания;
- грубая очаговая неврологическая симптоматика;
- рано возникающая острая дыхательная недостаточность по механизму респираторного дистресс-синдрома;
- стойкая тахикардия 90 уд. в 1 мин;
- петехиальные высыпания специфической локализации (на коже щек, шеи, груди, плечевого пояса, конъюнктиве);
- гипертермия по типу постоянной лихорадки (до 39-40 °C);

Инструментально-лабораторные критерии:

- наличие капелек нейтрального жира в биологических жидкостях;
- рентгенологическая картина «шокового легкого»;
- стойкая немотивированная анемия;
- характерная картина глазного дна: отечная сетчатка, облаковидные белесовато-серебристые пятна на ней;
- азотемия;
- повышенное содержание жира в альвеолярных макрофагах, полученных в смывах бронхов в первые сутки;
- тромбоцитопения;
- КЩС – несмотря на высший уровень O₂ во вдыхаемой смеси, снижено напряжение O₂ в артериальной крови (шунтирование крови в легких);

I ст. – гипоксия, гипокания;

II ст. – гиперкапния.

Результаты и обсуждение

Основными направлениями в лечении являются

1. Своевременный перевод на ИВЛ, показания: нарушения сознания больного в виде психических расстройств.

2. Применение паров эфира во вдыхаемой смеси.

3. Раннее применение этилового спирта 30,0г на 5% р-р глюкозы 200,0.

4. Адекватная инфузионная терапия, включающая препараты, улучшающие реологические свойства крови: реополиглюкин, курантил, трентал.

5. Дегратационная терапия проводилась глицерином.

6. Медикаментозная терапия гипоксии мозга включала применение гексенала, тиопентала натрия.

7. Ноотропная и метаболическая терапия мозга: церебролизин до 20 мл в сут., актовегин, инстенон.

8. Лечение и профилактика ДВС: гепарин, контрикал до 100тыс. ЕД/сут+СЗП.

9. Гормонотерапия до 20 мг/кг преднизолон в сутки.

10. С целью профилактики СЖЭ дезэмульсирования жира: липостабил 50-120 мл/сут., эссенциале – до 40 мл/сут.

11. Многократные санационные фибробронхоскопии (до 2-3 раз в сут.)

12. Дезинтоксикационная терапия включала: гипохлорит натрия, хлорофиллипт, неоднократные плазмозамены.

13. Коррекция иммунного статуса осуществлялась Т-активином, иммуноглобулином.

14. Ранняя оперативная стабилизация переломов является важнейшим аспектом в лечении с СЖЭ.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Б., 1978 г.р., поступил 28/VII-98г., выписан 13/X-98г. 77 к/дней

ДЗ: Тяжелая смешанная травма. Открытый оскольчатый перелом с/з правого бедра со смещением отлом-

ков, осложненное синдромом жировой эмболии. Перелом внутренней лодыжки, правой голени без смещения. В анамнезе – простудные заболевания, аллергологический анамнез неотягощен. При поступлении состояние тяжёлое. В сознании. Бледен. ЧД 22 в минуту. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены, тоны ритмичны, приглушены. PS=114 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 90/60 мм Hg. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Поколачивание поясничной области безболезненно с обеих сторон. Status localis: на коже правого бедра в средней трети рана до 2 см в диаметре по наружной поверхности, определяется патологическая подвижность в средней трети бедра. На рентгенограмме определяется оскольчатый перелом бедренной кости в средней трети со смещением отломков по ширине. В гемограмме: RBC $3,75 \cdot 10^{12}$; Hgb 122 г/л; Hct=0,45; WBC $14,5 \cdot 10^9$; формула: палочкоядерные 0,13, сегментоядерные 0,80, лимфоциты 0,07; СОЭ 12 мм/ч. Общий анализ мочи без особенностей. Биохимические показатели без отклонений от нормы. После предоперационной подготовки, включающей продолжение корректной анальгезии с использованием наркотических анальгетиков, антибактериальную и инфузионную терапию с использованием глюкозированных растворов, кристаллоидов и декстранов в соотношении 1:2:1, стандартной премедикации больной доставлен в операционную. Выполнена ПХО раны, удалены свободнолежащие кусочки костной ткани, опорожнена гематома до 400-500 ml, полости промыты раствором фурацилина, дренирование раны. Проводился погружной металлоостеосинтез, проводилась антибактериальная терапия, корректная анальгезия, инфузионная терапия с использованием поливалентных ингибиторов протеаз, липостабила, коррекция реологии крови низкомолекулярными гепаринами, глобулярный объём корригировался эритроцитарной массой, проводилась интравенозная лазерная квантовая фотомодификация крови. После стабилизации состояния больного осуществлено отлучение пациента от респиратора, гемодинамика стабильна, имевшая место ранее азотемия исчезла, биохимические показатели в пределах нормы, в общем анализе мочи капельки жира больше не обнаруживаются, дальнейшее лечение осуществлялось в травматологическом отделении. В удовлетворительном состоянии выписан домой. В данном случае имела место церебральная форма жировой эмболии, благополучно купированная.

Выводы. Применяемые своевременно методы специфической и неспецифической терапии в комплексном лечении синдрома жировой эмболии дают достаточно обнадеживающие результаты и способствовали в нашем случае полному излечению пациента

Литература:

1. Корнилов Н.В. Жировая эмболия / Н.В. Корнилов, В.М. Кустов. СПб.: Морсар АВ, 2001. - 287 с.
2. Кузьменко В.В., Сальников Д.И., Гиршин С.Г. и др. Летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения // Ортопед. травматол. – 1986. – №9. – С. 50-53.
3. Насонкин О.С. // Травматическая болезнь / Под ред. И.И. Дерябина, О.С. Насонкина. - Л., 1987. - С. 6-34.
4. Richards RR. // Fat embolism syndrome / Can J Surg. 1997. - Oct; 40 (5): 334-9.
5. Duis HJ, Nijsten MW, Klasen HJ, Binnendijk B. // Fat embolism in patients with an isolated fracture of the femoral shaft. J Trauma 1988; 28: 383-90.

Тұжырым

МАЙЛЫ ЭМБОЛИЯНЫ ЕМДЕУДЕГІ ПРАКТИКАЛЫҚ ТӘЖРИБЕ
М.К. Сыздықбаев, А.В. Писмарева, К.С. Сергазин, Ш.А. Биһиянов,
Г.Т. Искакова, А.М. Солтанбекова, Т.М. Шарипов

Жедел майлы эмболияны емдеу кезінде 32 науқасқа клиникалық тәжірибе жүргізілді. Клиникалық жағдай өз тәжірибемізден алынды. Медицинадағы жаналықтап дағы арнайы және қосымша емдеу әдістері қолданылды.

Негізгі сөздер: майлы эмболия, майлы эмболия белгісі, майлы эмболия емдеу, практикалық тәжірибе.

Summary

PRACTICE TREATMENT FAT EMBOLISM
M.K. Syzdykbayev, A.V. Pismareva, K.S. Sergazin, Sh.A. Bihiyanov,
G.T. Iskakova, A.M. Soltanbekova, T.M. Sharipov

We present the clinical experience of treating 32 patients with acute fat embolism syndrome. Is a clinical case report. Treatment was carried out according to modern concepts, using specific and nonspecific therapy

Key words: fat embolism, fat embolism syndrome, treatment of fat embolism, practical experience

УДК 616.718.551.65-007-511-08-036.8

Г.Ж. Ығиев, Г.В. Добрынин, Н.С. Фамутдинова

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ

Аннотация

В статье представлены основные принципы и методы профилактики и лечения пациентов с сочетанными травмами, осложненными жировой эмболией. Дана информация о механизмах действия и дозировке препаратов, наиболее эффективно применяющихся при данной патологии.

Ключевые слова: сочетанные травмы, жировая эмболия.

Тромбоэмболические осложнения представляют собой одну из наиболее грозных опасностей, с которыми приходится сталкиваться в травматологической практике. Всякое нарушение целостности костей, влекущее за собой иммобилизацию, ставит больного в положение повышенного риска развития тромбозов и эмболий. Актуальность проблемы посттравматической жировой эмболии (ПЖЭ) обусловлена повсеместным ростом травматизма. По данным статистики, из общего количества больных с травмами от жировой эмболии умирают от 1 до 3,7 %, при этом ПЖЭ правильно диагностируется только в 1-2,2 % случаев.

Ни один из предложенных на сегодняшний день методов лечения ПЖЭ не может считаться достаточно эффективным, что объясняется сложностью патогенетических механизмов развития этой грозной патологии. Пусковым механизмом ПЖЭ являются микрогемореологические и тромбогеморрагические расстройства на фоне травматической болезни. При этом тяжесть течения травматической болезни прямо пропорциональна степени вероятности возникновения ПЖЭ.

Жировая эмболия – обтурация мелких сосудов внутренних органов каплями нейтрального жира. Ее источником может служить не только жир костного мозга при переломах трубчатых костей, но и жир сыворотки крови в результате нарушения его эмульсионного состояния за счет всасывания токсических продуктов распада из места травматического повреждения. Большое значение имеет локализация жировых эмболов. Так, для тяжелой легочной жировой эмболии необходимо эмболизировать 2/5 венозных капилляров, в случае же мозговой эмболии необратимые нарушения мозгового кровообращения наступают при наличии нескольких эмболов [1].

В основе клиники жировой эмболии лежат остро развивающаяся кислородная недостаточность и кардиоваскулярные расстройства, выражающиеся в появлении сердцебиения, тахикардии до 140-160 в 1 минуту, кашле с прожилками крови, одышке, нарушениях сознания. Рентгенологически можно выявить характерную для жировой эмболии картину «метели» (мелкие сливающиеся пятна в нижних долях легких).

Лечение и профилактика жировой эмболии начинается на догоспитальном этапе и включает иммобилизацию, аналгезию, остановку кровотечения, инфузионную терапию. При выборе тактики лечения на госпитальном этапе необходимо учесть, что оперативное вмешательство является для организма пациента дополнительным стресс-фактором, способным привести к манифестации жировой эмболии. Операцию следует начинать (если это допускает клиническая ситуация) после восстановления на минимально достаточном уровне микрогемодикуляции, оценка состояния которой проводится по следующим показателям центральной гемодинамики: АД, ЧСС, ЦВД, ОЦК, минутный объем сердца, состав белковых фракций крови, вязкость крови, минутный диурез, кислотно-щелочное состояние, электролиты [2].

По мере стабилизации микрогемодикуляции необходимо введение липостабила 20-40 мл в/в. С целью предотвращения избыточного катаболизма целесообразно введение достаточного количества глюкозы, поскольку гипертонический раствор глюкозы с инсулином обладает способностью понижать концентрацию свободных жирных кислот. По показаниям необходимо переливание компонентов крови – отмытых эритроцитов, альбумина, свежзамороженной плазмы.

Терапию липостабилом проводят с момента поступления больного в клинику и применяют в течение 7-10 дней в суточной дозе 40-80 мл, разделив дозу на 2-4 введения, пока сохраняется риск развития жировой эмболии. При отсутствии липостабила возможна его замена на эссенциале, поскольку действующее начало в этих препаратах – диглицеридные сложные эфиры холинфосфорной кислоты в комбинации с ненасыщенными жирными кислотами, – идентично.

Компламин (ксантиноланикотинат) увеличивает минутный объем сердца. Коронарный кровоток, улучшает микроциркуляцию и оксигенацию тканей, снижает вязкость крови и периферическое сопротивление. Инфузионную терапию начинают с суточной дозы 1,5-3,0 г, добавляя ежедневно по 1,5-3,0 г до достижения 12 г/сутки.

Для лечения жировой эмболии рекомендуется сочетание следующих препаратов: курантил в дозе 100 мг/сутки с целью снижения агрегации тромбоцитов + ацетилсалициловая кислота в дозе 20-30 мг/сутки+ реополиглюкин в дозе 400 мл/сутки (способствует дезагрегации форменных элементов крови, снижает вязкость крови, способствует редепонированию крови, нормализует микроциркуляцию, обладает дезинтоксикационным действием).

В качестве антикоагулянтов используется гепарин, активизирующий циркуляцию липазы и тем самым уменьшающий токсичность свободных жирных кислот.

В последние годы в качестве антикоагулянта активно применяется фраксипарин, чей механизм заключается в выраженном ингибировании Ха фактора и подав-

лении II а фактора, при этом соотношение этих двух эффектов составляет 4:1, что позволяет разделить антитромботическую и антикоагуляционную активность и достичь длительного антитромботического эффекта без значительных изменений свертываемости крови. Согласно данным Herenberg, 2006, у ортопедических больных профилактическое введение фраксипарина уменьшает риск развития ТЭЛА в 4,5 раз.

Эффективность применения ципрофибрат (липанор) при лечении жировой эмболии объясняется его способностью тормозить синтез триглицеридов, холестерина и ЛПОНП. Одновременно усиливается выведение холестерина за счет повышенной трансформации его в желчные кислоты. Эффективно применение липанора в суточной дозе 100 мл однократно [3].

Таким образом, комплексная профилактика и лечение жировой эмболии в травматологической практике приводит к уменьшению риска развития тяжелых и фатальных осложнений, а также к снижению длительности пребывания пациента на больничной койке.

Литература:

1. Грицюк А.И., Амосов Е.Н. Практическая гемостазиология. - К: Здоровье, 2004. - 256 с.
2. Зайцева К.К., Комар Ю.А. Жировая эмболия легких после множественных травм. - М.: Медицина, 2007. - 115 с.
3. Руденко В.Г. Липанор в лечении гиперлипидемий, ишемической болезни сердца и атеросклероза.- Омск, 2008 – 56с.

Тұжырым

АСҚЫНУЫ МАЙЛЫ ЭМБОЛИЯ БОЛАТЫН ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.Ж. Ығиев, Г.В. Добрынин, Н.С. Фамутдинова

Семей қ. ҚМКБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада асқынуы майлы эмболия болатын көптеген жарақат алған науқастарды емдеудің және алдын алудың әдістері және негізгі принциптері көрсетілген. Осы патологияда қолданылатын әсері тиімді дәрілердің әсер ету механизмімен және дозасы туралы ақпарат берілген.

Негізгі сөздер: майлы эмболия

Summary

PECULIARITIES OF THE MANAGEMENT FOR THE PATIENTS WITH TRAUMATOLOGICAL PATHOLOGY COMPLICATED BY FATTY EMBOLISM

G.Zh. Ygiyev, G.V. Dobrynin, N.S. Famutdinova

Hospital of Emergency Care, Semey. c

In the paper we have presented the main principles and methods for prevention and treatment of the patients with combined traumas complicated by fatty embolism. There is information about mechanisms of action and dosage of most effective medicines which we can use at this pathology.

Key words: concomitant injury, fat embolism.

УДК 614.2-616-011-053.9

Т.А. Булегенов, А.С. Тлемисов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

ҚАРТ ЖӘНЕ ЕГДЕ ЖАСАҒЫ АДАМДАР АРАСЫНДАҒА ҚҰЛАУ НӘТИЖЕСІНДЕГІ ЖАРАҚАТТАНУ

Тұжырым

Қарт адамдар тұрғындардың көбейіп келе жатқан бөлімін құрайды. Қартайған сайын, құлау нәтижесінде жарақат алу қаупі арта түседі. Құлау қарт және егде жастағы адамдар арасында өлімділік пен ауыршаңдықты арттыруға ықпалдасады. Құлаудың алдын алу маңызды сипатқа ие, себебі оның нәтижелері қарт адамдарды зардап шектіріп, оларды госпитализациялауға мемлекет тарапынан көп мөлшерде шығын жұмсауға талап етеді.

Кілтті сөздер: Қарт және егде жастағы адамдар, құлау, жарақаттану.

Өзектілігі. Травматизм қоғамдық денсаулық сақтау саласының өзекті мәселелерінің бірі. Дегенмен, қоғамдық денсаулық сақтау саласы үшін аталған мәселе маңыздылығына баға беру жеткіліксіз дәрежеде. Травматизмді профилактикалық шаралар мен оған қарсы күрес шараларын қабылдау арқылы алдын алуға болады. Травматизм себептері көп қырлы және бір-бірімен байланысты, сол себептен кең масштабты стратегиялық шешімдерді қажет етеді.

Қарт және егде жастағы адамдар арасындағы құлау және онымен байланысты жарақаттану дәрігерлер мен қоғамдық қызметкерлер арасында маңызды мәселе [1]. Құлау қарт және егде жастағы адамдардың өмір сапасына әсер ететін ауыршандық пен өлімділік тудыратын басты себептердің бірі [2].

Құлау нәтижесінде алған жарақаттар қарт және егде жастағы адамдар арасындағы өлімнің негізгі себепінің бірі [3].

Мақсаты. Қоғамдық денсаулық сақтау қызметкерлеріне маңызды болатын, негізгі сұрақтарды анықтау.

Материалдар мен әдістер. Мақалада жүйелік ғылыми шолулар, жалпы әдеби шолу, мақалалар, Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері алынды. Ағылшын және орыс тіліндегі мәліметер қарастырылды.

Нәтижесі. Дүние жүзінде құлау өлімділіктің себебі ретінде екінші орын алады. Global Burden of Disease and Injury 2004 жылғы мәліметтері бойынша, барлық қасақана емес жарақаттан болған өлімнің 11% себебі құлау болып табылады [4].

Жыл сайын 65 жастан асқан адамдардың 30% құлайды [5], 80 жастан асқан қарттардың 50% жылына кем дегенде бір рет құлайды [6]. Қарттар үйінде тұратын немесе ауруханалардағы қарттар арасындағы бұл көрсеткіш одан да жоғары. Жасы ұлғайған сайын құлау қаупі арта түседі. Шамамен, құлаудың 20% медициналық көмекті қажет етеді, 10% – ауыр жарақатқа әкелсе, оның 5% сынықтар құрайды [5,7,8].

Жарақаттың ауыр түрінің бірі болып табылатын, сан сүйегі сынуының 90% себебі құлау [9].

Қарт және егде жастағы адамдар арасындағы жарақаттану қаупі индивидуальді факторлармен (мысалы, бұлшық ет күшінің төмендеуі, тепе – теңдік сақтау бұзылысы, соматикалық және психикалық функция бұзылысы, әр түрлі сезімдердің бұзылысы, дәрілік препараттарды қабылдау) және қоршаған ортаның жағымсыз жағдайларымен (тротуарлар бұзылуы, тайғақ едендер, жарықтандырудың жеткіліксіздігі, жайсыз еден төсемелері, сатылар және т.б.) негізделеді [10].

Қарт және егде жастағы адамдар арасындағы құлау қаупі факторларын үш категорияға бөлуге болады: ішкі факторлар, сыртқы факторлар және қауіпке шалдығу дәрежесі. Құлау бірнеше қауіп факторларының динамикалық қарым қатынасының нәтижесінен болатынын ескеріп, көрсетілген үш факторларды индивидуальді қарастыруға болмайды [11].

Қарт және егде жастағы адамдардың жалғыз тұруы да құлау қаупі факторларының маңыздысы. Бұл жағдайда алынған жарақаттар аса ауыр болады, әсіресе құлаған қарт адам еденнен өздігімен тұра алмаған жағдайда. Жалғыз тұруы құлау нәтижесінің ауырлығымен қоса, құлау жиілігіне де әсер етеді. Бірақ, бұл әсер қарт және егде жастағы адамдардың тұрғын жайларының сипаттамасына да тікелей байланысты [12].

Қарт және егде жастағы адамдардың құлап жарақаттануына дәрілік препараттар, психотроптарды (антидепрессанттар, нейролептиктер, және тыныштандыратын дәрілер), гипертонияға қарсы дәрілерді (яғни, бета-блокаторлар, кальций блокаторлары, зәр айдағыш дәрілер) қабылдау әсері дәлелденген [13].

Талқылау. Құлау және оның нәтижесінен болатын жарақаттың алдын алу үшін арнайы шаралар қолдану қажет. Сол себептен құлаудың алдын алатын профилактикалық бағдарламалар қажет. Ол бағдарламалардың негізгі мақсаты қарттардың мінезін өзгертуге және қауіп факторларын азайтуға бағытталады. Денсаулық сақтау мен социальды көмек ұжымдарының қызметкерлері құлаудың алдын алу саласындағы шараларды бірлесіп атқаратын болса, қарт және егде жастағы адамдардың денсаулығын сақтаудағы стратегияның негізгі міндеттеріне айналдыра алады.

Қарт және егде жастағы адамдарға көмек көрсететін медициналық қызметкерлердің көп функцияларын анықтап алған жөн. Индивидуальді профилактикалық шаралардың нәтижелі болуы гериатрлар, физиотерапевттер және егде жастағы адамдардың құлау мәселесімен айналысатын адамдардың көмегінің өткізу мүмкін емес.

Қарт адамдарға дәрілерді тағайындауда, 2010 жылы жасалған Америкалық гериатрлары қоғамы және Ұлыбритания гериатрлары қоғамдары ұсынатын, қарт адамдар арасындағы құлаудың алдын алу: фармакотерапия аспектілері атты ұсыныстарымен танысуға болады.

Әдебиеттер:

1. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly person // New England journal of medicine.- 2003.- №348.-С. 42-49.
2. Bekibele C.O., Gureje O. Fall Incidence in a Population of Elderly Persons in Nigeria // Gerontology.- 2010.- 56.- С. 278–283.
3. Murphy SL. Deaths: final data for 1998 //Natl Vital Stat Rep.- 2000.- 48.- С.1–105.
4. World Health Organisation. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
5. Gillespie L, et al. Interventions for preventing falls in elderly people. (Cochrane Review) // The Cochrane Library.-2003.- С 3.
6. O'Loughlin J et al. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly//American Journal of epidemiology. – 1993.- 137-С.342-54
7. International Working Group. The prevention of falls in later life. // Danish medicalbulletin. - 1987. - 34,4 - С.1-24.
8. Tinetti ME. Factors associated with serious injury during falls by ambulatory nursing home residents //Journal of the American Geriatrics Society.- 1987.- 35- С.644-648.
9. Cumming RG, Klineberg RJ. Case-control study of risk factors for hip fractures in the elderly // American Journal of epidemiology .-1994.- 139. С. 493–503
10. World Health Organisation. Что может быть сделано для предотвращения травм среди детей и лиц старшего возраста? Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Октябрь 2004 г.
11. World Health Organisation. Проблема падений среди пожилых людей: что можно считать основными факторами риска и наиболее эффективными профилактическими мерами? Март 2004.

12. Wickham C et al. Muscle strength, activity, housing and the risk of falls in elderly people // Age and ageing. - 1989. - 18. С.47-51

13. Miriam T. Aschkenasy, Todd C. Rothenhaus Trauma and Falls in the Elderly // Emergency Medicine Clinics of North America. - 2006. - 24. С.413-432

14. Chu, L.W., Chi, I., Chiu, A.Y.Y., Incidence and predictors of falls in the Chinese elderly // Ann. Acad. Med. Singapore. - 2005. - 34. С. 60-72.

15. Rubenstein LZ et al. Preventing falls in older people: new advances and the development of clinical practice guidelines. // Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. - 2003. - 33C. 262-272.

Резюме

ТРАВМЫ В СЛЕДСТВИИ ПАДЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Т.А. Булегенов, А.С. Тлемисов

Государственный медицинский университет города Семей

Пожилые люди составляют возрастающую численность населения. По мере старения увеличивается риск получения травм в следствии падения. Падение способствует значительному росту смертности и заболеваемости среди пожилых. Профилактика падений имеет важное значение. Травмы в результате падения, могут приносить страдания пожилым людям, и требовать от государства значительных затрат на госпитализацию.

Ключевые слова: пожилые люди, падение, травмы.

Summary

FALL RELATED INJURIES AMONG ELDERLY

T.A. Bulegenov, A.S. Tlemisov

Semey State Medical University

The elderly are currently considered the growing age group of the population. As people grow older they are increasingly at risk of injuries related with falling. Falling promotes significant growth in a mortality, and a morbidity among the elderly. The prevention of falling is important because results of falling sufferings and suffering for elderly people and demand from the state of appreciable expenses for hospitalization.

Keywords: elderly people, fall, injuries

УДК 616-001.8-615.099.036.8 (574.4)

Е.О. Абдыкаримов

ГУ ВКФЦСМ Серебрянское городское отделение судебно-медицинской экспертизы, г. Серебрянск

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ В ГОРОДЕ СЕРЕБРЯНСК ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В статье представлен анализ насильственной смерти (механическая асфиксия) по городу Серебрянск за период с 2009 по 2012 годы.

Ключевые слова: механическая асфиксия, утопление, удушение.

Актуальность: Асфиксия - это острое нарушение газообмена в организме. Чаще всего, она происходит вследствие прекращения доступа кислорода или накопления в нем углекислого газа. В обоих случаях развивается кислородное голодание организма, приводящее, в конечном итоге, к смерти. Механическая асфиксия сопровождается острым расстройством легочного дыхания, нарушением кровообращения и функции ЦНС [1].

Актуальность проблемы заключается в том, что, по данным ВОЗ, каждый год кончают жизнь самоубийством 1000000 человек [2]. В нашей повседневной жизни мы часто сталкиваемся со случаями самоубийств, убийств и несчастных случаев. Мужчины и женщины в одинаковой степени подвергаются стрессу, однако мужчины более подвержены воздействию среды, вследствие чего, такие случаи среди мужского населения встречаются чаще [3]. С урбанизацией, сельские районы также не остались в стороне, что прослеживается с увеличением случаев механической асфиксии в этих районах [4]. Механическая асфиксия занимает одно из главных, среди причин насильственной смерти. В 67,4% случаев она является strangulation, в том числе 3,4% приходится на удав-

ление руками или петлей, то есть, фактически - на убийства [5].

Цель исследования: проанализировать смертность в результате механической асфиксии по данным городского отдела судебно-медицинской экспертизы за 2009-2012 гг.

Материалы и методы исследования: Дизайн исследования - поперечное ретроспективное описательное исследование. Проведен 4-летний ретроспективный анализ данных городского отдела судебно-медицинской экспертизы г.Серебрянск за 2009-2012 гг. Для анализа взяты следующие показатели: пол, возраст, вид механической асфиксии.

Результаты и обсуждение: Всего обработано 157 актов насильственной смерти по г. Серебрянск за указанный период, из которых 55 составили погибшие от механической асфиксии или 35% от общего числа погибших.

Среди погибших мужчин было 48 (87,3%) и женщин - 7 (12,7%). Распределение количества мужчин и женщин по годам представлено в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, в динамике лет имеется положительная динамика снижения погибших в результате механической асфиксии.

Средний возраст погибших составил $38,1 \pm 0,9$. Наиболее частым видом механической асфиксии явилась strangulation (повешение) 44 (80%) (рис. 1.)

Таблица 1.

Распределение количества мужчин и женщин в динамике.

Год	Всего	Мужчины (абс.число)	Женщины (абс.число)
2009	6	5	1
2010	10	9	1
2011	23	20	3
2012	16	14	2
Всего	55	48	7

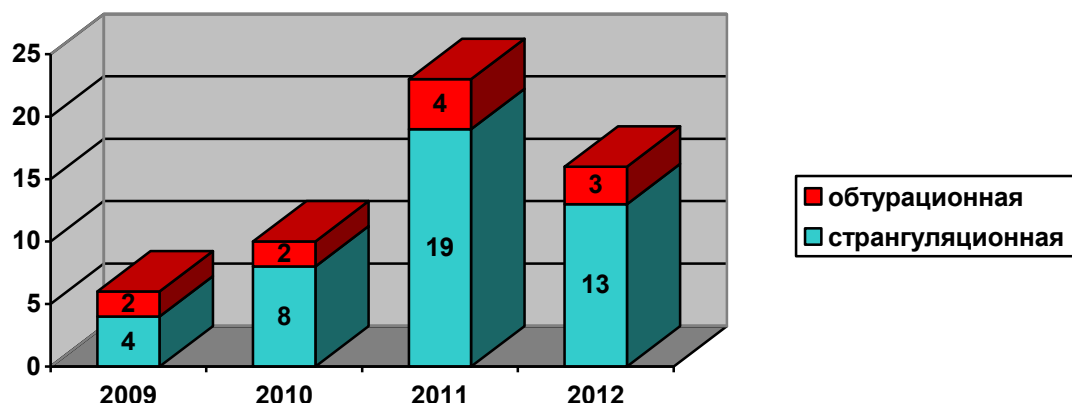


Рисунок 1. Распределение по видам механической асфиксии (абс. число).

Определение алкоголя в крови проводилось у 55 погибших (100%). Установлено, что 41 (74,5) % погибших находились в состоянии алкогольного опьянения. Местом суицида чаще всего является квартира. Самоубийства, путем повешения, чаще всего происходят в весенне-летний период, что объясняется, вероятнее всего, обострением депрессивных состояний. Среди умерших от утопления отмечается преобладание лиц мужского пола, как правило, трудоспособного возраста, в состоянии алкогольного опьянения средней или тяжелой степени. Смерть чаще всего наступает в водоемах открытой местности в летний период, что связано с купальным сезоном.

Выводы.

Проведен анализ смертности в результате механической асфиксии - в динамике наблюдается снижение механической асфиксии, среди погибших преобладают мужчины (87,3%) трудоспособного возраста, как правило, в состоянии легкого алкогольного опьянения, средний возраст которых около 38 лет.

Литература:

1. Богомолов Д.В. Судебно-медицинская оценка типа и темпа танатогенеза при некоторых видах смерти в условиях острой гипоксии / Д. В. Богомолов, Г. Г. Семенов, Г. К. Гусейнов, И. Н. Богомолова // Материалы итог. науч. конф. Рос. центра судеб.-мед. экспертизы, 17-18 нояб. 2005 г. - М., ИНФРА-М, 2006. - С. 167-174.
2. Parikh C.K. Parikh text book of medical jurisprudence forensic med and toxicology, 6th edition, CBS publishers New Delhi, 2002; 3.33-3.40.
3. Gargi J, Gorea RK, Chanana A, Mann G; violent asphyxial deaths - A six years study, Journal of Indian Academy of Forensic Med, 1992; 171-176.
4. Salacin S : An analysis of the medicolegal autopsies performed in Adana, Turkey, in 1983-1988, American Journal of Forensic Med and Pathology, 1991; 12 (3); 191-193.
5. Kulshrestha P, Sharma RK and Dogra TD : The study of sociological and demographical variables of unnatural deaths among young women within seven years of marriage, Journal of Punjab Academy of Forensic Medicine & Toxicology, 2002; 2:7-17.

Тұжырым

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ СЕРЕБРЯНСК ҚАЛАСЫНДАҒЫ АСФИКСИЯ НӘТИЖЕСІНДЕ ӨЛІМДІЛІГ САРАПТАМАСЫ

Е.О. Абдыкаримов

Мақалада Серебрянск қаласы бойынша 2009-2012 жылдар аралығындағы механикалық асфиксия нәтижесінде өлімділігі сараптамасы көрсетілген

Кілтті сөздер: механикалық асфиксия, тұншығу, суға бату.

Summary

MORTALITY ANALYSIS BY MECHANICAL ASPHYXIA IN SEREBRYANSK CITY EAST KAZAKHSTAN REGION

Ye.O. Abdykarimov

The analysis of violent death (asphyxia) in Serebryansk city during 2009-2011 is shown in the article

Key words: mechanical asphyxia, drowning, strangulation.

УДК 615.015.8-08-614.2

В.Н. Онгарова

КГКП «Наркологический диспансер», г. Семей

ОБЗОРНЫЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ГОРОДСКОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ГОРОДА СЕМЕЙ

Аннотация

Наркологический диспансер г.Семей проводит большую планомерную организационную работу по первичной профилактике болезней зависимости. Вместе с тем, что является необходимым создание казахстанских комплексных моделей профилактики. Обязательными компонентами, которой будут являться работа с семьей, школой для формирования антинаркотической личности с обязательным глубоким научным анализом определения их эффективности.

Ключевые слова: наркомании, организация здравоохранения, профилактика.

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что эффективность лечения наркотической зависимости в настоящее время далека от желаемой. Многие специалисты убеждены, что сегодня стоит вкладывать средства не столько в лечение, сколько в профилактику наркоманий [1].

Проблема профилактики злоупотребления психоактивными веществами до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем наркологии. Неуклонный рост наркотизации и алкоголизации населения всего мира свидетельствует о необходимости интенсивной разработки новых современных концепций, отвечающих требованиям времени и условиям социальной среды. [2].

Целью данного исследования являлось рассмотреть мировой опыт касательно данной темы в доступной нам литературе и сделать обзорный анализ организационных моментов первичной профилактики, осуществляемой наркологическим диспансером г. Семей.

Материалами для данного исследования послужили годовые отчеты о работе городского наркологического диспансера г. Семей за 2010 – 2012 годы.

Метод исследования - сравнительный анализ.

Профилактика зависимости от наркотических средств и психотропных веществ представляет собой стратегию, направленные либо на снижение влияния факторов риска заболевания наркоманией, токсикоманией или алкоголизмом, либо на усиление действия факторов, которые понижают восприимчивость к этим болезням. [2].

Говорят о первичной профилактике для тех, кто не употребляет наркотики.

Основные стратегии профилактического воздействия, осуществляемые Семейским Наркологическим диспансером:

1. Профилактика, основанная на работе с группами риска, осуществляемая совместно с полицейским отделением по работе с несовершеннолетними.

2. Профилактика, основанная на работе в школе, проводимая совместно с классными руководителями, школьными психологами, завучами по воспитательной работе.

3. Профилактика в организованных группах молодежи в ВУЗах, колледжах, осуществляемая совместно с деканатами и проректорами по воспитательной работе.

4. Профилактика с помощью средств массовой информации.

5. Краткосрочные профилактические акции, проводимые на общегородском уровне совместно с центром ЗОЖ.

К сожалению, мало вводится работы на таких направлениях как профилактика, основанная на работе с семьей, систематическая подготовка специалистов в области профилактики- психологов, социальных работников, волонтеров, массовая мотивационная профилактическая активность.

Следует отметить что в зависимости от времени воздействия все 3 категории: постоянно действующие, систематически действующие, периодически действующие проводятся в условиях наркологического диспансера г.Семей.

Из постоянно действующих программ можно отметить регулярные профилактические занятия с детьми, подростками и молодежью на базе определенных школ, лицеев, колледжей, ВУЗов.

Систематические программы: несколько раз в год проводятся выступления по телевидению, радио, выходят статьи в газетах областного и городского уровня.

Из периодически действующих программ проводимых наркологическим диспансером является: проведение мотивационных акций, заставляющих задуматься о здоровом образе жизни.

В мировой литературе описаны различные подходы, которые частично осуществляются и в нашей стране и представляют, безусловно, как теоретический, так и практический интерес.

- 1) Подход, основанный на распространение информации о наркотиках.

Данный подход в нашей стране является наиболее распространенным типом профилактических стратегий, базирующихся на предоставлении частичной информации о наркотиках, их вредности и негативных последствиях употребления [3].

Имеется в виду, что повышение качества знаний об употреблении психоактивных веществ и его последствиях будет эффективным для изменения поведения.

Вариантами этого подхода является: стратегия запугивания, вызывания страха, цель, которой – предоставить устрашающую информацию, описывая неприглядные и опасные стороны употребления наркотиков, предоставления информации об изменениях личности, наблюдающихся у людей употребляющих наркотики, и о проблемах, с этим связанных, а также статистических данных о распространенности наркоманий.

Большинство этих программ не включают в себя задач, направленных на реальное изменение поведение [4] недостаточно интенсивны и краткосрочны.

В отечественной наркологии данный подход представлен методами санитарного просвещения.

Зарубежные специалисты оценивают эффективность такого санитарного просвещения как низкую [2,3,4,7,10].

2) Подход, основанный на эмоциональном обучении.

Этот подход концентрируется на ощущениях, переживаниях индивида, его навыках их распознавать и управлять ими [4,8]. Зависимость от наркотиков чаще развивается у личностей, имеющих трудности в определении и выражении эмоций, выявляющих личностные факторы риска – низкую самооценку, слаборазвитые навыки принятия решений. В рамках этой концепции выделяются следующие цели: повышение самооценки; определение значимых личностных ценностей; развитие навыков распознавания и выражения эмоций, принятия решений; формирование способности справляться со стрессом. Основная часть данной модели стала центральным компонентом популярных в настоящее время программ развития жизненных навыков [6].

Весьма важный и эффективный подход, который входит во многие зарубежные программы и не получивший широкого распространения у нас.

3) Подход, основанный на роли социальных факторов.

Влияние сверстников и семьи играет важную роль в этом процессе, способствуя или препятствуя началу наркотизации. Данный подход базируется на теории социального научения А. Бандуров [4,10]

По литературным данным этот подход является относительно успешным.

В нашей Республике он также не получил широкого распространения.

4) Подход, основанный на формировании жизненных навыков.

Впервые программа развития жизненных навыков была разработана Д. Ботвиным; цель ее заключалась в повышении у подростков устойчивости к различным социальным влияниям, в том числе и к употреблению наркотиков, в повышении индивидуальной компетентности путем обучения личностным и социальным навыкам. В настоящее время также программы широко распространены в США и странах Западной Европы и охватывают, в основном, три области: информация и социальная устойчивость; развитие ряда личностных и поведенческих навыков; обучение различным социальным навыкам (навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, отказа, отстаивание своей позиции) [8,10].

Реализация данного подхода в российской практике привела к созданию на основе базовых программ Life Skills International пособия по первичной профилактике зависимостей для общеобразовательной школы, внедрению в нескольких школах Москвы адаптированных программ антинаркотического обучения. По сравнению с другими подходами модель программ развития жизненных навыков оценивается исследователями как имеющая шансы быть успешной, однако социально-психологические и культуральные особенности требуют поисков более углубленного профилактического подхода. [6].

5) Подход, основанный на альтернативной потреблению наркотиков деятельности.

Впервые концепция поведенческой альтернативы наркотизации была сформирована в США в 1972 году Дохнером (цит. по Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1996) и базировалась на следующих позициях психологическая зависимость от наркотиков является результатом ее заместительного эффекта, люди не прекращают использование психоактивных веществ, улучшающих

настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия, до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее, альтернативы наркотизации являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту.

В Германии подобное направление было развито Силберейском и сотрудниками (цит. по Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 1996).

Результаты внедрения этих программ не свидетельствуют о явных успехах или неудачах. Данные программы особенно эффективны для групп высокого риска аддиктивного и других форм отклоняющегося поведения.

6) Подход, основанный на укреплении здоровья эта стратегия в сжатом виде выражается фразой: «Делать здоровый выбор максимально доступным». (EMCDDA Scientiti с Monograph Series № 2; 1998; WHO Regional Office for Europe Copenhagen, 2000).

Основной целью программы укрепления здоровья является развитие здоровой личности, проявляющей здоровый жизненный стиль, в котором поведение человека рассматривается, не изолировано, а вместе с социальной сетью личности [7]. Действия на ее основе рассчитаны на длительный позитивный эффект в результате усиления личностных ресурсов и готовности людей использовать их.

7) Интегративный подход. Данный подход представляет собой варианты комбинаций профилактических стратегий, применяющихся для реализации выше перечисленных подходов [10,2].

По литературным данным, на сегодняшний момент, имеющиеся современные подходы по профилактике среди детей, подростков, молодежи показывает их недостаточную эффективность. Необходима разработка новых концептуальных ее основ.

Заключение

Следует отметить, что сравнение организации профилактической работы наркологического диспансера г. Семей оценивалось в большей степени в сравнении с Российской Федерацией, так как на постсоветском пространстве существуют организации наркологической помощи, в отличие от большинства зарубежных стран как Запада, так и Востока ввиду этого, первичной профилактикой занимаются там общественные организации, социальные работники, волонтеры.

Описанные зарубежные превентивные модели используются на практике, как в Российской Федерации [2], так и в Казахстане, как показывает проведенное исследование. Однако, существующие культурные, этнические и социально-психологические различия между странами могут создавать определенные трудности при решении задачи их успешной адаптации в условиях нашей Республики.

Необходима разработка отечественной методологии профилактики.

Выводы:

1. Наркологическим диспансером г. Семей проводится большая планомерная регулярная работа по первичной профилактике болезней зависимости.

2. Необходима разработка отечественных комплексных программ первичной профилактики с большим акцентом на семью и школу. Комплексные, современные программы по первичной профилактике, должны быть направлены на формирование жизненных навыков и формирование устойчивой к наркотикам личности.

3. Успешное проведение работы по первичной профилактике будет обеспечено интегрированной работой различных социальных институтов.

Литература:

1. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатические аспекты). – М.: МЕДпресс –информ, 2003 – 328с.
2. Руководство по наркологии /под редакцией Н.Н. Иванца/ - М.: НД Мед. практика – М, 2002, 504с
3. Володин В.Д., Иванец Н.Н., Пелипас В.Е. Профилактика наркомании // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. – 1999.- №1 - .с.3-7
4. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков // Вопросы наркологии – 1996, №3 – с.91-97.
5. Петракова Т.И. Руководство по профилактике наркоманий среди детей и подростков. М.: НИИ наркологии МЗ РФ – 2000 – 170с.
6. Романова О.Л. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей // Вопросы наркологии. – 1997 – №2 – С. 67-75
7. Moskowitz J.M. The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. Monograph of Prevention Research Center. – Calif Berkeley – 1981 – 61p.
8. Botvin G.J. Preventing Drug Abuse in school: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual. Level Etiological Factors|| Addictive Behaviors-2000. - Vol.25 – P. 887-897
9. Цетлин М.Г., Кошкина Е.А., Шамота А.З., Надеждин А.В. Состояние наркологической службы помощи несовершеннолетним в Российской Федерации и предложения по ее совершенствованию // Вопросы наркологии – 1997 - №4 – С. 31-39.
10. Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е. Основные направления работы в сфере первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации // «Вопросы наркологии» - 2001 - №1 – С. 71-76

ТҰЖЫРЫМ**СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ДИСПАНСЕРІНІҢ АЛҒАШҚЫ АЛДЫН АЛУ ЖҰМЫСТАРЫН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ШОЛУ АНАЛИЗІ****В.Н. Оңғарова****Семей қаласының наркологиялық диспансері**

Семей қаласының наркологиялық диспансері тәуелділік ауруларының алғашқы алдын алу бойынша кең көлемді жоспарлы ұйымдастырушылық жұмыстарын жүргізеді. Сонымен бірге, алдын алудың қазақстандық кешенді үлгілерін құру қажет болып табылады. Нашарлыққа қарсы жеке тұлғаны қалыптастыру және олардың тиімділігін анықтау үшін терең ғылыми анализ жасаумен бірге, отбасымен, мектеппен жұмыс жасау міндетті құрамдас бөлік болып табылады.

Негізгі сөздер: нашарлық, денсаулық сақтау ұйымы, алдын алу.

Summary**REVIEW OF THE ORGANIZATION OF PRIMARY PREVENTION SEMEY NARCOLOGICAL DISPENSARY****V.N. Ongarova****Narcological dispensary Semei city**

Narcological dispensary Semei city spends most systematic work on Primary Prevention of dependence. However, is it necessary to create national complex models prevention. Essential components of which will be working with the family, the school, for the creating an established Drugs personality with mandatory deep scientific analysis to determine their effectiveness.

Key words: drug addiction, healthcare, prevention.

УДК 616.8-085.851**А.А. Алмагамбетова****КГКП «Центр психического здоровья», г.Семей****КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ****Аннотация**

Данное исследование посвящено изучению эффективности комплексного подхода к лечению пограничных нервно-психических расстройств. Обследовано 50 пациентов, из них женщин - 39(78%), мужчин было 11 человек (22%), которые наблюдались в динамике в ходе лечения. Был применен принцип дифференцированного, поэтапного, комплексного подхода к лечению больных с неврозами. Разработанная программа комплексного подхода к терапии больных с пограничными нервно-психическими расстройствами состояла из пяти этапов: диагностического, активизирующего, реконструктивного, тренирующего и поддерживающего. При комплексном лечении основное внимание уделялось изучению и перестройке личности больного, его системы ценностей, взаимоотношений с внешним миром, восстановлению полноценности его социального функционирования.

Ключевые слова: метод психотерапии, принцип дифференцированного, поэтапного, комплексного подхода к лечению больных с пограничными нервно-психическими расстройствами.

Актуальность темы. Проблема лечения пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами

является наиболее актуальной в современной психиатрии.

В эпидемиологических исследованиях последних лет отмечается тенденция к росту пограничных нервно-психических заболеваний. 70-80% пациентов общеврачебной сети имеют чисто психологические проблемы или относятся к пограничным пациентам. По данным ВОЗ от 30 до 40 % пациентов, обращающихся к врачам-интернистам, нуждаются не в терапевтической, а в психотерапевтической помощи. По прогнозам ВОЗ (1999) количество таких пациентов к 2020 году возрастет вдвое. В целом, в каждый момент времени психогенные симптомы обнаруживаются у 50% (!) населения. В течение жизни с ними сталкивается 80-95% людей [1].

Изменения в социальной жизни нашей страны, нестабильность положения и неуверенность в завтрашнем дне увеличивают количество пограничных психических расстройств среди населения. Современный патоморфоз неврозов с усложнением их клинической картины, увеличения удельного веса затяжных и хронических форм, все более возрастающее количество больных неврозами, определяет современную стратегию и тактику оказания помощи таким больным [2].

Цель исследования.

Изучение эффективности комплексного подхода к лечению пограничных нервно - психических расстройств, с учетом пяти этапов разработанной психотерапевтической программы, анализ клинических расстройств этих нарушений.

Материалы и методы исследования.

В данном исследовании представлены результаты изучения выборки больных, за период с 2010 по 2012 год как самостоятельно, обратившихся пациентов, так и направленных врачами семейных амбулаторий, а также психиатрами.

Всего под наблюдением находилось 50 больных, из них женщин – 39 (78%), мужчин было 11 человек (22%). По возрасту, больные распределялись следующим образом: от 20 до 30 лет – 10 (20%), от 31 до 40 лет – 15 человек (30%), от 41 до 50 и старше – 25 (50%). По давности заболевания: до года – 10 больных (20%), до трех лет – 23 больных (46%), от трех лет и выше – 17 (34%).

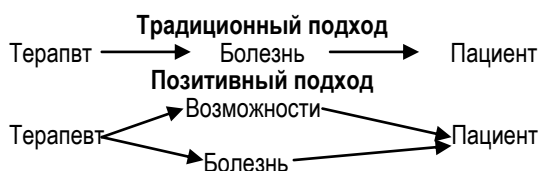
Проводимая психотерапия, удовлетворяла практически любые запросы обращающихся за помощью пациентов.

Это обеспечивало в полном объеме оказание квалифицированного и комплексного лечения невротических и невротоподобных расстройств.

Был применен принцип дифференцированного, поэтапного, комплексного подхода к лечению больных с пограничными нервно-психическими расстройствами [5].

Этот подход осуществлялся с использованием эффективных психотерапевтических методов лечения и психологической коррекции, психофармакотерапии.

Реализация психотерапевтической программы осуществлялась дифференцированно к каждому конкретному пациенту, что позволяло воплотить в жизнь основной постулат врачевания: «Лечить не болезнь, а больного». Так в традиционной медицине между врачом и больным на переднем плане стоит лишь болезнь пациента, а в позитивной психотерапии между врачом и больным находятся способности пациента, особенно, способность снова стать здоровым, справиться с болезнью [3].



Сотрудничество врачей смежных специальностей значительно повышает эффективность лечения и сокращает его сроки.

При комплексном лечении основное внимание уделялось изучению и перестройке личности больного, его системы ценностей, взаимоотношений с внешним миром, восстановлению полноценности его социального функционирования.

Психотерапевтическая помощь, строилась по принципу этапности.

Разработанная программа комплексного подхода к терапии больных с пограничными нервно-психическими расстройствами состояла из пяти этапов: диагностического, активизирующего, реконструктивного, тренирующего и поддерживающего.

На первом, диагностическом этапе устанавливался контакт с больными, выяснялись и уточнялись его переживания, особенности социального окружения, семейные отношения, личностные особенности, способствующие возникновению психического расстройства и являющиеся резервом для адаптации пациента.

Основными психотерапевтическими методами первого этапа являлись разъяснительная (рациональная) психотерапия, позитивная терапия и гипносуггестивная психотерапия.

Рациональная психотерапия применялась в тех случаях, когда у больного уже сформировались неправильные представления о возникновении и течении болезни. В процессе бесед с пациентом выстраивалось правильное логическое понимание причинно-следственных связей возникновения и протекания его болезни, что позволяло непосредственно воздействовать на мир представлений пациента путем убеждения и переориентации рассматривалось как лечение информацией, на основе которой возникали новые установки на будущее.

В результате проведенной психотерапии исчезал «дефицит информации», а у пациента появлялось понимание происхождения болезни, происходила мобилизация скрытых ресурсов пациента на преодоление своего недуга, снижался уровень напряжения, что позволяло более рационально строить свои жизненные планы, укреплялась вера во врача. Происходила оптимизация «внутренней картины болезни», особенно ее эмоциональной и интеллектуальной частей.

Позитивная психотерапия проводилась каждому пациенту, которая основывалась на трех положениях: позитивном подходе, содержательном анализе, пятиступенчатой терапии. Центральную роль в позитивной психотерапии играли - использование историй, мудрых высказываний, пословиц, рассказанные в нужное время, имели большую терапевтическую роль [4].

Гипносуггестивная психотерапия на этом этапе проводилась с целью внушения, смягчения аффективных переживаний (тревоги, страха), улучшения общего состояния и настроения.

На втором, активизирующем этапе лечение было направлено на устранение основных проявлений пограничного психического расстройства. Большой удельный вес здесь занимали методы психической саморегуляции с целью выработки основных приемов реагирования на болезненную симптоматику и связанную с ней психотравмирующую ситуацию. Кроме этого широко использовались следующие психотерапевтические методики: групповая психотерапия, гештальттерапия, арттерапия, музыкотерапия и др.

Основной задачей **третьего, реконструктивного этапа** являлось разрешение внутриличностных конфликтов, коррекция уровней притязаний больного и

изменение болезненно сложившейся системы взаимоотношений в рамках личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. [6].

Реконструкция отношений личности - это главная и отличительная цель реконструктивной психотерапии. Достижение этой цели вело не только к устранению невротической симптоматики, но и к развитию новых, зрелых форм восприятия, переживаний и поведения пациента. В ходе реконструкции нарушенных отношений больного происходило 2 процесса: коррекция неадаптивных позиций и выработка новых, более реалистичных, проверяющихся вначале в условиях терапевтической среды, а затем – во внелечебных ситуациях реальной жизни пациента.

На третьем этапе лечения активировались интеграционные процессы личности, социальная адаптация.

На четвертом, тренировочном этапе применялись функциональные тренировки, телесно-ориентированная психотерапия, танце-двигательная психотерапия и др.

Пациенты овладевали навыками аутогенной тренировки, использовали приемы релаксации и визуализации, прогрессивной мышечной релаксацией по Jacobson и другими техниками снятия стресса, т.е. активно участвовали в преодолении своего болезненного состояния. Метод аутогенной тренировки применялся чаще при неврастении, нейровегетативных и нейросоматических синдромах, при нарушениях сна, особенно засыпания и т. д.

Телесно-ориентированная психотерапия проводилась в сочетании со свободным дыханием. Дыхание является важной телесной функцией. В сеансе участвовали все желающие больные. Они проявляли к этой методике повышенный интерес, в частности, отмечали, что испытывают необычно приятные ощущения в мышцах во время движения тела. Характерны их типичные ответы: «мое тело движется само, а я двигаюсь за ним вслед, ощущаю необычную физическую силу и гибкость». Больные отмечали, что «ощущения и достижения» от методики телесно-ориентированной психотерапии доставляли мышечную радость, позволяли снизить хроническое напряжение определенных групп мышц, что вызывало высвобождение негативных эмоций [7].

После каждого психотерапевтического сеанса проводилось групповое обсуждение результатов, анализировались индивидуальные ощущения, переживания, достижения, поощрялись наиболее отличившиеся в сеансах больные. Вновь поступившие больные после клинического обследования, включались в группы, наиболее «опытные» больные, т.е. хорошо освоившие методы психотерапии являются для них фактором «стимула».

И, наконец, **на пятом, поддерживающем** этапе лечения больные самостоятельно занимались методами психической саморегуляции, составляли самоотчет, выполняли рекомендации по адекватному двигательному режиму, встречались с врачом один раз в месяц, затем один раз в два месяца, один раз в три месяца, полгода, год.

Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 50 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение.

Результаты и обсуждение. Составлялись индивидуальные лечебно-реабилитационные программы каждому пациенту, направленные на восстановление и поддержание гармоничного состояния внутренней среды организма во взаимодействии с внешней средой.

Разработка индивидуальных лечебно-реабилитационных программ позволила осуществить комплексность лечебных воздействий и их этапность уже при первичном обращении пациента.

Индивидуальное применение психотерапевтических методик (гештальттерапия, телесно-ориентированная терапия, позитивная терапия и др.) в сочетании с сопровождающейся музыкотерапией и ароматерапией приводило к активизации внутренних ресурсов организма, снижению эмоционального напряжения, и к осознанному построению пациентом индивидуального плана преодоления своего болезненного состояния, формированию уверенности в выздоровлении и открытию новых возможностей управлять своим организмом.

Таким образом, при лечении невротозов для пациентов создавалось так называемое «психотерапевтическое поле».

Для каждого больного был разработан индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медицинских, психологических и реабилитационных мероприятий (индивидуальная, семейная, групповая психотерапия, терапия средой и др.). Психосоциальный аспект лечебно-реабилитационной программы разрабатывался с учетом клинических данных.

Поведенческие методы, включенные в систему личностно-ориентированной психотерапии, весьма результативны при лечении, прежде всего, обсессивно-фобических расстройств, в особенности изолированных невротических монофобий. Методы угашения страха в патогенной ситуации с помощью специально разработанной системы функциональных тренировок оказываются эффективными в комплексе лечебно-восстановительных воздействий у больных невротозом навязчивых состояний даже при его затяжном, неблагоприятном течении. Больным невротозами рекомендовалось преодолеть режим самоограничений, расширить круг деятельности и интересов и эффективнее включаться в активный двигательный режим [6].

Содержательная сторона проводимых психотерапевтических, и развивающих мероприятий (конкретные методические элементы индивидуальной психотерапевтической программы) определялись спецификой клинического состояния пациента, а также механизмами (патогенетическими, психологическими и др.), обуславливающими возникновение и развитие заболевания, особенностями социальной адаптации больного и его социального функционирования. [2]

Наряду с психотерапевтическим лечением (как основным), при необходимости использовалась и медикаментозное лечение (как вспомогательное) в форме симптоматического.

Использование психотропных средств на этом этапе необходимо для проведения общеукрепляющей терапии, снижения эмоционального напряжения, нормализация сна. С этой целью применялись препараты, обладающие минимальными побочными эффектами: транквилизаторы, легкие антидепрессанты, ноотропы. Препараты использовались в небольших терапевтических дозах, как правило, короткими курсами. Кроме того применялись фито- препараты различной направленности (седативные, общеукрепляющие, стимулирующие).

Психотерапия и реабилитация проводилась с учетом клинического состояния пациента, особенностей личности пациента.

Исследование роли психогенного фактора обнаружало, что у всех больных психотравмирующие воздействия являлись как острыми; так и затяжными, трудно разрешимыми. Наиболее значимыми из конфликтов являлись: супружеские и производственные – 21,3% и

23,7% и межличностные в 20,6%, внутриличностные, конфликты из-за бытовых условий (34,4%).

Выявленные невротические состояния располагались в следующей последовательности: 1) депрессивные расстройства 15 пациентов (30%); 2) тревожно-фобические расстройства - 11 пациентов (22%); 3) - неврастений 9 пациентов (18%); 4) диссоциативные расстройства - 3 пациента или 6%; 5) ипохондрические - 7 пациентов или 14%; 6) обсессивные расстройства 5 пациентов или 10%.

Оценка эффективности проведенных ранних реабилитационных мероприятий показала, что наиболее полное восстановление социального и трудового статусов достигнуто при неврастении, далее при депрессивном расстройстве и в меньшей степени при обсессивно-фобическом расстройстве.

Таким образом, цель организованной, дифференцированной, комплексной, психотерапевтической помощи населению достигнута. У больных, проходивших психотерапию по сравнению с контрольной группой (50 пациентов, получавшие только медикаментозную терапию) быстрее наступало выздоровление (улучшение) (степень редукции клинических проявлений); гармонизация личности (степень редукции клинических проявлений); совершенствование возможностей самореализации, повышение качества жизни. Статистическая обработка результатов лечения, показала, что у 64% больных наступило выздоровление, значительное улучшение — у 32% и лишь у 4% больных состояние не изменилось.

Выводы:

1. Изложенные данные указывают на эффективность комплексного психотерапевтического воздействия на личность, что соответствует концепции целостного подхода. Такое направление является перспективным для психотерапии настоящего и будущего.

2. Комплексное, комбинированное лечение должно строиться с учетом этапа заболевания и обязательно включать современные психотерапевтические методики.

3. Комплексность психотерапевтических методов влияет на положительную клиническую динамику, исчезновение или значительное уменьшение интенсивности жалоб, мобилизация скрытых ресурсов пациента.

4. В результате применения дифференцированной, комплексной психотерапии наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентов снижался уровень напряжения, что позволяло более рационально строить свои жизненные планы. Происходила оптимизация «внутренней картины болезни», особенно ее эмоциональной и интеллектуальной частей.

Литература:

1. Абабков В.А. Неврозы / В.А. Абабков. СПб. 2002. - 160 с.
2. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1990. - 573 с.
3. Пезешкиан Н. Основы позитивной психотерапии. - Архангельск: Издательство Архангельского медицинского института, 1993- 116 с.
4. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва «Медицина» - 1996. - 463 с.
5. Сгибов В.Н. Комплексная терапия невротических расстройств в негосударственном учреждении здравоохранения «Научно-практический центр «Психотерапия» // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии: сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием, 3-4 февраля 2011 г. - СПб. 2011. - С. 193-194.
6. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - Москва «Медицина» - 1985. - 304 с.
7. Лоуэн А. Радость. (Перевод с англ. Е.Г. Гендель). Минск О.О.О. «Попурри» - 1999. - 464 с.

Тұжырым

ШЕКАРАЛЫҚ ЖҮЙКЕ-ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІ

А. А. Алмағамбетова

КМҚК “Семей қаласының психикалық салауаттылық орталығы”

Берілген зерттеу шекаралық жүйке-психикалық бұзылыстардың кешенді емін тиімділігіне арналған. Емдеу барысында 50 пациент тексеріліп, оның ішінде әйелдер - 39 (78%), ерлер 11 (22%) адамды құрады. Неврозы бар науқастар емінде ажырату, кезеңділік, кешенді принциптері қолданылды. Шекаралық жүйке-психикалық бұзылыстардың кешенді емін бағдарламасы 5 кезеңділіктен диагностикалық, белсенді, реконструкциялық, жаттықтыратын және сүйемелдейтін тиімділіктерден тұрады. Кешенді емдеуде негізгі мақсат науқастың жекебас ерекшеліктерін зерттеп, оның жеке тұлғасына, құндылық жүйесіне, сырт әлеммен қатынасына, әлеуметтік функциялық толыққанды құндылығының қалыпқа келуіне назар аударылған.

Негізгі сөздер: психотерапия әдісі; шекаралық жүйке-психикалық бұзылыстары бар науқастардың ажырату және кезеңді принциптеріне негізделген кешенді емі.

Summary

COMPLEX APPROACH TO BORDER NEURO - PSYCHIC DISORDERS TREATMENT

A.A. Almagambetova

OSCC "Mental health centers" of Semey city

This study inscribes the effectiveness of an integrated approach to the treatment of borderline neuro-psychiatric disorders. 50 patients had examined, in which women - 39 (78%), men - 11 persons (22%) were observed in dynamic of treatment. We applied the principle of differential, incremental, integrated approach to the treatment of patients with neuroses. Designed program of a comprehensive approach to treatment of patients with borderline neuro-psychiatric disorders consisted of five phases: diagnostic, activating, reconstructive, train and maintain. The complex treatment focused on the study and reconstruction of the patient's personality, his system of values, the relationship with the outside world, restoring full of his social functioning.

Keywords: method of psychotherapy, the principle of differential, incremental, integrated approach to the treatment of patients with borderline neuro-psychiatric disorders.

УДК 616.8-085.851 – 616.34 – 002

А.А. Алмагамбетова, Р.М. Байжуманова, М.Г. Раимова, Г.К. Бураханова

КГКП «Центр психического здоровья», г. Семей,
КГКП «Психиатрическая больница», п. Шульбинск

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Аннотация

Данное исследование посвящено изучению эффективности психотерапии у больных с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Обследовано 25 пациентов с СРК (20 жен, и 5 муж.), которые наблюдались в динамике в ходе психотерапевтического лечения. Терапия строилась с учетом стадии течения заболевания и личностных особенностей. На ранних этапах СРК основной задачей психотерапии являлось психологическое разрешение основного конфликта, вызвавшего заболевание. В дальнейшем психотерапевтические усилия направлялись, как на лечение имеющихся психических расстройств, так и на облегчение соматического состояния, коррекцию масштаба переживаний болезни, и комплексную реабилитацию пациентов. Исследование показало необходимость добавления к традиционным, ранее уже применяемым психотерапевтическим техникам при СРК современных методик (НЛП, эриксоновского гипноза, краткосрочной позитивной терапии, транзактного анализа, и др.), повышающих эффективность лечения.

Ключевые слова: Синдром раздраженного кишечника, психотерапия, позитивная терапия, комплексная реабилитация, пациентов, функциональное расстройство желудочно - кишечного тракта.

Актуальность

Актуальность изучения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и, в частности, синдрома раздраженного кишечника (СРК) определяется большой распространенностью данного заболевания, составляющей в большинстве стран мира от 9 до 48% среди всего населения [1].

В США более 20 млн взрослых жителей имеют симптомы этого заболевания. В общей структуре гастроэнтерологической патологии в этой стране СРК занимает 1-е место и составляет 28% всех случаев обращения к гастроэнтерологам. Около 12% пациентов, обращающихся за помощью к врачу общей практики, предъявляют жалобы, характерные для СРК [2]. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и, в первую очередь, синдром раздраженной толстой кишки (СРТК), относятся к одной из наиболее распространенных форм психосоматических расстройств [Смуглевич А.Б. с соавт. 1998]. По современным оценкам, распространенность СРТК в населении достигает 20% на протяжении жизни. Размах показателей распространенности объясняется тем, что две трети лиц, испытывающих симптомы СРК, к врачам не обращаются и только треть больных ищет помощи у врача. Социальный и культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости населения по поводу заболевания. Результаты многочисленных исследований достоверно свидетельствуют о высокой частоте (от 54 до 100%) и значительном полиморфизме психических расстройств у больных с СРТК [Kellow J.E. с соавт., 1992; Lydiard R.B., 1994 и др.][3].

Психопатологические проявления СРТК включают невротические – истеро-ипохондрические, тревожно-фобические [Lydiard R.B., 1994; Liss J.L. с соавт., 1973], депрессивно-тревожные [Fava G.A., Pavan L., 1976; Wender P.H., Calm M., 1983], патохарактерологические расстройства [Мариллов В.В., 1995]. Однако клинические проявления психических расстройств, а также разработка адекватных методов терапии остаются предметом дальнейших исследований [4].

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство кишечника, при котором

боль или неприятные ощущения (дискомфорт) в животе связаны с дефекацией, изменениями частоты и характера стула или другими признаками нарушения опорожнения кишечника, это – способность реагировать на перегрузки и конфликты своим кишечником и избавляться от них тем же способом, что и от пищи. Пищеварение означает также способность выводить из организма ненужные вещества; символическая попытка избавиться от чего-то, что не имеет большой ценности для больного, что несет опасность и тревогу (что-то, что нельзя «переварить») [5]. В позитивной психотерапии применяются поговорки и народная мудрость: дрожать от страха; получить нагоняй; раздаться с чем-либо; отпустить на все четыре стороны; лучше пустой кишечник, чем усталые руки; дрейфить; точность – вежливость королей; порядок – это половина жизни; без труда не вытащишь и рыбки из пруда.

Цель исследования.

Изучение эффективности комплексного психотерапевтического воздействия на пациентов с СРК, с учетом стадии течения заболевания и личностных особенностей.

Материалы и методы исследования.

В данном исследовании представлены результаты изучения выборки больных, сформированной за период с 2010 по 2012 год, как самостоятельно, обратившихся пациентов, так и направленных врачами семейных амбулаторий, а также гастроэнтерологами клиник. У всех обследованных диагноз СРК был поставлен врачами гастроэнтерологами после исключения органической патологии ЖКТ. Всего под наблюдением находилось 25 больных, из них женщин – 20(80%), мужчин было 5 человек (20%). По возрасту, больные распределялись следующим образом: от 21 до 30 лет – 12 (48%), от 31 до 40 лет – 9 человек (36%), от 41 до 50 и старше – 4 (16%). По давности заболевания: до года – 3 больных (12%), до пяти лет – 8 больных (32%), от пяти лет и выше – 14 (56%).

Клиника складывалась из расстройств стула, болей в животе, метеоризма, и различных психических нарушений пограничного уровня [2,4]. Для страдающих СРК характерны симптомы тревожной депрессии, ипо-

хондрическая фиксация на самочувствии, канцерофобии. Длительное течение заболевания приводило к стойким патохарактерологическим изменениям, выражающимся в различных вариантах психосоматического развития личности [3]. Толстая кишка дифференцированно реагирует на эмоционально- стрессовые ситуации. Депрессивные тенденции приводят к снижению функции толстой кишки, страх перед агрессивными проявлениями – к повышению функции. У больных в самом начале заболевания обнаруживались типичные особенности личности: точность, пунктуальность, чувство долга, трудолюбие, деятельность, обязательность, справедливость, вежливость [5]. По преобладающей психопатологической картине были выделены различные варианты синдрома раздраженной кишки: меланхолический 3 (12%), депрессивно-тревожный 7 (28%), истеро-ипохондрический 5 (20%), тревожно-фобический 10 (40%) [4]. При построении тактики терапии учитывались ведущий психопатологический синдром, особенности личности пациентов, этап течения заболевания. Мишенями психотерапии при различных вариантах СРК являлись: характерная для всех вариантов течения заболевания патологическая тревога, депрессивные расстройства, ипохондрическая направленность переживаний, разнообразные фобии (в первую очередь канцерофобии). Важным моментом терапии данной категории больных также являлась ее направленность на ресоциализацию пациентов, т.к. хроническое течение СРК приводило к выработке определенных социальных ограничений, избегающему поведению, формированию отчетливой социально-психологической позиции самоизоляции. СРК приводил к значительному снижению качества жизни больных. Для анализа исследования была взята контрольная группа, состоящая из 25 пациентов с аналогичными характеристиками основного заболевания. Контрольной группой оказывались пациенты, которые в силу субъективных причин отказывались принимать участие в работе группы, но получали медикаментозное лечение, ЛФК, диету и др.

Результаты и обсуждение.

На выбор терапевтических техник влияла необходимость достижения быстрого положительного эффекта уже с первых занятий (для укрепления мотивации больных на продолжение психотерапии). Именно поэтому на амбулаторном этапе лечения предпочтением отдавалось техникам краткосрочной психотерапии, которые были сфокусированы на быстрое решение проблем и изменение состояния. К ним относились в первую очередь релаксационные техники, а также краткосрочная позитивная психотерапия, НЛП, некоторые техники гештальттерапии, эриксоновская терапия с применением ресурсных трансов. На этапе поддерживающего лечения, либо при запросах больных на более глубокую работу использовались техники психоаналитической направленности и личностного роста. Применение различных релаксирующих методик, «абдоминального варианта» аутотренинга практически при всех вариантах СРК уменьшало внутреннее напряжение и тревогу, что опосредованно благоприятно сказывалось на деятельности желудочно-кишечного тракта и общем самочувствии пациентов. В то же время только с помощью этих методов не удавалось разрешить многие межличностные и внутриличностные конфликты, явившиеся как пусковым моментом заболевания, так и способствующие его хронизации. Дополнительное включение в терапию тран-

зактного анализа, поведенческой терапии, дыхательных практик, телесно-ориентированной и других современных психотерапевтических техник помогало решить многие проблемы и конфликты, осознать психологические «выигрыши» от болезни, укрепить веру в способность пациентов справиться со своими трудностями и проявлениями болезни, а также научить пациентов самостоятельно принимать позитивные решения, перестать «прятаться за болезнь», отказаться от привычной роли «слабых и беспомощных». Тактика психотерапии строилась с учетом этапа заболевания. На начальных этапах СРК, когда в переживаниях отчетливо звучала тема психотравмирующей ситуации [3], в первую очередь применялась патогенетическая психотерапия, направленная на перестройку системы отношений и установок больного, оптимизацию действия механизмов психологической защиты. Усилия направлялись в первую очередь на психологическое осознание и поиск адаптивных способов психологической защиты, направленных на разрешение основного конфликта, вызвавшего заболевание. Работа была направлена в первую очередь на снижение остроты переживаний, переключение с психотравмирующей ситуации, обеспечение возможности вербально отреагировать негативные переживания. При более длительном течении СРК, когда у больных наблюдался процесс соматизации аффекта, нарастала фиксация на состоянии здоровья, и формировались «порочные психосоматические круги» [3,4], роль психотерапии оставалась по-прежнему весьма значительной, она постепенно приобретала отчетливую «симптоматическую» направленность. При этом в терапию дополнительно включались медикаменты (небольшие дозы седативных препаратов и/или антидепрессанты). Многолетнее течение болезни, приводило к качественным изменениям личности, нарастанию эгоцентризма, способствующему большему уходу в болезнь, возникновению стойких психоземotionalных нарушений, выражающихся в различных вариантах патохарактерологического (психосоматического) развития личности [4]. Требовалась все более активная медикаментозная коррекция имеющихся психических нарушений. На этом этапе болезни психотерапия была направлена на поддержку пациентов, сохранение эмоциональных связей больного, социальную адаптацию. Психотерапия на этапе патохарактерологических изменений включала также работу со стойкой фиксацией на соматических жалобах, была направлена на коррекцию "масштаба переживаний" болезни, коррекцию внутренней картины болезни. В результате применения психотерапии наблюдалась положительная динамика в состоянии пациентов, в первую очередь, проявляющаяся в исчезновении или существенном снижении тревоги, исчезновении страхов, лучшей социальной адаптации. Также было выявлено, что к психосоциальным факторам, участвующим в формировании симптомов СРК, относятся:

- эмоциональное, сексуальное и физическое насилие;
- стрессовые ситуации;
- хронический социальный стресс и тревожные расстройства;
- дезадаптивное копинговое поведение.

Наиболее часто СРК диагностировался у лиц молодого, трудоспособного возраста: у 51% лиц в возрасте 21–30 лет, у 38% – 31–40 лет и у 11% – 41 лет и старше. При этом у женщин СРК развивается в 2 раза чаще, чем у мужчин.

В контрольной группе у 25 пациентов, страдающих СРК, получавших только фармакотерапию у 4 (16%) пациентов отмечалось улучшение, у оставшихся 21 (84%) наблюдалось более длительное течение заболевания, невроз протекал с частыми клиническими обострениями.

В сравнении с контрольной группой у больных проходивших комплексную психотерапевтическую помощь никаких серьезных осложнений или последствий не было.

Статистическая обработка результатов лечения, показала, что у 58% больных наступило выздоровление, значительное улучшение — у 39% и лишь у 3% больных состояние не изменилось.

Выводы:

1. Наилучший эффект в лечении СРК дает комбинирование различных психотерапевтических методов.
2. Комбинированное лечение должно строиться с учетом этапа заболевания и обязательно включать современные психотерапевтические методики.
3. Положительная клиническая динамика, показывает исчезновение или значительное уменьшение интенсивности гастроэнтерологических жалоб.
4. Комплексность психотерапевтических мероприятий улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

5. У больных, получавших психотерапию, течение заболевания было более благоприятным — уменьшались или полностью устранялись признаки психологической дезадаптации.

6. Положительные изменения в состоянии пациентов, подтверждают необходимость совместного лечения СРК как гастроэнтерологами, так и психотерапевтами.

Литература:

1. Бротингам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина (пер.с нем). - М., Гэотар Медицина, 1999 - 376с.
2. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // Психиатрия и психофармакотерапия. Медицина 2000; С.45-49.
3. Марилов В. В., Орестова Т. Ю., Марилова Т. Ю. Психопатологические варианты синдрома раздраженной толстой кишки // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2005.-N 6.-С.64-65
4. Марилов В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // Вестник РУДН. 2000; 3: С.98-101.
5. Носсрат Пезешкиан. Психосоматика и позитивная психотерапия. Москва «Медицина» 1996г. С.463.

Тұжырым

ІШЕК ТІТІРКЕНУ СИНДРОМЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

А.А. Алмагамбетова, Р.М. Байжуманова, М.Г. Раимова, Г.К. Бұраханова

КМҚК “Семей қаласының психикалық салауаттылық орталығы”,

КМҚК Шүлбі кентінің “Психиатриялық ауруханасы”

Бұл зерттеу ішек тітіркену синдромы бар науқастарда психотерапия маңыздылығын көрсетуге бағытталған. Ішек тітіркену синдромы бар 25 науқас зерттелді (20 - әйел, 5 – ер адам), олар психотерапиялық емдеу барысында бақылауда болды. Терапия аурудың ағымына және науқастың жеке бас ерекшеліктеріне негізделі құрылды. ІТС – ң ерте кезеңдерінде психотерапияның негізгі мақсаты – ауруға себеп болған, ең басты қайшылықты психологиялық тұрғыдан шешу. Ендігі кезекте психотерапия бағыты – емдеу кезіндегі психикалық бұзылыстарды, сонымен қатар соматикалық жағдайын жеңілдету, ауруды уайымдау дәрежесін төмендету және науқастарды комплексті реабилитациялау болып табылады. Зерттеу нәтижесінде ІТС кезінде бұрыннан қолданылатын дәстүрлі психотерапиялық әдіске, қазіргі заманға сай (НЛБ – нейрорлингвистикалық бағдарлама, эриксондық гипноз, қысқа уақыттағы нәтижелі ем, транзакты анализ, және т.б.) емдеудің нәтижесін жоғарылататын әдістерді қолдану қажет.

Негізгі сөздер: тітіркенген ішек синдромы, психотерапия, позитивті терапия, пациенттердің кешенді реабилитациясы, асқазан-ішек жолдары бұзылыстарының функциясы.

Summary

MENTAL THERAPY EFFICIENCY AT PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME

A.A. Almagambetova, R.M. Baizhumanova, M.G. Raimova, G.K. Burakhanova

OSCC “MENTAL HEALTH CENTERS” of Semey city,

OSCC “Psychiatric Hospital”, township Shulbinsk

This research is dedicated to studying mental therapy efficiency at patients with irritable bowel syndrome (IBS). There were examined 25 patients with IBS (20 women and 5 men) who were followed up by a doctor in the course of psychotherapeutic treatment. Therapy was conducted with consideration for disease state and personal peculiarities. On the early stages of IBS the main goal of mental therapy was psychological settlement of chief conflict which has caused the disease. In further, mental therapeutic effort was aimed both at treatment of available mental disorders and at relief of somatic state, correction of scale of the disease feeling and complex rehabilitation of patients. The research showed the necessity of adding modern methods (neuro-linguistic programming, Erickson hypnosis, short-term positive therapy, transaction analysis) which increase the efficiency of treatment to the traditional, previously used mental therapeutic techniques at IBS.

Key words: Bowels irritable disease, psychotherapy, positive therapy, complex rehabilitation therapy, function of GIT disorder.

УДК 616.5-056.3-08

Г.Ж. Абдрахманова¹, Ф.Ф. Ягофаров², Н.К. Кудайбергенова³, Т.И. Терехова⁴, Д.Б. Козубаева⁵,
М.Р. Зенкович⁶, А.Т.Маликова⁷

Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей¹
Государственный медицинский университет города Семей^{2,3,4,5,6,7}

Л-ЦЕТ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН) В ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ДЕРМАТИТОВ

Аннотация

Исследовали клиническую эффективность Л-цета у 24 больных аллергическим дерматитом. Терапия препаратом Л-цет оказалась эффективной у 21 (87,5%). Не отмечено клинического эффекта у 3 (12,5%) больных.

Ключевые слова: Л-цет, аллергический дерматит (АД), антигистаминные препараты.

В последнее время во всем мире отмечается рост аллергических заболеваний. Основу патогенеза большинства аллергических дерматитов составляют Ig E-опосредуемые аллергические реакции. В ранней фазе развития аллергической реакции играет воздействие биологически активных медиаторов таких как гистамин, серотанин, нейтрофильного хемотаксического фактора, лейкотриенов, простагландинов и пр. Одним из важных медиаторов является гистамин, который воздействуя на H1-рецепторы вызывает развитие бронхоспазма, зуда кожи, повышение проницаемости капилляров в тканях и способствует возникновению отека. Все это приводит к проявлению бронхиальной обструкции при бронхиальной астме, при аллергических ринитах - экссудативного воспаления слизистых оболочек, зуда, а при аллергических дерматитах (АД) - отеку кожи, подкожной клетчатки, выраженного экссудативного компонента воспаления, эритематозного изменения кожи и зуда [1].

В связи с вышесказанным в лечении указанных аллергических заболеваний важное значение приобретает антимиediatorная терапия. Так как гистамин является главным медиатором ранней фазы аллергического ответа, то антигистаминные препараты (АГП) приобретают ведущее значение в лечении Ig E-опосредуемых аллергических заболеваний.

В настоящее время для лечения аллергозов используют АГП 3-х поколений. Препараты 1-го поколения (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил и пр.) используют в основном при тяжелых обострениях аллергозов. В лечебных дозах АГП 1-го поколения связывают не все H1 рецепторы и непродолжительное действие требует 4-х кратное назначение, а при продолжительном введении снижается чувствительность к H1-рецепторам. К сожалению, эти препараты имеют ряд побочных действий, таких как сухость слизистых оболочек, повышенная вязкость мокроты, проникновение через гематоэнцефалитический барьер, что обуславливает развитие у больных выраженного седативного эффекта. АГП 2-го поколения (зодак, кестин, цетиризин) обладают высоким сродством с H1-рецепторами, быстрым терапевтическим действием, отсутствием холинолитического эффекта, продолжительностью воздействия до суток, отсутствием седативного воздействия. У АГП 3-го поколения сродство с H1 рецепторам в два раза выше, чем у АГП 2-го поколения, (цетиризин), обладают 100% биодоступностью и начинают действовать через 15 минут и продолжительностью до суток [2]. К этой группе относят Л-цет (левоцетиризин) производства Кусум Хелткер Pvt.Лтд., Индия. В состав препарата входит активный компонент - левоцетиризин - лево-вращающий энантиомер цетиризина. Для Л-цет характерно высокое сродство к H1-гистаминовым рецепторам, вследствие чего он оказывает выраженное влия-

ние на гистаминзависимую стадию аллергической реакции. Препарат конкурентно блокирует H1-гистаминовые рецепторы, способствует снижению проницаемости сосудистой стенки и уменьшает миграцию эозинофилов. Л-цет препятствует связыванию гистамина с H1-гистаминовыми рецепторами, предотвращает развитие аллергической реакции. Препарат также эффективен на более поздних стадиях развития аллергической реакции, левоцетиризин способствует уменьшению зуда, гиперемии и экссудации кожи. У пациентов с аллергическим ринитом препарат уменьшает ринорею, чихание, зуд и отек слизистой оболочки носа и носоглотки, облегчает носовое дыхание. Выводится преимущественно почками, период полувыведения составляет от 7 до 10 часов. Препарат не проникает через гематоэнцефалитический барьер, выделяется с грудным молоком. При длительной терапии (до 12 месяцев) препаратом Л-цет не отмечалось кумуляции левоцетиризина в организме. Препарат предназначен для терапии пациентов, страдающих поллинозом, аллергическим конъюнктивитом, сезонным и круглогодичным аллергическим ринитом, аллергическим дерматитом, экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, С профилактической целью предупреждения аллергических реакций [3].

Цель работы - изучить клиническую эффективность препарата Л-цет.

Материалы и методы

Основу работы составили наблюдения за 24 больными с аллергическим дерматитом в возрасте от 25 до 87 лет. Л-цет назначали в суточной дозе 5 мг. Продолжительность лечения больных АД составила в зависимости от длительности заболевания и интенсивности процесса от 10 дней до 20 дней. Контрольную группу составили 14 больных АД, получавших АГП кларитин. в возрасте от 20 до 76 лет. Все больные наряду с применением АГП получали гипоаллергенную диету и наружную противовоспалительную терапию. Оценка эффективности лечения больных АД проводили на основе анализа степени выраженности субъективных и клинических симптомов и переносимости препарата в ходе лечения.

Результаты обследования.

Терапия препаратом Л-цет оказалась эффективной у 21 (87,5%) из 24 больных с АД, при этом клиническая ремиссия была достигнута у 10 (41,7%), уменьшение проявлений АД - у 11 (45,8%). Не отмечено клинического эффекта у 3 (12,5%) больных.

Терапевтическая эффективность Л-цета проявлялась на 5-6 день лечения в виде выраженного уменьшения зуда и воспалительных проявлений на коже. При последующей терапии у 41,7% больных была достигнута клиническая ремиссия АД - полное исчезновение зуда и воспалительной инфильтрации кожи.

Таблица.1

Клиническая эффективность Л-цета и Кларитина у больных с АД.

Результат лечения	Л-цет (n= 24)	Кларитин (n= 14)
Ремиссия	10 (41,7 %)	4(28,6 %)
Уменьшение клинических симптомов	11 (45,8 %)	7 (50,0 %)
Лечение неэффективно	3 (12,5 %)	3 (21,4%)

Ремиссия сохранялась на протяжении 3 месяцев после отмены препарата. У 45,8% больных АД положительный клинический эффект проявлялся в виде улучшения общего состояния, уменьшения зуда и воспаления кожи. Сравнительный анализ показал, что у больных АД применение Л-цета клиническая ремиссия достигалась в 1,5 раза чаще, чем у больных контрольной группы.

Переносимость Л-цета была хорошей, не было отмечено побочных действий препарата.

Таким образом, применение Л-цета было эффективно у 87,5% больных АД и сопровождалось клинической ремиссией со стороны кожи. Л-цет обладает вы-

сокой биодоступностью и в наших наблюдениях отсутствием побочных явлений

Литература:

1. Балаболкин И.И. и др. Терапевтическая эффективность зиртека при лечении аллергических заболеваний у детей // Педиатрия, 2004. - С. 47-51
2. Кунельская Н.Л., Лучшева Ю.В. Аллергический ринит: современная терапия. Справочник поликлинического врача. – 2008. № 6. – С. 21-23
3. Инструкция по медицинскому применению Л-цета.

Тұжырым

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЕРДІҢ ЕМІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН Л-ЦЕТ (ЛЕВОЦЕТИРИЗИН) ПРЕПАРАТЫ

Г.Ж. Абдрахманова, Ф.Ф. Ягофаров, Н.К. Кудайбергенова, Т.И. Терехова,

Д.Б. Козубаева, М.Р. Зенкович, А.Т. Маликова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің медицина орталығы

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Аллергиялық дерматитпен ауыратын 24 науқасқа Л-цеттің клиникалық нәтижелігі тексерілді. Л-цет препаратының нәтижелігі 21 (87,5%) науқаста байқалды, қалған 3 (12,5%) науқаста клиникалық нәтиже байқалған жоқ.

Негізгі сөздер: Л-цет, аллергиялық дерматит (АД), антигистаминді препараты.

Summary

L-CET (LEVOCETIRIZIN) IN TREATMENT ALLERGIC DERMATITIS

G.Z. Abdrahmanova, F.F. Jagofarov, N.K. Kudajbergenova, T.I. Terekhova,

D.B. Kozubaeva, M.R. Zenkovich, A.T. Malikova

Medical Center State Medical University of Semey

Semey State Medical University

Investigated clinical efficiency L-cet at 24 patients allergic дерматитом. Therapy by preparation L-cet has appeared effective at 21 (87,5 %). It is noted clinical effect at 3 (12,5 %) by patients.

Key words: L-cet, allergic dermatitis (AD), antihistaminies preparations.

УДК 616.9-078

К.Н. Тусупова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Апат медицинасы және жұқпалы аурулар кафедрасы

**САЛЬМОНЕЛЛЕЗ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ӨТУ НҰСҚАЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ
КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСТЕР СИПАТТАМАСЫ**

Сальмонеллездің түрлі варианттарымен ауырған 150 науқастың сырқаттарының клиникалық өту ерекшеліктері зерттелген. Барлық науқастардың диагноздары бактериологиялық және эпидемиологиялық мәліметтермен дәлелденген. Клиникалық ерекшеліктері анықталған.

Негізгі сөздер: сальмонеллез, клиника, варианттар, ерекшеліктер.

Мәселенің өзектілігі. Сальмонеллез күні бүгінге дейін кең тараған алиментарлы зооноздардың бірі болып, әлемнің көптеген елдері үшін экономикалық зиян келтіріп отыр. Соңғы жылдары ТМО елдерінде сальмонеллезбен сырқаттану деңгейі жоғарылап отыр, соның ішінде Қазақстанда да, атап айтқанда, жыл

сайын жедел ішек инфекцияларының арасында үлес салмағы 20% құрайды. Сондықтан да сальмонеллез инфекциясының өту барысын зерттеу біздің алдыға қойған мақсатымыз болып табылды.

Сальмонеллезбен ауырған 150 науқас зерттелді, жастары 19 жастан 54 жасқа дейін, орташа

37,5±0,9 жас құрайды. Ер адамдар саны 84 (56,0%), әйел адамдар – 66 (44,0%). Сальмонеллез диагнозына тән клиникалық көрініс, эпидемиологиялық белгілер және барлық науқастарда нәжісінен (100%) және 1,3%-жағдайда қанынан сальмонеллалардың бөлінуі негізінде қойылды, сонымен қатар, пассивті гемагглютинация серпілісінде ұлғаймалы титрде арнайы антиденелер (РПГА) 36,0% науқастарда анықталды.

Сальмонеллездің гастроинтестинальды түрі әдеттегідей жедел басталды (100%), жиі интоксикация синдромымен (55,3%), соңынан асқазан ішек жолының зақымдану белгілерінің қосылуы (5,8±0,4 сағаттан кейін) анықталды. Сирек жағдайда ауру диспепсиялық белгілерден басталды (41,3%), ал интоксикация белгілері кешірек (5,2±0,3 сағаттан кейін) қосылды. 3,4% науқастарда бұл белгілер бір уақытта пайда болды.

Сальмонеллездің гастроэнтеритикалық нұсқасында аса жиі интоксикация симптомдарынан қалтырау байқалған (93,4%), орташа ұзақтығы 3,8±0,3 күн. Дене қызуы жиі 38,0-39,9 С (67,1%), сирек 37,9С (18,4%) және 40С жоғары (14,5%). 46,1% науқастарда дене қызуының жоғарылауы қалтыраумен және 11,8% терлеумен бірге жүрген. Сальмонеллездің бұл нұсқасында интоксикация синдромы: жалпы әлсіздік (90,8%), тәбетінің төмендеуі (67,1%), адинамия (52,6%), сирек бас ауырсынуы (35,5%) және бас айналу (9,2%).

Асқазан ішегінің бұзылуының аса жиі клиникалық белгілері: диарея (100%), іштегі ауырсыну (97,4%), жүрек айну (88,2%) және бір немесе көп реттік құсу (68,4%). Іш өту орташа 8,1±0,5 тәулігіне және барлық науқастарда нәжісінің түрі – сұйық, көп мөлшерде, сасық, «болотная тина» түсті. Іштегі ауырсыну көп науқастарда (71,1%) ұстама тәрізді, 26,3% науқастарда үнемі және орналасуы жиі оң жақ мықын аймақта (18,4%) және кіндік маңы (10,5%) аймақта және сирек эпигастрийде (9,2%). 59,2% науқастарда ауырсыну жайылған. 25,0% науқастарда іштің шұрылдауы, іштің кебуі – 19,7% байқалды. 5,3% науқастарда шамалы бауыр ұлғаюы байқалды.

Сальмонеллездің гастроэнтеритикалық нұсқасында сусыздану синдромы шырышының құрғақтығымен (82,9%), шөлдеумен (10,5%), тері тургорының төмендеуімен (7,9%), акроцианозбен (5,3%) және тырысумен (2,6%) көрінді.

Сондай-ақ, сальмонеллездің гастроэнтероколиттік нұсқасында (98,6%) қалтырау байқалған, 70,3%

науқастарда одене температурасы 38,0-39,9 С, ал 17,6%-да 37,9С шамасында, тек 12,1% науқастарда дене қызуы 40С-тан жоғары болған.

Осы нұсқаның интоксикация синдромының клиникалық көрінісі (85,1%) жалпы әлсіздік, (74,3%) қалтырау, (62,1%) тәбетінің төмендеуі, (25,7%) адинамия, (29,7%) бас ауырсынуы және (9,5%) бас айналумен көрінді.

Гастроэнтероколиттік нұсқада асқазан ішек жолының зақымдануы іштегі ауырсынумен (94,6%), жүрек айнумен (64,9%), жиі көп реттік құсумен (58,1%) және сальмонеллездің гастроэнтеритикалық нұсқасымен салыстырғанда аса айқын (13,2±0,7 рет тәулігіне) диареямен көрінген. Науқастардың көбінде (78,4%) аурудың алғашында нәжіс энтеритті, содан соң 1,5-2 тәуліктен кейін лайланған және патологиялық қоспалармен пайда болады (шырыш және қан). Науқастардың көбінде (91,9%) іштегі ауырсыну ұстама тәрізді және тек 2,7%- үнемі. Ауырсыну көбінесе кіндік маңы аймағында (33,8%), эпигастрий (31,1%) және сол жақ мықын аймағында (20,3%), сирек оң жақ мықын аймағында (8,1%) және іштің барлық аймағында (1,4%) байқалды. Жалған шақырулар және тенезмдер бір мезгілде 21,6% науқастарда байқалған, тығыз ауырсынатын сигма тәрізді ішек 55,4% анықталды. Науқастардың 14,9% ішінің шұрылдауы, 17,6% - шамалы бауыр ұлғаюы байқалған.

Сальмонеллездің бұл нұсқасында сусыздану синдромы аз деңгейде және шырышының құрғақтығымен (10,8%), шөлдеумен (6,8%) және тургорының төмендеуімен (6,8%) көрінген.

Қорытындылай келе, жүргізілген зерттеу барысында сальмонеллез диагнозы негізгі клиникалық көріністерге, эпидемиологиялық мәліметтерге және барлық науқастардың 100% нәжісінен, 1,3% қаннан сальмонеллалар бөлу мәліметтеріне негізделіп қойылды. Бөлінген сальмонеллалар ішінде *Salmonella enteritidis* (49,3%) басым болды, одан сирек *Salmonella typhimurium* (44,0%) және *Salmonella newport* (4,7%) кездесті.

Әдебиеттер:

1. Дүйсенова А.К. Зоонозды инфекциялар: оқу әдістемесі / А. К. Дүйсенова. - Алматы: Эверо, 2009. - 169 с.

Резюме КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА

К.Н. Тусупова

Государственный медицинский университет города Семей

Исследованы особенности клинического течения различных вариантов гастроинтестинальной формы сальмонеллеза у 150 больных в возрасте от 19 до 54 лет. У всех больных диагноз был подтвержден бактериологически и эпидемиологически. Выявлены клинические особенности.

Ключевые слова: сальмонеллез, клиника, варианты, особенности.

Summary CLINICAL CHARACTERISTIC OF DIFFERENT VARIANTS OF SALMONELLOSIS

K.N. Tusupova

Semey State Medical University

Clinical course of different variants of gastrointestinal form of salmonellosis are studied in 150 patients in age from 19 till 54 years with salmonellosis. All diagnosis were confirmed by bacteriological and epidemiological dates. Clinical specific features are revealed.

Ключевые слова: salmonellosis, clinic, variants, specific features.

УДК 616.9

Қ.Н. Тусупова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Апат медицинасы және жұқпалы аурулар кафедрасы

ҚОЗДЫРҒЫШТАР СЕРОВАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ САЛЬМОНЕЛЛЕЗДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫН СИПАТТАУ

Сальмонеллездің гастроинтестинальды түрінің түрлі варианттарының қоздырғыштар түріне және өту деңгейіне байланысты клиникалық сипаттамасы берілген. Клиникалық ерекшеліктері анықталған.

Негізгі сөздер: сальмонеллез, клиника, сероварлар, ауырлық дәрежесі.

Бөліп алынған сальмонелла ішінде жиі *Salmonella enteritidis* (49,3%), сирек *Salmonella typhimurium* (44,0%), *Salmonella Newport* (4,7%) және сероварлары анықталмаған сирек топтағы *Salmonella*-лар (2,0%).

Salmonella enteritidis қоздырғышымен шақырылатын сальмонеллез гастроэнтериттік нұсқаны (66,2%), ал

Salmonella typhimurium -гастрэнтероколиттік (68,1%) нұсқаны шақыратынын көрсетті.

Сальмонелланың әртүрлі сероварларымен инфицирленген науқастарды ауруының ауырлық дәрежесі бойынша жіктеу 1-ші сызбанұсқада көрсетілген.

Кесте 1.

Қоздырғыштың сероварынан байланысты сальмонеллездің клиникалық ағымы.

Ағымының ауырлығы	Серовар <i>Salmonella enteritidis</i>		Серовар <i>Salmonella typhimurium</i>	
	Абс. саны	%	Абс. саны	%
Жеңіл	16	21,6	8	12,2
Орташа ауыр	38	51,4	27	40,9
Ауыр	20	27,0	31	46,9

1-ші сызбанұсқаға сүйенсек, *Salmonella enteritidis* бен шақырылған сальмонеллез науқастарында (51,4%) орташа ауырлық ағым, (27%) сирек ауыр ағым және (21,6%) жеңіл ағым анықталды *Salmonella typhimurium*-мен шақырылған сальмонеллез науқастар тобында, ауру басым көпшілікте (46,9%) ауыр ағымда және (40,9%) орташа ауырлықта және сирек - (12,2%) жеңіл ағымда өтті.

Қоздырғыштың сероварына байланысты сальмонеллездің клиникалық көрінісі 3-ші сызбанұсқада көрсетілген, бұдан *Salmonella typhimurium*-мен шақырылған альмонеллезбен науқастарда интоксикация симптомдары аса жиі байқалмаған.

Сонымен, бұл науқастарда *Salmonella enteritidis*-бен шақырылған сальмонеллез науқастарына қарағанда жиі дене қызуының көтерілуі (1,1 рет), қалтырау (1,8 рет), әлсіздік (1,2 рет), бас ауыруы (1,5 рет), бас айналу (2,5 рет), селқостық, адинамия (1,3 рет) байқалған.

Екі топта да басым көпшілігінде абдоминальды ауырсыну симптоматикасы анықталған, бірақ, орналасудың ерекшелігі қоздырғыштың сероварына байланысты. Сонымен, *Salmonella enteritidis*-бен шақырылған түрінде ауырсыну жиі кіндік аймағында, оң жақ мықын аймағында, ал *Salmonella typhimurium*

кезінде сол жақ мықын аймағында және іштің барлық аймағында көрінген.

Диарея *Salmonella enteritidis* сероварымен шақырылған науқастарда сасық иісті, көп көлемде, 1,2 есе жиі, *Salmonella typhimurium*-мен шақырылған сальмонеллез науқастарында қан және шырыш араласқан 3,0 есе жиі кездескен. Іштің кебуі және шұрылдауы жиі *Salmonella enteritidis* сероварында байқалған.

Сальмонеллезбен науқастарды тексеру кезінде басқа симптомдарға қатысты кездесу жиілігінің басым ерекшеліктері қоздырғыштың сероварына байланысты байқалмаған.

Қорытындылай келгенде, *Salmonella enteritidis* қоздырғышымен шақырылатын сальмонеллез гастроэнтериттік нұсқаны (66,2%), ал *Salmonella typhimurium* -гастрэнтероколиттік (68,1%) нұсқаны шақыратынын көрсетті.

Әдебиеттер:

1. Дүйсенова А.Қ. Зоонозды инфекциялар: оқу әдістемесі / А. Қ. Дүйсенова. - Алматы: Эверо, 2009. - 169 с.

Резюме

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЕРОВАРОВ САЛЬМОНЕЛЛ

К.Н. Тусупова

Государственный медицинский университет города Семей

Исследованы особенности клинического течения различных вариантов гастроинтестинальной формы сальмонеллеза в зависимости от сероваров и степени тяжести. Выявлены клинические особенности.

Ключевые слова: сальмонеллез, клиника, серовары, тяжесть течения.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTIC OF DIFFERENT VARIANTS OF SALMONELLOSIS ACCORDING TO SEROVARANTS OF SALMONELLA

K.N. Tusupova

Semey State Medical University

Clinical course of different variants of gastrointestinal form of salmonellosis according to serovariants are studied. Clinical specific features are revealed.

Key words: salmonellosis, clinic, serovariants, studied.

УДК 159.944.4-057.875

Б.И. Байгундинова

Университет «Қайнар», г. Семей

ИССЛЕДОВАНИЕ УЧЕБНОГО И ЭКЗАМЕНАЦИОННОГО СТРЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ В СТУДЕНЧЕСКОЙ СРЕДЕ

Аннотация

В данной статье рассматривается проблема готовности студентов вузов к действиям в экстремальной ситуации экзамена. Также выясняем основные последствия экзаменационного стресса. Рассмотрим более детально это явление на примере экзаменационного стресса, а также провести анализ таких психических стрессовых состояний личности, как напряженность, тревожность в экстремальной ситуации учебы и экзамена.

Ключевые слова: стресс, студент, учеба, экзамен, тревожность.

Современный человек постоянно живет на грани стресса. Причиной тому становится множество факторов, таких как: скверная экология, жесткий ритм городской жизни, агрессивная социальная среда, политическая нестабильность, финансовые кризисы и т.д. Стресс не обходит никого.

Сам этот термин - "стресс" - стал для людей уже обыденным словом, в которое вкладывается представление об изменениях поведения и целая гамма чувств и переживаний, возникающих в сложных ситуациях или при повышенной опасности, которые стали неотъемлемой частью современного образа жизни. [8].

Сегодня, понятие стресса можно отнести к одной из базовых научных категорий, которая стала предметом изучения целого комплекса дисциплин: биологии и медицины, физиологии и психологии, наук об управлении, демографии, юриспруденции и даже политологии. В самом общем виде его можно определить как естественную приспособительную реакцию живого организма на любое событие, происходящее и в окружающей среде и организм касаются. Поэтому целью нашего исследования явилось рассмотреть феномен стресса, изучить его психологические и биологические особенности проявления у студентов;

Экзаменационный стресс занимает одно из первых мест среди причин, вызывающих психическое напряжение у учащихся средней и, особенно, высшей школы. [2]. Очень часто экзамен становится психотравмирующим фактором, который учитывается даже в клинической психиатрии при определении характера психогении и классификации неврозов. В последние годы получены убедительные доказательства того, что экзаменационный стресс оказывает негативное влияние на нервную, сердечно-сосудистую и иммунную систему студентов. [3].

Таким образом к неблагоприятным факторам периода подготовки к экзаменам можно отнести:

- Интенсивную умственную деятельность;
- Повышенную статическую нагрузку;
- Крайнее ограничение двигательной активности;
- Нарушение режима сна;
- Эмоциональные переживания, связанные с возможным изменением социального статуса студентов.

Все это приводит к перенапряжению вегетативной нервной системы, осуществляющей регуляцию нормальной жизнедеятельности организма.

Многочисленные исследования показывают, что во время экзамена значительно повышается частота сердечных сокращений, возрастают артериальное давление, уровень мышечного и психоэмоционального напряжения. После сдачи экзамена физиологические показатели не сразу возвращаются к норме, и требуется

несколько дней для того, чтобы параметры артериального давления вернулись к исходным величинам. Таким образом, по данным большинства исследователей, экзаменационный стресс представляет собой серьезную угрозу здоровью студентов и школьников, причем особую актуальность проблеме придает массовый характер данного явления, ежегодно охватывающего сотни тысяч обучающихся в масштабах нашей страны. [7].

В то же время следует отметить, что экзаменационный стресс не всегда носит вредоносный характер, приобретая свойства «дистресса». В определенных ситуациях психологическое напряжение может иметь стимулирующее значение, помогая обучающемуся мобилизовать все свои знания и личностные резервы для решения поставленных перед ним учебных задач. Потому речь идет об оптимизации (коррекции) уровня экзаменационного стресса, т. е. снижении его у сверхтревожных студентов с чрезмерно лабильной психикой и, возможно, некотором повышении его у инертных, маломобилизованных обучающихся. Коррекция уровня экзаменационного стресса может достигаться разными средствами - при помощи фармакологических препаратов, методами психической саморегуляции, оптимизацией режима труда и отдыха, при помощи системы биологической обратной связи и т.д. [10, с.139-141]. При правильно организованном педагогическом процессе учеба может приносить радость, а экзамены служить средством самоутверждения и повышением личностной самооценки. Опираясь на стадии, описанные в концепции развития стресса Г. Селье, можно выделить три «классические» стадии, отражающие процесс психологического напряжения, связанного со сдачей экзаменов. [10, 15].

Первая стадия (стадия мобилизации или тревоги) связана с ситуацией неопределенности, в которой находится студент перед началом экзамена. Психологическое напряжение в этот период сопровождается избыточной мобилизацией всех ресурсов организма, учащением частоты сердечных сокращений, общей перестройкой метаболизма.

На второй стадии (адаптации), которая наступает после получения билета и начала подготовки к ответу, организму удается за счет предшествующей мобилизации успешно справляться с вредными воздействиями. При этом перестройка вегетативной регуляции организма приводит к усиленной доставке кислорода и глюкозы к головному мозгу, однако такой уровень функционирования организма является энергетически избыточным и сопровождается интенсивной тратой жизненных резервов. Если организму в течение определенного времени не удастся приспособиться к экстремальному фактору, а ресурсы его истощились (например, билет попался

очень трудный или возникла конфликтная ситуация с экзаменатором), то наступает третья стадия - истощения.

В принципе, эти три фазы развития стресса можно проследить и на большем временном отрезке - на протяжении всей сессии, где фаза тревоги развивается в течение зачетной недели, предшествующей экзаменам, вторая фаза (адаптации) обычно наступает между вторым и третьим экзаменом, а третья фаза (истощения) может развиваться к концу сессии. Важно отметить, что интенсивность развивающейся адаптационной реакции у человека, как правило, зависит не столько от характеристик стрессора, сколько от личностной значимости действующего фактора. Поэтому один и тот же экзамен может у различных студентов приводить к разнообразным психофизиологическим и соматическим проявлениям. Данная сторона стрессорных реакций на социальные факторы подчеркивает необходимость личностного подхода к данной проблеме. У некоторых студентов процедура экзаменов может оказывать значительное травмирующее воздействие на психику вплоть до появления у них невротических расстройств.

Длительность учебной сессии продолжается две-три недели, что при определенных условиях достаточно для возникновения синдрома экзаменационного стресса, включающего в себя нарушения сна, повышенную тревожность, стойкое увеличение артериального давления и другие показатели. Условно-рефлекторным путем все эти негативные явления могут связываться с самим процессом обучения, вызывая в дальнейшем страх экзаменов, нежелание учиться, неверие в собственные силы. Поэтому некоторые специалисты высшей школы вообще подвергают сомнению необходимость экзаменов, предлагая заменять их или программной формой обучения, или же аттестационной системой с определением итоговой отметки студента по результатам промежуточных результатов. [6].

Если обратиться к экзаменационному стрессу как наиболее резко выраженной форме учебного стресса, то можно отметить, что ожидание экзамена и связанное с этим психологическое напряжение могут проявляться у студентов в виде различных форм психической активности: в виде страха перед экзаменатором, либо негативной оценкой или в виде более диффузной, мало обоснованной неопределенной тревоги за исход будущего экзамена, причем оба эти состояния сопровождаются достаточно выраженными вегетативными проявлениями. В особых случаях эти явления могут перерастать в невроз тревожного ожидания, особенно у студентов, для которых уже в преморбидном периоде были характерны черты тревожной мнительности и эмоциональной лабильности. Однако гораздо чаще у студентов наблюдаются не неврозы, а острые невротические ре-

акции, которые имеют сходную картину, но протекают в более ограниченном временном отрезке (часы - дни - недели). Клинически на экзамене эти невротические реакции могут проявляться:

В затруднении выполнения привычной функции или формы деятельности (речь, чтение, письмо); В чувстве тревожного ожидания неудачи, которое приобретает большую интенсивность и сопровождается полным торможением соответствующей формы деятельности или нарушением её. Традиционно тревожность относят к негативным явлениям, так как она проявляется в виде беспокойства, напряженности, чувства страха перед предстоящими экзаменами, мнительности и т. д. [10, с.141-143]. С другой стороны, отмечается, что существует оптимальный уровень тревожности, при котором достигается наибольшая успешность деятельности. Также показано, что высокие показатели успеваемости демонстрируют студенты, обладающие одновременно высоким уровнем способностей и высоким уровнем личной тревожности. [11].

Проведение исследования учебного стресса и уровня личностной тревожности

Исследование учебного стресса проводили среди студентов группы 3 курса Государственного медицинского университета города Семей, Республики Казахстан. Возраст участников - 18-20 лет. Всего участвовало 16 студентов. Исследование проводилось в виде анкетирования.

Для исследования мы выбрали 2 методики:

1. Тест на учебный стресс, разработанный Ю.В. Щербатых. Данный тест позволяет определить основные причины учебного стресса; выявить, в чем проявляется стресс; определить основные приемы снятия стресса студентами.

2. Второй тест - «Шкала ситуативной тревожности (Спилберга). Этот тест позволяет определить степень тревоги, которую испытывает человек (в нашем случае это студент) в какой-то конкретной ситуации. Студентам было предложено две ситуации: обычный учебный день и время сессии.

Ситуативная (или реактивная) тревожность измеряется набором из 20 суждений (10 из них характеризуют наличие эмоций и напряженности, беспокойства, озабоченности, а 10 - отсутствие тревожности).

Средний уровень ситуативной тревожности у людей в возрастном диапазоне 20-45 лет в обычных условиях составляет $39 \pm 0,7$ балла. В состоянии выраженного психологического стресса он может возрастать на 50-100%.

Так, перед экзаменом в медицинском вузе это показатель у студентов младших курсов в среднем составлял $56,5 \pm 0,8$ балла.

Результаты исследования

Таблица 1.

Причины стресса.

№	Причина стресса	Результат исследования
1	Проблемы в личной жизни	6,0
2	Страх перед будущим	4,9
3	Нерегулярное питание	4,9
4	Отсутствие учебников	4,6
5	Большая учебная нагрузка	4,6
6	Неумение правильно организовать свой режим дня	4,4
7	Нежелание учиться или разочарование в профессии	4,3
8	Строгие преподаватели	4,1
9	Неумение правильно распорядиться ограниченными финансами	4,0
10	Стеснительность, застенчивость	4,0

Продолжение таблицы 1.

11	Излишнее серьезное отношение к учебе	3,9
12	Конфликт в группе	3,5
13	Непонятные, скучные учебники	3,1
14	Проблемы совместного проживания с другими студентами	1,6
15	Жизнь вдали от родителей	1,3

Итак, основными причинами возникновения стресса являются проблемы в личной жизни, Страх перед будущим, нерегулярное питание. Меньше всего студентов волнует жизнь вдали от родителей, жизнь в общежитии (связано с тем, что группа преимущественно состоит из

сельских жителей), конфликт в группе (можно сделать вывод о том, что группа дружная).

Средний показатель экзаменационного волнения в группе - 6,8; Студенты волнуются немного больше нормы, возможно, это связано с одной из популярных причин стресса «страх перед будущим».

Таблица 2.

Проявление стресса.

№	Проявление стресса	Результат исследование
1	Спешка, ощущение постоянной нехватки времени	5,6
2	Плохой сон	5,3
3	Невозможность избавиться от посторонних мыслей	4,7
4	Повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания	4,6
5	Раздражительность, обидчивость	4,4
6	Низкая работоспособность, повышенная утомляемость	4,3
7	Плохое настроение, депрессия	4,1
8	Ощущение беспомощности, невозможности справиться с проблемами	4,1
9	Нарушение социальных контактов, проблемы в общении	4,0
10	Страх, тревога	3,8
11	Потеря уверенности, снижение самооценки	3,4
12	Учащенное сердцебиение, боли в сердце	2,9
13	Головные боли	2,7
14	Напряжение или дрожание мышц	1,9
15	Проблемы с желудочно-кишечным трактом	1,5
16	Затрудненное дыхание	1,3

Таблица 3.

Приемы снятия стресса.

№	Способ снятия стресса	Количество студентов
1	Общение с друзьями или любимым человеком	16
2	Сон	12
3	Перерыв в работе или учебе	10
4	Прогулки на свежем воздухе	8
5	Физическая активность	8
6	вкусная еда	7
7	телевизор	5
8	секс	5
9	хобби	5
10	сигареты	4
11	алкоголь	2
12	иное	2
13	поддержка родителей	1
14	наркотики	0

Проявляется стресс в группе, в основном, на психологическом уровне, что сказывается на понижении работоспособности студентов, плохом сне, нехватке времени. Биологических признаков проявления стресса у большинства студентов не выявлено, или они присутствуют, но в малых количествах. Можно сделать вывод о хорошем здоровье студентов в группе.

Основным способом снятия стресса является общение с друзьями (используя 100% опрошенных). Радует то, что наркотики, алкоголь, сигареты в качестве приема снятия стресса в группе практически не используются.

Таблица 4.

Признаки проявления стресса.

Признак проявления стресса	Количество студентов
Учащенное сердцебиение	11
Скованность, дрожание мышц	5
Иное	5
Головные или иные боли	4
Сухость во рту	4
Затрудненное дыхание	2

Из биологических признаков проявления стресса можно выделить учащение сердцебиения. Остальные признаки присутствуют лишь у небольшой части студентов.

При проведении теста, определяющего уровень ситуативной тревожности, у студентов ГМУ г. Семей средний показатель тревожности в обычной ситуации составил 40,9, что соответствует норме. Во время сессии он возрос не намного и составил 48,3 балла, что говорит о приемлемой стрессоустойчивости студентов.

Выводы. Стресс – это состояние, которое далеко не всегда наносит ущерб. При более детальном рассмотрении, оказалось, что он просто необходим – поскольку помогает преодолевать препятствия и избегать опасности. Ведь именно под воздействием стресса организм приспосабливается к различным факторам окружающей среды.

Мы выяснили, что стресс бывает двух видов: полезный (эустресс) и вредоносный (дистресс). Исследовав эти явления, можно сказать, что избегать не следует

эустресс, так как он вызван положительными эмоциями и именно он не приносит вреда человеку, а наоборот, стимулирует его.

Поэтому, в любой критической ситуации лучше всегда сосредоточиться на положительных эмоциях. Важнейшее качество, придающее стрессу конструктивность, – умение анализировать тревожную ситуацию спокойно, без паники разобраться в ней. С этим качеством тесно связано умение анализировать и планировать собственные поступки. Стресс становится конструктивным, если человек понимает, что любая ошибка, совершена ли она на экзамене или в реальной жизни – это не катастрофа, а стимул для дальнейшего поиска. Опыт ошибок и неудач в жизни человека играет не меньшую роль, чем опыт побед и радостных переживаний. Эустресс, в отличие от дистресса, то есть мешающего, разрушающего деятельность и организм, всегда направлен на преодоление четко обозначенного препятствия. Состояние стресса у человека так же старо, как и сам человек.

Стрессу подвержены все – от новорожденного до немощного старика. Стресс не только зло, не только беда, но и великое благо, ибо без стрессов различного характера наша жизнь стала бы похожа на какое-то бесцветное и безрадостное прозябание. Активность – единственная возможность покончить со стрессом: его не пересидишь и не перележишь. Постоянное сосредоточение внимания на светлых сторонах жизни и на действиях, на которые могут улучшить положение, не только сохраняет здоровье, но и способствует успеху. Ничто не обескураживает больше, чем неудача, ничто не ободряет больше, чем успех.

Рассмотрев в качестве примера учебный и экзаменационный стресс, можно сказать, что факты показывают, что обучающиеся, обладающие хорошо развитыми навыками саморегуляции, при наличии тревожности выполняют сложные экзаменационные задания не

только не хуже, но даже лучше, нежели когда тревога или тревожность отсутствует. Чувство тревожности из препятствия может превратиться в источник успеха.

Со стрессом можно справиться, нужно лишь желание и немного свободного времени для себя любимого. Начав с релаксации (2-3 раза в день по 10-15 минут), постепенно может освоить аутотренинг, медитацию, что со временем войдет в вашу жизнь, как нечто неотъемлемое. Займитесь спортом, хобби и т.д. Если же есть желание, но нет времени, кроме всего прочего вам поможет самовнушение – просто думайте о прекрасном, о том, что у вас все хорошо...

Литература:

1. Головин С.Ю. Под ред. Тарас А.Е. Словарь психолога практика. 2-е изд. Минск 2003, С. 10-12.
2. Дружинин В.Н. Психология. Учебник для гуманитарных вузов. СПб. 2002, С. 222-230.
3. Китаев-Смык Л.А. «Психология стресса», Москва, издательство «Наука», 1983. 368 с.
4. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб: Питер, 2006. – 256 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»).
5. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2001. – 592 с.: ил. – (Серия «Учебник нового века»).
6. Общая психология: Учебник/ Под ред. Тугушева Р.Х. и Гарбера Е.И. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 560 с. – (Образовательный стандарт XXI).
7. Психофизиология: Учебник для ВУЗов под ред. Ю.И. Александрова СПб, 2006, 326 с.
8. Селье Г. Когда стресс не приносит горя. М. 1992, С. 134 -136.
9. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М. 1960, С. 84-86.
10. Стресс без дистресса. Москва, 1993. – 151 с.
11. Элиот Р.С. Мы побеждаем стресс. Москва. 1996, С. 62-68.

Тұжырым

СТУДЕНТТІК ОРТАДА МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРНЫНДА ОҚУ ЖӘНЕ ЕМТИХАНДЫҚ СТРЕССТІ ЗЕРТТЕУ

Б.И. Байгундинова

«Қайнар» университеті, Семей қ.

Бұл мақалада жоғары оқу орындарының студенттерінің емтихан кезінде экстремальды жағдайына дайындық мәселелері қарастырылған. Бұл көріністі емтихандық стресс мысалында жан-жақты тубіне дейін зерттеуге, сонымен қатар тұлғаның психикалық стрестік жағдайын, емтихан мен оқудың экстремальды жағдайының алаңдаушылығы мен қысымы сияқты жағдайды талдауға.

Негізгі сөздер: стресс, студент, оқу, емтихан, алаңдаушылық.

Summary

INVESTIGATION TRAINING AND EXAMINATION STRESS AT THE MEDICAL UNIVERSITY IN THE STUDENT COMMUNITY

B.I. Baigundinova

«Kainar» university, Semey c.

In this article the problem readiness of students of higher education institutions for actions in an extreme situation of examination is considered. Also we find out the main consequences of an examination stress. The consider in more detail to investigate this phenomenon on the example of an examination stress, and also the analysis of such mental stressful conditions of the personality, as intensity, uneasiness in an extreme situation of study and examination.

Негізгі сөздер: stress, student, examination, study, alarm.

ӘОЖ: 373.54-37.02-371.385.4

Ә.Д. Ғалымова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасы

ОҚЫТУДЫ АҚПАРАТТАНДЫРУ ПРОЦЕСІНДЕ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ЗЕРТТЕУШІЛІК ҚАБІЛЕТТЕРІН ДАМУЫ

Тұжырым

Бұл мақалада информатика пәнін оқудың және оқытудың әдіс – тәсілдері қарастырылған; қазіргі заманғы нақты ғылымның өзекті мәселелері көтерілген. Зерттеліп отырған мәселелер толығымен талданып, жан – жақты қозғалған.

Негізгі сөздер: ақпараттандыру, информатика, әдістеме, зерттеу.

«Қазіргі заманда жастарға ақпараттық технологиямен байланысты әлемдік стандартқа сай мүдделі жаңа білім беру өте қажет» деп, Елбасымыз Н.Ә. Назарбаев атап көрсеткендей жас ұрпаққа білім беру жолында ақпараттық технологияны оқу процесінде оңтайландыру мен тиімділігін арттырудың маңызы зор. Ғылым мен техника дамып адамзат қоғамы жаңа ғасырдың табалдырығынан қадам басып отырған кезеңде оқушыларға белгілі көлемде білім дағдыларын меңгертумен қатар, оларды зерттеушілік бағытта жан-жақты дамыту – бүгінгі күннің басты талабы. Оқытуды ақпараттандыру процесінде жаңа технологияны пайдалану арқылы оқушылардың теориялық білімін жан-жақты дамыту, оқушыларды ынталандыру негізінде ойлау қабілетінің ұшқырлығын дамыту, өз бетімен білім алуға үйрету қоғамның қарқынды дамуының бірден-бір жолы – білім беру жүйесі болып табылады.

«XXI ғасыр ақпараттық қоғам қажеттілігін қанағаттандыру үшін, білім беру саласында компьютерлік техниканы, интернет, телекоммуникациялық желі, электрондық құралдарды және мультимедиялық электрондық оқулықтарды оқу процесіне тиімді пайдалану арқылы білім сапасын көтеретін ұрпақ тәрбиелеу». Сондықтан ақпараттандыру процесінде әрбір ұстаз алдына зор міндет жүктеуі қажет, яғни мұғалім бала жанына терең бойлап, оның ынта қабілетін оята біліп, жан-жақты ашып, әр оқушыны жеке тұлға ретінде шығар биігіне жетелей біліп, ғылыми негізінде өз бетінше жұмыс істеуге дағдыландыра отырып, қабілетіне қарай зерттеушілік жұмыспен шұғылдануына дайындайды, даралық білімділігі мен бейімділігін қалыптастырады. Оқушының белгілі бір іс-әрекетке бейімділігі бала кезінен-ақ белгілі болады. Бейімділік, қабілет дегеніміз – бұл адамның белгілі бір іс-әрекетімен айналысуға бетбұрысы, оған көңілінің аууы, яғни оянып келе жатқан қабілетінің алғашқы белгісі. Сондықтан бала кезде байқалған бейімділіктердің келешекте олардың қабілеттерінің көрсеткіштері екендігін ұмытпай, дер кезінде көре білу, дамыту әрбір ұстаздың міндеті.

Қабілетті балалар көбінесе шапшаң, тез ойланып, көп көлемде білім меңгеретін, оны ұмытпай ұзақ уақыт жадында сақтайтын, алдына қойған мақсатын қалайда орындауға тырысатын, қиял күші басым болып келеді. Қабілетті оқушыларды ерте айқындау, оларды тәрбиелеу оқытудың ақпараттандыру процесін жетілдірудегі негізгі міндет болып табылады. Арнайы бағдарға оқыту тәсілінің негізінде зерттеуші балалар мен оқушыларға тәжірибелік көмек көрсету, психо-

диагностикасын жүргізу, қабілеттерін зерттеу арқылы жақсы нәтижелерге жетуге болады. Оқушылардың дүниетанымын кеңейту, зерттеушілік қызметке баулу, ізденушілік қасиеттерін жетілдіруде сыныптан тыс жұмыстарды жүргізудің маңызы зор. Сонымен қатар, оқушылардың қабілеттерін арттыруда, логикалық ойын пайдалану үшін және зерттеушілік қызметін жандандыруда жаңалық ашуға жетелейтін жолдың бірі – өздігінен тапсырма құрастыру. Тапсырма құрастыруда жеңіл түрінен бастап, біртіндеп күрделендіре түскен пайдалы. Қабілетті оқушылардың даму дәрежесі есеп шығаруда, жаттығу, тапсырмалар орындауда байқалады. Кез-келген тапсырма орындау оқушыдан үлкен еңбекті, ерен күшті, табандылықты, төзімділікті, сенімділікті талап етеді. Оқушыны зерттеушілік іс-әрекетке бейімдейтін, ақыл-ойын дамытатын құрал – логикалық қызықты тапсырмалар, стандартқа сәйкес тәжірибелік тапсырмалар, қиындығы мол олимпиадалық тапсырмалар, ережелерді дәлелдеу т.б.

Қорыта келгенде, оқушылардың ойлау қабілетін дамытып, өздігінен жұмыс істеуге баулу, өз ойын тұжырымдауға дағдыландыру болғандықтан сабақ барысында кеңінен соңғы уақытта деңгейлеп, дамыта оқытудың модульдік әдісін жиі пайдалану тиімді. Бұл әдіс педагогика ғылымының докторы, профессор Ж.Қараевтың тұжырымдамасы негізінде жасалған. Жаңа тақырыпты оқушылар зерттеушілік ізденіс үстінде өздігінен меңгеруі қажет. Сондықтан мұндай сабақтарда оқушылардың ынтасын, белсенділігін арттыру үшін оларға жоғарыда көрсетілген талап-міндеттер қойылады. Бүгінгі ақпараттандыру заманында жеке тұлға, яғни дарынды, зерттеушілік тұлға қалыптастыру білім мен тәрбие берудегі мемлекеттік істің ең маңыздысы болып отыр. Міне, сондықтан 12 жылдық оқытуға көшу шығармашыл, зерттеуші тұлға дамытудың бастамасы деп ойлаймын.

Әдебиеттер:

1. 12 - жылдық білім беру» республикалық ғылыми – әдістемелік және ақпараттық – сараптамалық журналы, №6. - 2007ж.
2. Қазақстан Республикасының білім беру жүйесін 2015 жылға дейін дамыту бағдарламасы;
3. Жексенбаева Ү.Б. Оқушылардың ғылыми – зерттеу жұмыстарын ұйымдастыру. Алматы – 2005ж.
4. Қараевтың Ж.А. «Білім беру процесіндегі танымдық әрекеттің белсенділігі». Алматы: Жазушы: 2005 ж, 146 бет.

Резюме
РАЗВИТИЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ УЧЕНИКОВ
В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ

А.Д. Галымова

Государственный медицинский университет города Семей

В указанной статье рассматриваются проблемы изучения и преподавания информатики; поднимаются актуальные проблемы современной точных науки. Исследуемые проблемы подвергнуты всестороннему и полному анализу.

Ключевые слова: информатизация, информатика, методика, исследование.

Summary
THE DEVELOPMENT OF RESEARCH CAPABILITIES OF STUDENTS
IN THE PROCESS OF EDUCATION INFORMATIZATION

A.D. Galymova

Semey State Medical University

The given article is dedicated to teaching the methodology of Informatics. The article deals with actual problems of this direction. The given theme has been revealed. The article meets scientific – methodological requirements.

Key words: Informatization, informatics, methods, research.

УДК 616.311.-08

С.М. Сыздыкаева

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра стоматологических дисциплин**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬНОЙ АДГЕЗИВНОЙ ПАСТЫ
В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

Аннотация

Клинический эффект достигнут у 75% больных, что является основанием для рекомендации солкосерил дентальной адгезивной пасты к использованию в терапевтической стоматологии

Ключевые слова: патология слизистой полости рта и пародонта, солкосерил дентальная адгезивная паста, комплексное лечение заболеваний полости рта, противовоспалительное, регенерирующее и обезболивающее действие, эффективность лечения.

Актуальность. Среди стоматологических заболеваний патология слизистой полости рта и пародонта занимают особое место и являются проблемами века, так как распространенность данных патологии весьма велика. И поэтому, стоматологическая помощь, являясь одной из самых массовых специализированных видов профилактики и лечения, нуждается в постоянном совершенствовании.

В разработке средств при лечении заболеваний пародонта и слизистой полости рта особое внимание уделяется местному применению противовоспалительных и антибактериальных препаратов.

Целью настоящего исследования являлась изучение терапевтического эффекта дентальной адгезивной пасты Солкосерил компании "MEDA" (Швейцария) в комплексном лечении заболеваний полости рта. Сегодня стоматологическая общественность имеет возможность познакомиться с новой лекарственной формой, обладающей выраженным противовоспалительным, эпителизирующим и обезболивающим действием - адгезивной пастой Солкосерил.

Солкосерил – стандартный депротеинизированный экстракт из крови телят, содержащий аминокислоты, оксикислоты, дезоксирибозиды и полипептиды с молекулярной массой около 3000 Д. Он способствует утилизации кислорода за счет активизации ферментов – сукцинатдегидрогеназы и цитохромоксидазы, усилению

дыхания в митохондриях, снижению содержания неэтерифицированных жирных кислот в крови, поэтому с успехом применяется при многих заболеваниях для ускорения регенерации тканей. Под действием Солкосерила® уменьшается спазм артерий и артериол, происходит рост новых коллатеральных сосудов, улучшается трофическая функция организма, ускоряется утилизация кислорода мышцами, нормализуется содержание молочной и пировиноградной кислот, он усиливает пролиферацию и миграцию фибробластов, повышает синтез коллагена.

Солкосерил дентальная адгезивная паста (СДАП) является комбинацией активного вещества Солкосерила® (2,125 мг/г) и полидоканола (10,0 мг/г) на связывающей основе. Форма выпуска: в тубах по 5г.

Поверхностный анестетик полидоканол обладает обезболивающим действием, наступающим сразу после применения пасты и продолжающимся в течение 2 – 6 часов. Основа пасты, состоящая из желатина, пектина и карбоксиметилцеллюлозы, образует устойчивую защитную пленку на слизистой оболочке и защищает её от ротовой жидкости и микрофлоры.

Отличительной особенностью данной пасты является то, что она длительное время сохраняется на поверхности слизистой оболочки полости рта, что обеспечивает пациента пролонгированным эффектом от действия СДАП.

Материалы и методы.

Препарат был использован у 20 пациентов, в возрасте от 25 до 60 лет, обоего пола, с заболеваниями пародонта и слизистой оболочки полости рта, в частности, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, эрозивно – язвенной формой красного плоского лишая, эрозивно-язвенной формой лейкоплакии, хроническим катаральным и хроническим гипертрофическим гингивитами, с продолжительностью заболевания от 1 до 5 лет.

После тщательного сбора анамнеза, обследования больного, выявления этиологического фактора и постановки диагноза, пациентам назначалась комплексная этиопатогенетическая индивидуализированная терапия. Лечение начинали с обязательной санации полости рта, проведения профессиональной гигиены, обучения и коррекции гигиены рта, рационального протезирования с восстановлением высоты прикуса. Далее всем пациентам назначали аппликации с солкосерил дентальной адгезивной пастой (СДАП), 2-4-5 раз в день, по 20-30 минут. Курс лечения индивидуальный. СДАП использовали самостоятельно без каких-либо лекарственных сочетаний и в комбинации с другими фармакологическими препаратами.

Результаты и обсуждения.

Результаты проведенных нами клинических исследований позволили отметить положительный эффект при лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки. Об эффективности лечения судили по динамике субъективных ощущений пациента и клинической картине заболевания. Уже на 3-й день от начала лечения значительно уменьшалась кровоточивость, отек, гиперемия и дискомфорт в деснах при хроническом катаральном и хроническом гипертрофическом гингивитах.

Ускорялось лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита, красного плоского лишая и лейкоплакии, в частности сроки эпителизации эрозий, уже на 3-й день исчезала болезненность и сухость в полости рта, пациент мог свободно разговаривать и принимать пищу.

Через 1 месяц после первого курса комплексного лечения у 15 человек (75%) наблюдалось значительное улучшение общего состояния и здоровья ротовой полости, у 5 (25%) – улучшение. Ухудшения и отсутствия динамики не наблюдалось. Ни во время лечения, ни после не возникало каких-либо осложнений, что является мотивацией для использования препарата. Следует отметить, что у всех пациентов в 2 раза быстрее нормализовался ночной сон, исчезали тревога, подавленность и беспокойство.

Оценка эффективности Солкосерила проводилась на основании субъективных данных и клинической картины в динамическом наблюдении за каждым пациентом. Учитывались отек, гиперемия, цвет слизистой оболочки и десны, субъективные ощущения.

Выводы Таким образом, клиническая апробация СДАП свидетельствует, что препарат обладает обезболивающим, ранозаживляющим, регенераторным действием, снижает количество воспалительных осложнений в полости рта.

Оригинальная формула, простота и удобство в применении, а главное высокая эффективность сделали этот препарат нужным каждый день, как самостоятельное средство, так и в комплексной терапии заболеваний полости рта. Изложенное позволяет рекомендовать применение СДАП в клинике терапевтической стоматологии.

Литература:

1. Арефьева С.А., Гришина Л.В., Доценко Е.В. и др. Применение Солкосерила в комплексном лечении пародонтита. – Стоматология. - 1986. – № 5. – С. 27-28.
2. Опарин А.Г. Патологическое обоснование применения солкосерила при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - Клиническая медицина. - 1985. - № 11. - С. 87-90.
3. Портедер Х., Хеннинг Г. Солкосерил дентальная адгезивная паста в лечении ран слизистой оболочки полости рта после имплантации внутрикостных имплантатов. - Клиническая имплантология и стоматология. - 1998. - № 3(6). - С. 63 –66.
4. Цветкова Л.И. Место солкосерила в лечении язвенной болезни. - Актуальные проблемы терапии. - Тезисы докл. 7 съезда. - 1981. - С. 165-166.

Тұжырым**СОЛКОСЕРИЛ ДЕНТАЛЬДЫ АДГЕЗИВТІ ПАСТАСЫН ТЕРАПИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ****С.М. Сыздыкаева****Семей қ. Мемлекеттік Медицина Университеті
Стоматологиялық пәндер кафедрасы**

Клиникалық әсер 75% науқастарда көрінді, ол солкосерил дентальді адгезивті пастаны терапиялық стоматологияда қолданудың негізі болып табылады.

Негізгі сөздер: ауыз қуысының шырышты қабығының патологиясы, солкосерил дентальді адгезивті пастасы, ауыз қуысының кешенді емі, қабынуға қарсы, емнің эффективділігі, жансыздандыру әсері.

Summary**SOLCOSERIL DENTAL ADHESIVE PASTE IN THERAPEUTICAL DENTISTRY****S.M. Syzdykaeva****Semey State Medical University
Chair of stomatological discipline**

The clinical effect was achieved in 75% of patients, which is the basis for recommendations for use in dentistry.

Key words: pathology of the oral mucosa, Solcoseril Dental Adhesive Paste, comprehensive oral health care, anti-inflammatory, regenerative and analgesic effects, bleeding, swelling, redness.

УДК 613.2-057.874

С.К. Нуртазина, А.Ж. Байбусинова

¹ Государственный медицинский университет города Семей,

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА СЕМЕЙ

Аннотация

В статье приведены данные по изучению питания в 3 типах средних общеобразовательных учебных заведений: лице, гимназии и школе. Было установлено, что многие учащиеся средних учебных заведений начинают выработку «неправильных» привычек питания и пищевого поведения уже в период обучения.

Ключевые слова: питание школьников, калорийность питания, режим питания.

Школьники являются одной из самых многочисленных и социально активных групп населения. В 7811 общеобразовательных школах Казахстана обучаются около 3 миллионов детей. Одним из факторов хорошего здоровья и гармоничного развития детей, профилактики заболеваний и функциональных отклонений, повышения работоспособности и успеваемости является полноценное и сбалансированное питание. За последние пять лет заболеваемость школьников выросла на 22%, в том числе: анемии – в 2,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания – в 1,4 раза, болезни нервной системы – в 1,5 раза. Государство понимает необходимость реформ в организации школьного питания, поэтому в государственной программе «Саламатты Казахстан» школьное питание является одним из приоритетных направлений.

Одним из факторов хорошего здоровья и гармоничного развития детей, повышения работоспособности и успеваемости является полноценное и сбалансированное питание. По данным Всемирной организации здравоохранения, 80% заболеваний связаны в той или иной степени с питанием, а 40% недугов связаны напрямую с фактором питания.

Цель: Изучение организации питания школьников в общеобразовательных учреждениях г. Семей.

Задачи:

1. Дать социально-гигиеническую характеристику организации питания школьников в условиях семьи и образовательного учреждения по данным опроса школьников.
2. Оценить полноценность питания детей из малообеспеченных семей в общеобразовательных учреждениях г. Семей по меню-раскладке.

Методология исследования:

При изучении организации питания в школах были использованы социологический, статистический, санитарно-гигиенический методы исследования. Проанкетировано 350 учеников среднего звена (5,6,7,8 классов) из 2 средних школ, 1 гимназии и 1 лицея города Семей. Также были изучены меню-раскладки и перспективное меню изучаемых школ.

Результаты исследования:

Распределение по полу - 166 мальчиков (49,3%) и 184 девочек (50,7%). Характеризуя питание школьников можно отметить, что 27% девочек на 11% чаще пропускают завтрак, чем мальчики ($p=0.03$). По типам школ в гимназии и лицее дети чаще пропускают завтрак, 27,5% и 27,1% против 20,5% и 13,3% в школах города.

Более половины школьников 57,5% употребляют фаст-фуд, около ¼ школьников выбирают горячее блюдо или совсем не питаются в школе. Школьники являются основными потребителями гамбургеров, хот-догов, чипсов, сухариков, газированных напитков, полуфабрикатов, общим для которых является низкая физиологи-

ческая ценность, оказывающая побочные негативные воздействия на молодой организм. Вред фаст-фуда, прежде всего, в несбалансированности питания - избытке углеводов. Вкус и запах продуктов быстрого питания создается искусственно при помощи химических веществ, поэтому они очень аппетитно выглядят и стоят в несколько раз дешевле натуральной пищи.

В разрезе учебных заведений отмечается наибольшее количество любителей фаст-фуда в гимназии (80%). При этом, в гимназии меньше учащихся совсем не питающихся во время учебных занятий 13,8%, против 25,9 % в лицее, 26,7% и 19,2% в школах.

Ситуацию со школьным питанием нельзя назвать критической, так как государство организует бесплатное питание для детей из малообеспеченных семей. С 2005 года расходы, выделяемые на организацию питания учащихся из малообеспеченных семей, в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 января 2008 года № 64 увеличены в пять раз. В 2011 году из 7811 школ Казахстана в 6 040 (82%) школах Республики организовано горячее питание для 1 882 087 или 77% всех учащихся, из них бесплатным питанием обеспечены 615 236 (33%) учащихся, в том числе 210 467 (89%) учащихся из малообеспеченных семей. Восточный Казахстан находится на 2 месте по организации горячего питания в школах (669 школ). Государство выделяет немалые деньги на организацию горячего питания.

Мы рассчитали калорийность блюд двухнедельного меню для школьников из малообеспеченных детей. Как видно из графика 1, калорийность блюд не соответствует нормативам. Горячее питание в школе является вторым завтраком школьников, и соответствует 20% от суточной калорийности. Для детей 11-15 лет суточная калорийность составляет 2900 ккал. Таким образом, калорийность питания в школе должна составить 580 ккал в день. В 8 из 12 дней калорийность блюд не соответствует нормативам. Питание детей из малообеспеченных семей финансируется из государственного бюджета, из года в год суммы, затрачиваемые на питание, растут, но при этом качество оставляет желать лучшего.

Распределение белков, жиров и углеводов в меню школ распределено неравномерно, и имеет два пика повышения показателей - во 2 день и в 8 день. Это связано с подачей мясных блюд в эти дни. В норме содержание белков в суточном рационе составляет 90 гр, жиров 90 гр. и углеводов 400 гр., соответственно на питание в школе должно приходиться 20% от суточной потребности, а именно, 18 гр. белков, 18 гр. жиров и 80 гр. углеводов.

Содержание жиров снижено в 4, 5, 7, 9, 10, 12 дни, углеводов – в 11 день, а в остальные дни нормы углеводов и белков повышены.

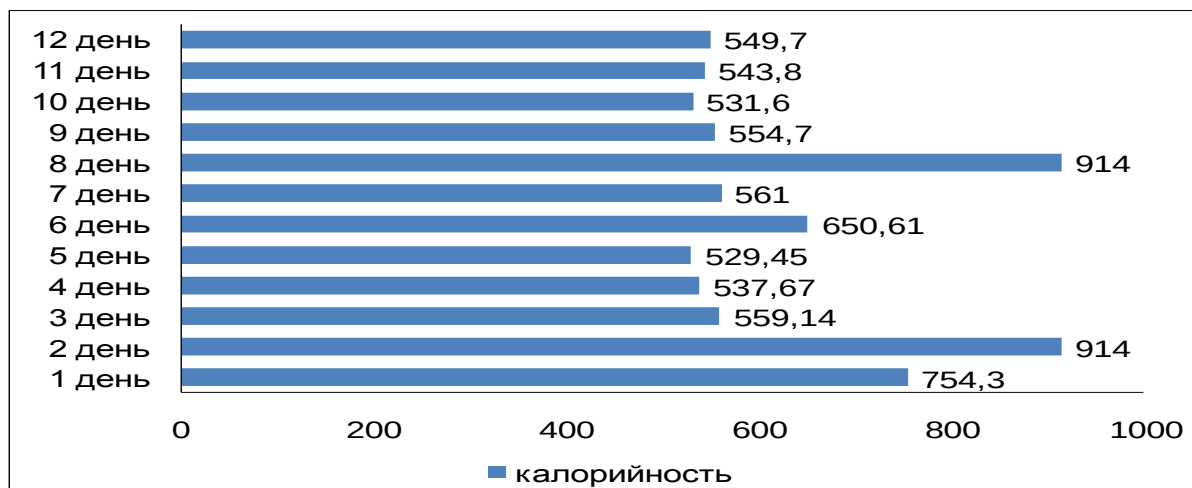


График 1. Калорийность школьного питания для детей из малообеспеченной семьи, ккал.

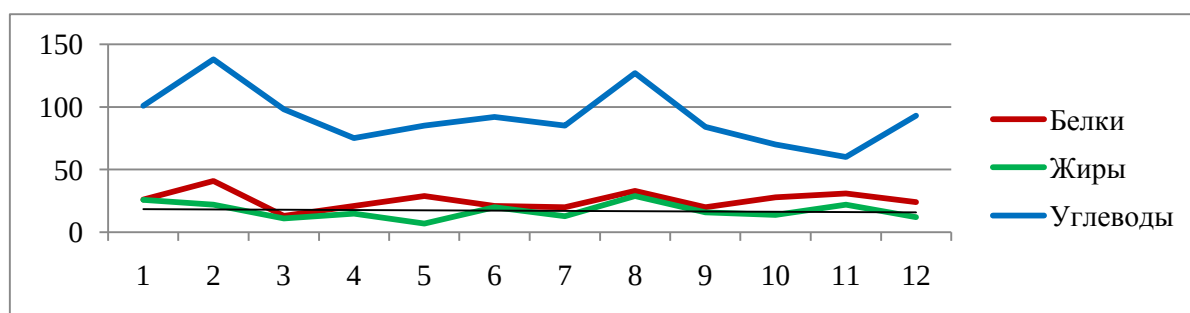


График 2. Перспективное двухнедельное меню.

Выводы. Таким образом, в результате проведенной работы питание школьников г. Семей нельзя назвать сбалансированным:

- В рационе школьников недостаточно мясных блюд, молока, молочнокислых продуктов, яиц, овощей, фруктов, преобладают мучные и крупяные изделия. Наблюдается дефицит витаминов, микроэлементов, что повышает риск развития у детей и подростков многих заболеваний.

- При оценке полноценности питания калорийность блюд по меню-раскладке для детей из малообеспеченных семей не соответствует нормативам.

Рекомендации: Одной из ведущих причин распространенности неправильного питания является недостаточная информированность школьников, учителей и родителей о современных рекомендациях по здоровому питанию через средства массовой информации. Поэтому особое внимание необходимо уделять пропаганде

формирования представления о здоровом образе жизни и правильном питании.

Необходимо родителям постараться обеспечить детей разнообразным рационом питания дома, следить за качеством питания школьников и привитием «правильных» привычек питания.

Медицинским работникам школ необходимо контролировать качество и рацион питания в школе. Довести до нормы содержание белков, жиров и углеводов в суточном рационе до 1:1:4. Контролировать безопасность продуктов и разнообразие меню, не допускать к продаже в школьной столовой жареных на масле пирожков, беляшей и т.п., следить за соблюдением соответствующих Санитарных правил и норм «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам воспитания и образования детей и подростков».

Литература:

1. Маймулов В.Г., Якубова И.Ш., Чернякина Т.С. Питание и здоровье детей. - СПб.: ГМА, 2003. - 354 с. .

Тұжырым

СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУЫНЫҢ ЗАМАНДАС АСПЕКТІЛЕРІ

С.К. Нуртазина, Ә.Ж. Байбусинова

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

Осы мақалада 3 түрлі орта оқу мекемелердің (лицей, гимназия және мектеп) ішінде өткізілген тамақтану бойынша зерттеу нәтижелері туралы жазылған. Оқушыларының дұрыс емес тамақтану әдеттерін және тамақтық мінез-құлық жүргіздіруі бастайтыны анықталған.

Негізгі сөздер: оқушыларының тамақтануы, тамақтанудың құндылығы, тамақтанудың тәртібі.

Summary

MODERN ASPECTS OF FOOD SCHOOLCHILDREN CITY SEMEY

S.K. Nurtazina ¹, A.Zh. Baibussinova ¹

Semey state medical university ¹,

The article presents the research in 3 types of secondary education: high school, lyceum and the school. It was found that many pupils begin the production of "wrong" eating habits and eating behaviors.

Key words: schoolchildren's food, caloric intake, power mode.

УДК 616.441-003.971-616.13-007.649-616-073.756.8

С.В. Автушко¹, А.К. Ахметбаева²КГП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр», г. Семей¹,
Государственный медицинский университет города Семей².**ДИАГНОСТИКА ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)****Аннотация**

МРТ брюшной полости является высокоинформативным методом диагностики заболеваний печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, селезенки. МРТ с применением программы МР-аортографии является предпочтительным методом выявления ложных аневризм селезеночной артерии и других артерий бассейна чревного ствола. МРТ позволяет не только диагностировать аневризму, но и предположительно определить артерию из которой произошло кровотечение, дать оценку состояния поджелудочной железы, что необходимо для определения тактики дальнейшего лечения.

Ключевые слова: Магнитно-резонансная томография, ложная аневризма, селезеночная артерия.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости – высокоинформативный метод лучевой диагностики заболеваний печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, селезенки, почек и надпочечников. МРТ представляет собой последовательное получение снимков с помощью электромагнитного поля с последующим построением 2D и 3D изображений исследуемой области. Среди всех современных методов исследования органов брюшной полости МРТ считается наиболее высокоточным, достоверным и информативным. Благодаря высокой разрешающей способности и дополнительным уникальным программам с очень тонкими срезами, в ходе исследования можно увидеть изменения размером до нескольких миллиметров, выявить патологические процессы на их начальной стадии, а также провести дифференциальную диагностику патологических образований. При наличии объемных образований печени, поджелудочной железы (ПЖ), почек, надпочечников, применение динамического контрастирования, позволяет определить доброкачественное или злокачественное образование, что существенно влияет на прогноз самого заболевания, а также на выбор оптимальной тактики лечения, позволяет избежать таких инвазивных и неприятных во всех отношениях методов диагностики, как пункционная биопсия печени или диагностическая лапароскопия.

Ложная аневризма (ЛА) селезеночной артерии является нечастым (от 1,2 до 7,5%), но крайне опасным осложнением панкреонекроза. Причиной ее образования считается воздействие ферментов поджелудочной железы на близкорасположенную артерию. Также она может формироваться при хроническом панкреатите с псевдокистами. ЛА артерий формируются у больных острым панкреатитом в области скопления жидкости и ложных кист. Наиболее часто развиваются аневризмы селезеночной артерии, реже - нижней и верхних панкреатодуоденальных артерий. ЛА у больного острым панкреатитом можно заподозрить при появлении кровотечения из верхних отделов ЖКТ без явной причины. Киста по периферии заполняется тромботическими массами, но в центре её сохраняется кровоток. При сообщении псевдокисты с вирсунговым протоком, кровь через большой дуоденальный сосок может поступить в просвет двенадцатиперстной кишки.

Описание наблюдения. Пациентка С., 56 лет, проведено УЗИ брюшной полости по поводу хронического панкреатита. В хвосте поджелудочной железы выявлено

но опухолевидное образование, направлена на рентгеновскую компьютерную томографию брюшной полости. Заключение: Признаки объемного образования хвоста ПЖ (гастринома). Консультация врача онколога – диагноз: новообразование ПЖ. Лабораторные данные: HGB 143 г/л, WBC $6,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/час, глюкоза 5,3 ммол/л, АЛТ 16 ед/л, АСТ 17 ед/л, онкомаркеры СА 19-9 6,2 ед./мл (норма 2,6-19,0), креатинин 0,04 ммол/л;

Проведена МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства на аппарате Siemens 1.5 Тесла по стандартной программе в условиях естественной контрастности и с применением болюсного внутривенного контрастирования раствором парамагнетика Гадовист из расчета 0,1 мл на кг массы тела пациента. Протокол контрастного усиления: контрастное средство Гадовист 7,5 мл, болюсное введение вручную с удлинителем, (венфлон G 18), скорость введения - 3 мл/сек; объем физ.раствора - 40 мл (способствует продвижению контрастного вещества из «мертвого» пространства сосудов); артериальная фаза - 25 сек; портовенная фаза - 50 сек; отсроченная фаза – 180 сек. после введения контрастного средства;

Выставлен дифференциально-диагностический ряд: 1. Ложная аневризма селезеночной артерии; 2. Кровоизлияние в полость псевдокисты хвоста ПЖ; 3. Аденокарцинома хвоста ПЖ с геморрагиями в опухоль. Данные МРТ после болюсного контрастирования - в артериальную фазу отмечается появление в хвосте ПЖ, рядом с селезеночной артерией, зоны накопления контраста, неправильной округлой формы ложная аневризма (псевдоаневризма). Заключение: МРТ-картина ложной аневризмы селезеночной артерии.

В АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» проведена операция верхнесредняя лапоротомия – дистальная резекция ПЖ, спленэктомия. Операционный диагноз – ложная аневризма селезеночной артерии с тромбозом просвета. Гистологическое заключение – фиброзно-склеротический (индуративный) хронический панкреатит, малокровие ткани селезенки.

Обсуждение. В литературе описано около 3000 наблюдений аневризм селезеночной артерии (СА). Ложная аневризма (ЛА) СА является нечастым (от 1,2 до 7,5%), но крайне опасным осложнением панкреонекроза. Разрывы ЛА СА встречаются у 9,6% пациентов. Существует два варианта проявления ЛА. Первый вариант — ЛА, возникающие в полостях постнекротических псевдокист ПЖ. Второй вариант - первично возникшие в паренхиме ПЖ. ЛА первого варианта возни-

кают в тех случаях, когда псевдокиста прилежит к артерии, и ферменты панкреатического сока вызывают эрозию её стенки и кровотечение в просвет кисты. Киста по периферии заполняется тромботическими массами, а в центре её сохраняется кровоток. Локализация пост-некротических кист, в полости которых формируется ЛА

- головка ПЖ - 36,0% больных, тело - 12,0%, тело-хвост - 20,0% и хвост - 32,0%. Основными методами диагностики являются ультразвуковая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (контрастная МР-ангиография), целиакография.

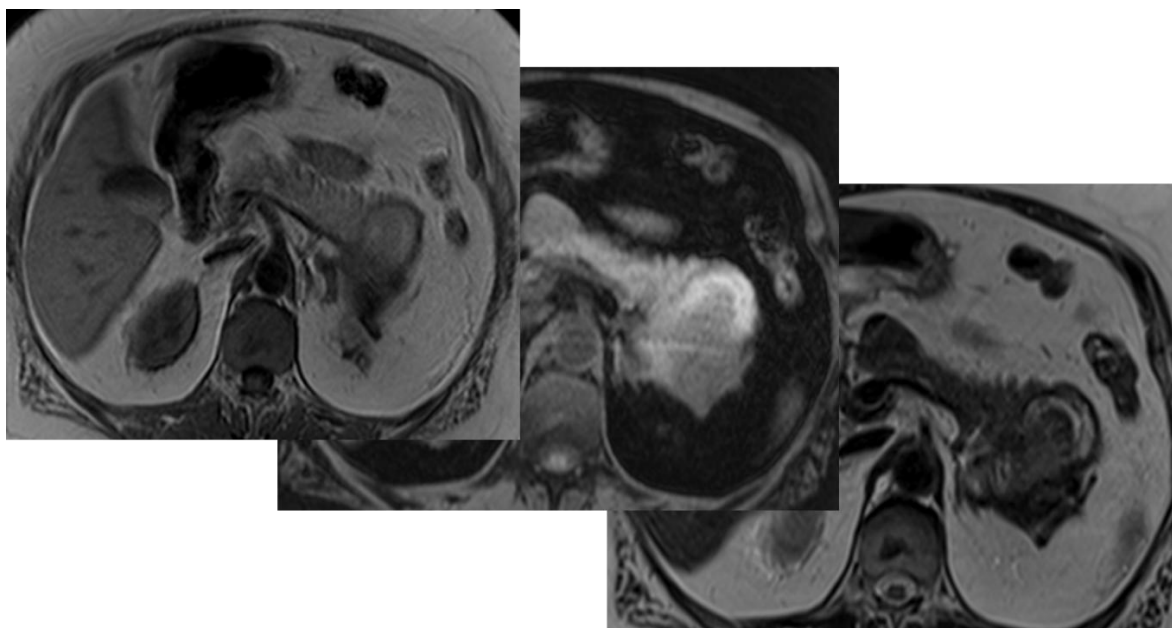


Рисунок 1. МРТ на уровне тела и хвоста поджелудочной железы в аксиальной плоскости, T1-ВИ, T1-ВИ FS, T2-ВИ. В хвосте поджелудочной железы объемное образование округлой формы, «слоистой» структуры, размером 7,8 x 5,6 x 4,5 см, с МР-сигналами характерными для дериватов гемоглобина.



Рисунок 2. Артериальная фаза в коронарной проекции и 3DMP-аортография. Селезеночная артерия извита, диаметром 0,4 см, мешотчатая аневризма селезеночной артерии, размер свода функционирующей части аневризм (красная стрелка) 5,3 x 2,8 см, диаметр шейки аневризмы 0,3 см, внутриполостные пристеночные тромботические массы (синяя стрелка).

Полученные данные свидетельствуют, что применение МРТ с болюсным контрастированием является эффективным методом диагностики ЛА СА, как ослож-

нения хронического панкреатита. МРТ позволяет не только диагностировать аневризму, но и предположительно определить артерию, из которой произошло

кровотечение, одновременно дать оценку состояния поджелудочной железы, что необходимо для определения лечебной тактики и выбора оптимального метода выключения аневризмы из кровотока, если предполагается рентген-эндоваскулярное лечение. Консервативный подход в лечении ЛАСА оправдан для бессимптомного течения небольшой аневризмы СА. Риск разрыва существует во время беременности, особенно значительный — в третий триместр. Операция показана для женщин детородного возраста. Предпочтительное ле-

чение — проксимальное и дистальное лигирование аневризмы с облитерацией всех питающих сосудов, чтобы избежать спленэктомии. Если такое вмешательство невозможно, необходимо производить резекцию ПЖ и спленэктомию.

Бессимптомность ЛА СА затрудняет своевременную прижизненную диагностику, а объем и скорость кровопотери при разрыве аневризмы, даже в случае немедленно начатой операции, может привести к смерти больного.

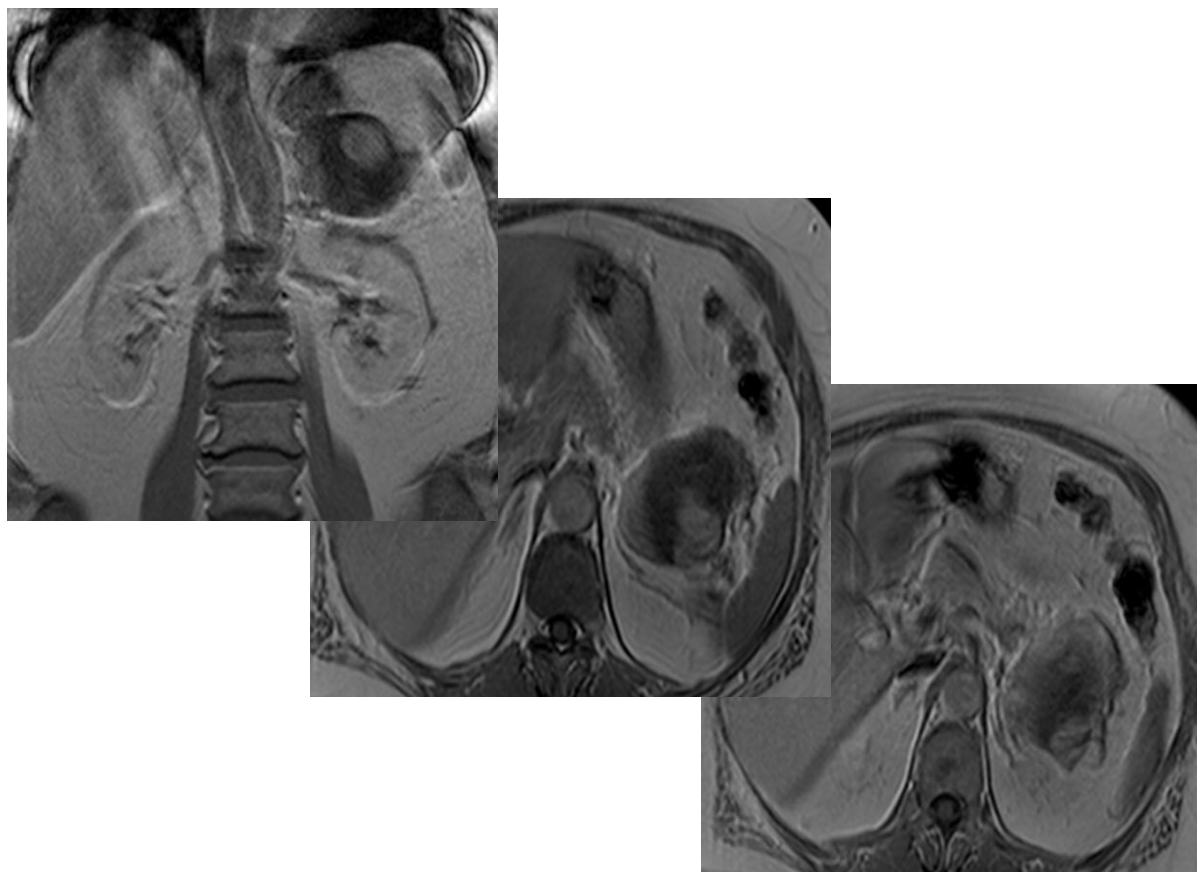


Рисунок 3. Портоинозная и отсроченная фазы. МРТ на уровне тела и хвоста поджелудочной железы в корональной аксиальной плоскости, T1-ВИ. Задержка контрастного средства в полости функционирующей части аневризмы.

На наш взгляд, требуется детальное целенаправленное обследование пациентов с высоким риском развития ЛАСА с целью выявления и лечения их в плановом порядке. В настоящее время при ЛАСА выполняют резекцию аневризмы со спленэктомией, лигирование аневризмы, эмболизацию СА, к которым относится проксимальная эмболизация артерии, либо установление баллонорасширяемого стент-графта. Лигирование СА у места ее отхождения от чревной артерии со спленэктомией наиболее оптимально, учитывая наличие спленомегалии. В большинстве случаев выполняется спленэктомия с иссечением аневризмы. Реже производят наложение проксимальной и дистальной лигатуры без удаления аневризмы и селезенки. В плановом порядке может производиться аневризмэктомия с реконструкцией СА. Как продолжение ангиографии перспективно рентгено-эндоваскулярное лечение, заключающееся в эмболизации СА.

Таким образом, литературные данные и представленное наблюдение свидетельствуют о том, что в дифференциальной диагностике объемных образований ПЖ следует рассматривать сосудистые последствия

панкреатита, в частности ЛА (псевдоаневризму) СА. МРТ с применением программы МР-аортографии является предпочтительным методом выявления ложных аневризм СА и других артерий бассейна чревного ствола. Наличие специфических МР-сигналов характерных для дериватов гемоглобина (тромбы) и высокоинтенсивного патологического контрастирования в артериальную фазу в структуре ПЖ указывает на ЛА.

Литература:

1. Кригер А.Г., Коков Л.С., Кармазановский Г.Г., Кунцевич Г.И., Федоров В.Д., Барбин П.Б., Тарбаева Н.В. Ложные аневризмы артерий бассейна чревного ствола у больных хроническим панкреатитом. - Хирургия. — 2008. №12. — С. 17-23.
2. Таразов П.Г., Розенгауз Е.В., Павловский А.В., Панов С.А. Псевдоаневризма селезеночной артерии — осложнение хронического панкреатита (наблюдение из практики). - Мед.виз. — 2009. №3. — С. 101-105.
3. Коков Л.С., Цыганков В.Н., Тарбаева Н.В. Эндопротезирование аневризмы селезеночной артерии. - Мед.виз. — 2005. №6. — С. 71-74.

4. Губергриц Н.Б., Момот Н.В., Агапова Н.Г., Лукашевич Г.М., Загоренко Ю.А. Сосудистые заболевания поджелудочной железы и сосудистые осложнения пан-

креатической патологии: лучевые, сонографические и морфологические сопоставления (Обзор литературы) Мед.виз. – 2005. №6. – С. 11-21.

Тұжырым

МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫҚ ТОМОГРАФИЯ ӘДІСІМЕН КӨК БАУЫР АРТЕРИЯСЫНЫҢ ЖАЛҒАН АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ (ТӘЖІРИБЕЛІК ОҚИҒА)

С.В. Автушко, А.К. Ахметбаева

“Семей қаласының Консультативтік-диагностикалық орталығы” ШЖҚ КМК,

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Асқазан асты безінің, көк бауыр, өт жолдарының ауруларын зерттеуде магнитті-резонансты томография ең жоғары информациялық әдіс болып табылады. МР- аортография көк бауыр артериясының және құрсақ бассейнінің артерияларының жалған аневризмаларын зерттеуде жоғары ақпаратты әдіс болып табылады. Артериялардың жалған аневризмаларын диагностикалаудан басқа, МРТ арқылы қан кетуді, ұйқы безін сараптау, емнің одан әрі тактикасын ұйғаруда маңызы өте зор.

Негізгі сөздер: магнитті-резонанстық томография, жалған аневризмасы, көк бауыр артериясы

Summary

DIAGNOSTICS OF FALSE ANEURISM OF A SPLENIC ARTERY BY A METHOD OF MRI (A CASE FROM PRACTICE)

S.V. Avtushko, A.K. Akhmetbayeva

Consultative and Diagnostic Centre, Semey

Semey State medical university

Magnetic resonance tomography of the abdomen is a highly informative method of diagnostics of the diseases of liver, gall bladder, biliary tract, pancreas and spleen. MRI with application of MR- aortography is the preferred method of identifying false aneurysms splenic arteries and other arteries of the basin of celiac trunk. MRI allows not only to diagnose the aneurysm, but presumably determine the artery from which happened bleeding, to evaluate the status of the pancreas, which is necessary for determining the tactics of further treatment.

Key words: Magnetic resonance tomography, false aneurism, splenic artery.

УДК 616.127-005.8-614.88

Г.Т. Искакова

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

НЕТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В РАБОТЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Аннотация

В статье приводятся клинические примеры нетипичной картины инфаркта миокарда, встречающиеся в практике врача скорой неотложной медицинской помощи. Клинические проявления инфаркта миокарда с атипичным болевым синдромом, также с нехарактерным развитием у лиц молодого возраста.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, нетипичный клинический случай, догоспитальная помощь, диагностика инфаркта миокарда.

Актуальность. На протяжении последних десятилетий в структуре заболеваемости и смертности населения основная доля принадлежит болезням сердечно-сосудистой системы, причем в этом процессе не последнюю роль играет увеличение численности пожилых граждан во всех развитых странах. Наиболее серьезный процент гибели людей от ССЗ по-прежнему занимает смерть от ИБС, точнее - от ОИМ [5] И сам ИМ, и его последствия в виде ХСН являются основной причиной ближайшей и отдаленной смертности от ИБС в пожилом возрасте [1, 2].

Своевременная диагностика и обеспечение необходимого объема лечения больным ОИМ на догоспитальном этапе является одним из основных факторов, влияющих на прогноз заболевания [8]. От того, насколько

быстро больной обратится за помощью на ССМП, от своевременной постановки диагноза, качественной и быстрой догоспитальной терапии, оперативной транспортировки в стационар будет зависеть дальнейшая тактика лечения и прогноз течения заболевания [4, 7].

Цель: поделиться опытом практического опыта в диагностировании и неотложной помощи больным с инфарктом миокарда с нетипичными проявлениями клинической картины у пациентов разного возраста.

Материалы и методы. Проанализированы данные 196 пациентов с инфарктом миокарда, которым была оказана скорая медицинская помощь сотрудниками КГКП ССМП (Казенное Государственное Коммунальное Предприятие Станции Скорой Неотложной Медицинской Помощи г. Семей). Всего за 2012 год вызовы скорой ме-

дицинской помощи были по поводу сердечно-сосудистых заболеваний составили - 35883 случая, в общей структуре всех вызовов скорой медицинской помощи это составило – 26,9%. По поводу инфарктов миокарда вызовы были в 196 случаях, что составляло 0,1%.

Результаты и обсуждение. Из проанализированных 196 карточек вызова больных с инфарктом миокарда выбраны клинические примеры с нетипичной клинической картиной.

Вот пример инфаркта миокарда с атипичным болевым синдромом.

Б-ая А., 68 лет, вызов поступил в 5 часов, 29 мин. Прибытие – 5 ч. 43 мин. Жалобы: на боли в левой верхней конечности, плече, волнообразного характера.

Анамнез: Заболела ночью, когда появились боли в левой руке в 22 часа, продолжались минут 30, купировались приемом нитроглицерина. Утром, около 6 часов проснулась из-за похожих болей в левой верхней конечности, плече, более интенсивных. Прием нитроглицерина – без эффекта. Вызвала скорую помощь. После терапии, проведенной второй линейной бригадой боли прошли, больная уснула. К моменту приезда спецбригады больная очнулась, снова жалуется на боли в левой руке. В анамнезе: ИБС, стенокардия напряжения II – III функциональный класс, ГБ II Б, кризовое течение. Врач отметила, что скорая помощь вызвана повторно. На повторно снятой электрокардиограмме: признаки повреждения миокарда переднеперегородочной области с переходом на верхушку.

Объективно: Частота пульса – 46 уд.в 1 мин, АД 60/40 мм. рт. ст. (обычное-140/80). После проведенной терапии больная обезболена, артериальное давление стабилизировалось на уровне 100/60 мм, затем 110/70 мм. С диагнозом ИБС, острый первичный инфаркт миокарда передне-перегородочной, верхушечной локализации, боковой стенки левого желудочка, шок I, больная госпитализирована в кардиологический центр. По информации, полученной из кардиоцентра, состояние больной оставалось тяжелым, в течение 5-ти суток находилась в блоке реанимации.

Вот другой пример инфаркта миокарда у женщины детородного возраста, что является довольно редким явлением. Вероятность наличия этой патологии даже при типичных клинических признаках стенокардии у женщин 30–39 лет не превышает 26% [3]. По данным британских исследователей Oxford-Family Planning Association, включавшего 17 тыс. наблюдений, суммарная частота возникновения стенокардии и инфаркта миокарда (ИМ) у женщин в возрасте 25–34 лет не превышает 3 случаев на 1000 [6]. По-видимому, именно низкая вероятность возникновения ИМ и обуславливает несвоевременную диагностику и тактические ошибки при ведении молодых женщин с острым коронарным синдромом. Особенностью этих пациенток является также и то, что в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) у них зачастую играют роль «неклассические» факторы риска, что требует индивидуального подхода к таким больным.

В качестве примера, иллюстрирующего подобную клиническую ситуацию, представим историю болезни *пациентки Е.* 33 лет. В апреле 2012 г. у нее впервые в жизни возникли боли и жжение за грудиной, а также в горле в состоянии покоя. Из анамнеза больная росла и развивалась нормально. Перенесла ряд детских инфекций (корь, краснуха). Получила среднее специальное образование. Возраст наступления менархе – 14 лет. В 25 лет у пациентки была беременность, которая протекала без осложнений и закончилась нормальными родами. В настоящее время менструальная функция со-

хранена. Семейный анамнез по сердечно-сосудистой патологии отягощен: отец дважды перенес ишемический инсульт в возрасте до 50 лет.

При осмотре обращало на себя внимание наличие эритемы Готтрона, сетчатого ливедо, гелиотропной сыпи. Отмечена умеренная болезненность при пальпации грудных мышц. Кроме того, выявлено повышение активности КФК до 896 ЕД/л, что было расценено как возможное проявление обострения дерматомиозита либо статиновой миопатии и потребовало отмены аторвастатина.

Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, заболевание расценили как фаринготрахеит. Ей рекомендовали полоскание горла растворами антисептиков. Приступы жжения за грудиной длительностью до 1 ч возникали в течение последующих 2 дней несколько раз.

Пациентка обратилась в поликлинику повторно и только тогда была зарегистрирована электрокардиограмма (ЭКГ), на которой были выявлены признаки ИМ передней локализации без образования патологического зубца Q. Больная была госпитализирована в отделение интенсивной терапии кардиологии БСМП. При поступлении активность КФК составила 376 ЕД/л. В анализах крови были выявлены признаки железодефицитной анемии (гемоглобин 10,3 г/дл, средняя концентрация гемоглобина в эритроците 31,2 г/дл при норме 33–37 г/дл, сывороточное железо 3,5 мкмоль/л), что связали с имеющей место у пациентки меноррагией. Клинический анализ крови показал относительные нейтрофилез (82,2%) и лимфопению (9,9%). В биохимическом анализе крови помимо повышения активности КФК отмечено незначительное повышение активности ЛДГ до 503 ЕД/л (при норме до 435 ЕД/л) и АсАТ до 47 ЕД/л (при норме до 29 ЕД/л). В стационаре по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) была выявлена обширная гипокинезия передней стенки левого желудочка (ЛЖ). Проведено лечение гепарином, аспирином, б-блокаторами, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, статинами. Учитывая относительно высокий уровень в крови общего холестерина (ХС) – 7,2 ммоль/л, стартовую дозу аторвастатина назначили 20 мг/сут.

Выводы Врачам скорой медицинской помощи необходимо быть настороженными в отношении нетипичных клинических форм инфаркта миокарда с его разнообразными проявлениями и нехарактерным развитием у лиц молодого возраста.

Литература:

1. Хальфин Р.А. О развитии геронтологии в Российской Федерации. Выступление на 2 съезде геронтологов и гериатров. Москва, 1 -3 октября 2003 года. // Клиническая геронтология. 2003. - Т9-№12-С. 3-9.
2. De Gevigney G, Delahaye F, Staat P, Roth O. Heart failure and myocardial infarction in the elderly. For its more specific management. Presse Med. 2003 Jun 21; 32(22): 1033-8.
3. Diamond GA, Forrester JS. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. N Engl J Med 1979; 300: 1350–8.
4. Heath SM, Bain RJ, Andrews A, Chida S. et al. Nurse initiated thrombolysis in the accident and emergency department: safe, accurate, and faster than fast track. Emerg Med J. 2003 Sep; 20 (5): 418-20.
5. Loubani M, Ghosh S, Galinanes M. The aging human myocardium: tolerance to ischemia and responsiveness to ischemic preconditioning. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003 Jul; 126 (1): 143-7.

6. Mant D, Villard-Mackintosh L, Vessey MP, Yeates D. Myocardial infarction and angina pectoris in young women. J Epidemiol Community Health 1987; 41: 215-9.

7. Steigen TK, Wiseth R, Nordrehaug JE. Pre-hospital thrombolytic therapy. Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Mar 4; 124 (5): 640-3.

8. Woollard M., Pitt K., Hayward A J., Taylor N.C. Limited benefits of ambulance telemetry in delivering early thrombolysis: a randomised controlled trial //Emerg Med J. 2005; 22(3): 209-15.

Тұжырым

ЖЕДЕЛ ЖАРДЕМ КӨМЕК КӨРСЕТУ ҚЫЗМЕТІНДЕ ЕНБЕК ЕТЕТІН ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖРИБЕСІНДЕ КЕЗДЕСЕТІН КЛИНИКАСЫНА ЖАТПАЙТЫН ТҮРЛЕРІ

Г.Т. Исакова

Семей қ. Жедел жардем көмек көрсету станциясы

Жедел жардем көмек көрсету қызметінде енбек ететін дәрігердің тәжірибесінде кездесетін инфаркт миокардасының нағыз клиникалық түрлері, және жастар арасында инфарктың басталуының басқаша болуы.

Негізгі сөздер: инфаркт миокардасының клиникасына жатпайтын түрлері, алғашқы көмек, инфаркт миокардасының диагнозы.

Summary

ATYPICAL CLINICAL CASE OF MYOCARDIAL INFARCTION IN THE DOCTOR'S WORK FOR AN AMBULANCE

G.T. Iskakova

Station emergency care, Semey c.

We give examples of atypical clinical picture of myocardial infarction occurring in the practice emergency care. Clinical manifestations of myocardial infarction with atypical pain, also with uncharacteristic development in young adults.

Key words: myocardial infarction, unusual clinical case, prehospital care, diagnosis of myocardial infarction.

УДК 616.8-007.053.1

Г.А. Мерейбаева

РГКП ЦСМ МЗ РК Павлодарская область.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ АРНОЛЬДА-КИАРИ У НОВОРОЖДЕННОГО

Аннотация

Аномалия Арнольда-Киари – это порок развития головного мозга. Патоморфологический случай данной патологии был обнаружен на секции младенца. В статье описаны данные клиники и аутопсии редкого порока развития ЦНС для повышения квалификации врачей.

Ключевые слова: синдром Арнольда-Киари, клиника, аутопсия.

Аномалия Арнольда-Киари – это врожденная патология развития ромбовидного мозга, проявляющаяся несоответствием размеров задней черепной ямки и мозговых структур, находящихся в этой области, что приводит к опущению ствола головного мозга и миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие и ущемлению их на этом уровне.

Аномалия развития головного мозга - порок (синдром) Арнольда-Киари впервые был описан в 1986 г. Современная патоморфология выделяет три основных типа этой аномалии.

I тип обычно не сопровождается поражением спинного мозга и выявляется чаще у взрослых при помощи КТ и ЯМР.

II и III типы порока характеризуются высокой летальностью в перинатальном периоде или раннем детском возрасте.

По данным аутопсии у детей с менингомиелоцеле аномалию Арнольда - Киари II типа обнаруживают в 95-100% случаев.

Патоморфологический случай аномалия Арнольда-Киари первого типа был обнаружен на секции недоношенного мальчика Ж. 3,5 суток жизни. Ребенок был от

2-ой беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в 10 недель, ХПНФ в стадии неполной ремиссии, колюпит. В 30 недель на УЗИ выставлен ВПР - долихоцефалическая форма головы, вентрикуломегалия, амниотический тяж, «гольфный» мяч в ЛЖ. Младенец от 1-х преждевременных родов в 36 недель с весом при рождении 2446г, ростом 48см, оценкой по Апгар 7-86.

Состояние при рождении тяжелое - в поясничной области вскрывшийся грыжевой мешок 5х7см с ликвореей. На НСГ: расширение боковых желудочков, смещение мозжечка в большое затылочное отверстие. Синдром Арнольда-Киари? Левостороннее ВЖК? В первые часы после рождения консультирован нейрохирургами и выставлен диагноз: ВПР ЦНС. Спинно - мозговая грыжа поясничной области больших размеров, вскрывшаяся, ликворея. Нижний вялый парапарез.

Для оперативного лечения переводится в ОДБ, где проведено экстренное оперативное вмешательство - ревизия, иссечение спинномозговой грыжи, пластика твердой мозговой оболочки. После операции состояние ребенка расценивалось как критическое за счет МВПР со стороны сердца и ЦНС, гемодинамических, дыхательных, метаболических нарушений, интоксикации,

нарастающей неврологической симптоматики, надпочечниковой недостаточности, нарушений микроциркуляции на фоне недоношенности. Несмотря на проводимую терапию, состояние ребенка прогрессивно ухудшалось за счёт полиорганной недостаточности.

На секции подтверждены врожденные пороки центральной нервной системы и сердца: в поясничной области горизонтальный шов длиной 8 см, швы состоятельны, кости черепа целые, тонкие, с «окончатными» дефектами (с очагами истончения до 2 см в диаметре), большой родничок 3,5х3,5 см, основание черепа уплощено, заднечерепная ямка свободна, большое затылочное отверстие несколько сужено, боковые, 3-й, 4-й желудочки значительно расширены. Овальное окно с щелевидным дефектом, в трикуспидальном клапане 2 створки укорочены, подтянуты к фиброзному кольцу. Спинно-мозговая грыжа со вскрывшимся грыжевым мешком осложнилась серозно-гнойным энцефалитом. В легких картина сливной серозно-гнойной пневмонии. По внутренним органам проявления ДВС синдрома, белковой дистрофии, незрелости тканей.

По данным аутопсии был выставлен патологоанатомический диагноз: Q 89.8 МВГР, ЦНС - спинномозговая грыжа поясничной области (менингомиелоцистоцеле 5х7 см с ликвореей), 2-х сторонняя внутренняя гидроцефалия, асимметрия извилин в лобных долях больших полушарий головного мозга, синдром Арнольда-Киари, платибазия, «окончатые» дефекты костей свода черепа; сердца - гипоплазия 2-х створок трикуспидального клапана, щелевидный дефект межпредсердной перегородки.

Состояние после операции: ревизия, иссечение спинномозговой грыжи. Пластика твердой мозговой оболочки от 30.04.12. Очаговый серозно-гнойный энцефалит. Распространенный ДВС синдром. Серозный альвеолярный отек легких. Вакуольная и зернистая дистрофия тканей внутренних органов. Врожденная 2-х сторонняя очагово - сливная серозно-гнойная пневмония. Недоношенность, 36 недель. Незрелость тканей внутренних органов.

Таким образом, редкий случай Арнольда-Киари был подтвержден по данным аутопсии у ребенка, хотя ранняя антенатальная диагностика тяжелого варианта этой болезни могла бы предотвратить рождение этого младенца. Данный случай приведен для повышения квалификации врачей.

Литература:

1. Демидов В.Н., Стыгар А.М., Зыкин Б.И., Медведев М.В., Сичинава А.Г., Фукс М.А., Доронин Г.Л. Ультразвуковая диагностика в акушерстве // Ультразвуковая диагностика. Нормативные материалы и методические рекомендации. - М.: 1990. - С. 401-418.
2. Воеводин С.М., Озерова О.Е. Эхографическая анатомия головного мозга у новорожденных разного гестационного возраста // Акуш. и гинекол. - 1991, N 6. - С. 33-42.
3. Воеводин С.М. Эхографическая диагностика пороков развития головного мозга у новорожденных и детей грудного возраста // Педиатрия. - 1990. - N 9. - С. 45-51.
4. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Нервные болезни: Учеб. пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2008. - С. 231-258.
5. Крупина Н.Е. Сведения о семейных случаях синдрома Арнольда-Киари, базиллярной импрессии и мальформации Киари // Неврологический вестник. 2001, № 1-2. - С. 70-75.
6. Менделевич Е.Г., Михайлов М.К., Богданов Э.И. Синдром Арнольда-Киари и мальформация Киари. Казань. Медицина, 2002. - 236 с.
7. Демидов В.Н., Бахарев В.А., Стыгар А.М. Ультразвуковая диагностика черепно- и спинномозговых грыж плода // Вопр. охр. мат. дет. - 1986. 31:9. - С. 34-36.
8. Кулаков В.И., Серов В.Н., Демидов В.Н. и др. Алгоритм пренатального мониторинга (пособие для врачей) // Акуш. и гин. - 2000, №5. - С. 56-59.
9. Бахарев В.А. Профилактика и пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний нервной системы // Перинатальная неврология // Под ред. Ю.И. Барашнева. Триада-Х, 2001.
10. Бахарев В.А. Пренатальная диагностика / Под ред. Ю.И. Барашнева, В.А. Бахарева, П.В. Новикова. Триада-Х, 2004. - С. 351-407.
11. Кулаков В.И., Каретникова Н.А., Стыгар А.М. и др. Поиски путей внутриутробной коррекции врожденных дефектов развития // Рос. вестн. перинатол. и педиат. 1996, №3. - С. 22-25.
12. Антонов А.Г., Кучеров Ю.И. Организация хирургической коррекции пороков развития новорожденных // Российский форум «Мать и дитя», 6-й: Материалы. М., 2004. - С. 546.
13. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. // Триада-Х, - 2004. - С. 560.

ТҰЖЫРЫМ

НӘРЕСТЕДЕГІ АРНОЛЬДА-КИАРИ АУРУЫНЫҢ ОҚИҒАСЫ

Г.А. Мерейбаева

Семей к. Жедел жәрдем көмек көрсету станциясы

Арнольдтің-Киари қалыпсыздығы - бұл миды дамытуды кемістік. Осы патологияны жағдай Патоморфологический бөбектің секциясында білдірген. Тезисте дәрігерлердің мамандығын жетілдіруі үшін осы клиникалар және ЦНСтың дамытуын сирек кемістіктің өлексені жарып тексеруі сипатталған.

Түйінді сөздер: Арнольд – Киари ауыруы, клиникасы, аутопсия.

Summary

PATHOLOGIC CASE OF DISEASE ARNOLD-KIARI IN A NEWBORN

G.A. Mereibayeva

Station emergency care. Semev

Arnold-Kiari anomaly - is a malformation of the brain. Patomorphologic case of this disease was discovered on the baby section. In the thesis describes the clinical and autopsy findings of a rare malformation of the central nervous system of advanced medicine.

Key words: Arnold-Kiari syndrome, clinic, autopsy.

УДК 616.743-616.31-001.44-089.157

К.Е. Агибаев

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

ОШИБКИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКЕ КОЛОТЫХ РАН ШЕЙ**Аннотация**

При диагностических трудностях эзофагоскопии у больных с колотыми ранами шей необходимо помнить о проведении контрастной рентгенографии пищевода с целью выявления затека контраста, что указывал бы на повреждения пищевода. Упущенное время с момента получения травмы, быстрое распространение инфекции по средостению приводит к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, гнойного перикардита, сепсиса.

Ключевые слова: гнойный медиастинит, гнойный перикардит, эзофагоскопия, контрастной рентгенографии пищевода, колотые раны шей.

Диагностические ошибки при первичной хирургической обработке колотых ран шей могут приводить к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, плеврита, перикардита или повреждения крупного сосуда. При этом очень важно своевременная диагностика повреждения шейного отдела пищевода и трахей. При повреждении грудной части пищевода болезненность и воспалительный инфильтрат на шее отсутствуют. В этих случаях большое диагностическое значение имеет появление подкожной эмфиземы на шее, которая проявляется крепитацией при пальпации, которая видна на рентгенограмме грудной клетки в виде прослойки воздуха в подкожной клетчатке шейного отдела. У больного сразу же проявляются симптомы медиастинита с нарастающей интоксикацией [1,2,3].

При диагностических трудностях эзофагоскопии, больным по показаниям проводят контрольную контрастную рентгенографию пищевода с целью выявления признаков возможной перфорации, а при ее обнаружении – экстренную операцию.

Целью настоящего сообщения является изложение последовательности выполнения диагностических и лечебных мероприятий и результатов эндоскопического исследования больного с повреждением верхнего отдела пищевода, поступившего в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны, как редкий случай из клинической практики.

Случай из практики

Больной Б., 25 лет, доставлен из районной больницы в экстренном порядке в приемное отделение ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны с диагнозом: Колото-резанное ранение шей через 5 суток от момента получения травмы в крайне тяжелом состоянии. Из анамнеза выяснено, что больной получил ножевое ранение шей, обратился в районную больницу только через 3 суток в тяжелом состоянии, где больной осмотрен хирургом, лор-врачом, проведена фиброгастроскопия, проведена первичная хирургическая обработка раны шей, на рану наложены первичные швы и выставлен диагноз: «Непроникающее колото-резанное ранение шей». Несмотря на проведенную антибактериальную терапию внутримышечно – цефозолин 1 грамм х 4 раза в день, инфузионную терапию у больного нарастали симптомы интоксикации. В связи с ухудшением состояния больного по договоренности перевели в ГКП на ПХВ «Городская больница №1», г. Астаны. Больному проведена фиброэзофагоскопия, обнаружено ранение задней стенки пищевода на уровне верхней трети.

Больному произведена повторная хирургическая обработка раны шей со снятием швов. При этом имеется гнойное отделяемое из раны. На рентгенографии грудной клетки имеется расширение тени средостения. За время обследования у больного появилась подкожная эмфизема шей. После кратковременной предоперационной подготовки больной взят на операцию для санации и дренирования средостения под интубационным наркозом. Предполагалось наложение гастростомы и возможно, эзофагостомы.

Диагноз до операции: Повреждение верхней трети пищевода. Флегмона шеи. Медиастинит. Сепсис.

Название операции: Вскрытие шейного отдела заднего средостения. Ушивание дефекта шейного отдела пищевода. Вскрытие и дренирование грудного отдела заднего средостения.

Описание операции: После обработки операционного поля в условиях интубационного наркоза на передней поверхности шеи слева произведена продольный разрез по внутренней поверхности грудино-ключично-сосцевидной мышцы, рассечение кожи, подкожная клетчатка, мышцы шеи тупо раздвинуты, фасции шеи поэтапно вскрыты до заднего средостения, где ревизирован пищевод. Обнаружено ранение задней стенки пищевода, размерами 0.5х0.3см. Назогастральный зонд проведен в желудок.

Учитывая крайне тяжелое состояние больного, наличие инфильтрации тканей и выпота вокруг ран пищевода произведено ушивание ран пищевода. От наложения эзофагостомы решено воздержаться из-за крайне тяжелого состояния больного. Раны пищевода ушиты двухрядным швом, герметично с подведением дренажной трубки и перчаточного-марлевого дренажа. При ревизии шейного отдела заднего средостения выделена около 20 мл гнойного выпота, осушено, тщательно промыта антисептиками и дренирован перчаточный-марлевый тампон и ПХВ трубкой.

После санации средостения произведена инъекция антибиотика – Цеф IV 1,0 в ткани средостения. Во время операции у больного нестабильная гемодинамика с остановкой сердца. После реанимационных мероприятий сердечная деятельность восстановлена. Дальнейший предполагаемый объем операции – Лапаротомия, диафрагматомия по Розанову, дренирование заднего средостения по Савеных, гастротомия по Штамму-Кадему не представлялся возможным из-за крайне тяжелого состояния больного. Операция остановлена анестезиологом. Больной снят с операционного стола, переведен в отделение реанимации и интенсивной те-

рапии, где больному проводилось интенсивная терапия, антибактериальное, противовоспалительное, инфузионная терапия.

Диагноз после операции: Повреждения верхней трети пищевода. Флегмона шеи. Гнойный медиастинит. Сепсис.

Состояние больного после операции оставался крайне тяжелым, без сознания. Через 12 часов у больного наступила повторная остановка сердечной деятельности, реанимационные меры без эффекта. Зафиксирована смерть больного. На аутопсии обнаружено гнойный медиастинит и гнойный перикардит. Перикард утолщен, внутренняя поверхность перикарда покрыт толстым слоем желтого фибрина, в полости перикарда была около 40 мл жидкого гноя.

Анализируя данный случай необходимо отметить позднее обращение больного за медицинской помощью, быстрое распространение инфекции по заднему средостению с развитием гнойного медиастинита, гнойного перикардита. При поступлении в районную больницу больному не проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки, на которой можно было бы увидеть эмфизему средостения. Если допустить возможность повреждения пищевода до поступления в клинику, на рентгенографии органов грудной клетки могли бы обна-

ружить наличие эмфиземы средостения. Необходимо помнить о проведении контрастной рентгенографии пищевода с целью выявления затека контраста, что указывала бы на повреждения пищевода.

Таким образом, позднее обращение больного, диагностические трудности при эзофагоскопии, выполненной больному в районной больнице, быстрое распространение инфекции по средостению привел к тяжелым осложнениям: развитию гнойного медиастинита, гнойного перикардита, сепсиса.

В совокупности упущены 5 суток с момента получения травмы, диагностические трудности не позволили избежать развития серьезных осложнений (медиастинит, перикардит и сепсис) и смертельного исхода.

Литература:

1. Абакумов М. М. Диагностика и лечение ранений шеи / М. М. Абакумов, К. Р. Джаграев // Хирургия. - 1998. - № 8. - С. 10-13.
2. Богопольский П. М., Курбанов Ф. С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. - М.: Медицина, 2001.
3. Neck injuries / D. P. Flanigan, N. M. Baraniewski, J. S. Sehuler, J. P. Weeeyr // Civilian vascular trauma. — Philadelphia : Lea Febiger, 1992. - P. 145-157.

Тұжырым МОЙЫННЫҢ ЖАРАҚАТЫН АЛҒАШҚЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ӨНДЕУДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР К.Е. Агубаев

МКҰ «№1 қалалық аурухана», Астана қаласы

Мойын жарақатын алған науқастарға эзофагоскопия жасауда диагностикалық қиындықтар кезінде, өңештің зақымдануын анықтау үшін, науқасқа өңештің контрастты рентгенографиясын жасауды ұмытпау керек. Травмадан кейінгі өткен уақыт, кеуде қуысында инфекцияның жылдам тарауы іріңді медиастинит, іріңді перикардит және сепсис сияқты ауыр асқынуларға әкеледі.

Негізгі сөздер: іріңді медиастинит, іріңді перикардит, эзофагоскопия, өңештің контрастты рентгенографиясы, мойын жарақаты.

Summary ERRORS IN THE PRIMARY SURGICAL TREATMENT OF WOUNDS OF THE NECK K.E. Agibaev

GCI «№1 City hospital», Astana

In case of diagnostic difficulties in the esophagoscopy in patients with wounds of the neck we should remember about the contrast radiography of the esophagus to identify streaks contrast, which would indicate a damaged esophagus.

Lost of time after injury, the rapid spread of the infection to the mediastinum leads to serious complications: the development of purulent mediastinitis, purulent pericarditis, and sepsis.

Key words: purulent mediastinitis, purulent pericarditis, esophagoscopy, contrast radiography of the esophagus, wounds of the neck.

Мазмұны

Мақалалар

З.К. Жумадилова, Н.Р. Баркибаева, А.Ш. Каскабаева, Ж.Е. Муздубаева, Л. Касым, Г.К. Калимолдина	4
Бұрынғы Семей полигоны аймағындағы тұрғындардың денсаулығына иондаушы сәулелердің әсерінің сұрақтары (әдебиеттен шолу)	
Н.Р. Баркибаева, З.К. Жумадилова, Б.К. Утегенова, Б.К. Аукенова, Д.Ж. Жунусова, Л. Касым	7
Бұрынғы Семей полигонының қолайсыз экология аймақтарындағы бауыр ақауларының құрылымы	
Т.Е. Шаханов, А.Т. Шаханова	12
Өрт түрлі радиациялық қауіпті аумақтардағы өкпенің сүлелі обструкциялық ауруының ерекшеліктері	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская	14
Семей аймағында тұратын тұрғындардағы қалқанша без патологиясы	
М.Ж. Еспенбетова, Ж.К. Заманбекова, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, О.А. Юрковская, Р.К. Ельчибаева, Е.В. Пересыпкина	16
ССЯП (Семей сынақ ядролық полигоны) ауданында тұратын тұрғындардағы тиреоидты жүйенің функциональды жағдайы	
Г.М. Шалгумбаева, И.А. Избасарова, Г.Ж. Сабекова	19
Семей аймағы Абай, Бесқарағай, Бородулиха аудандардың тұрғындардың сауалдамалары бойынша ауру-сырқаулығы талдауы	
Г.Н. Баймұсанова, Г.Ж. Кайлюбаева, Г.Б. Кажобекова	20
Шығыс Қазақстан облысы Бесқарағай ауданында радиацияға ұшыраған адамдар ұрпақтарының репродуктивті денсаулығының жағдайы	
М.А. Даулетьярова, Г.К. Манабаева, Б.Ж. Сатубалдинова	22
Бесқарағай және Бородулиха ауданындағы тұратын әйелдер сүйектерінің минералды тығыздығы	
Н.Б. Хайдарова, А.К. Смаилова, Б. Илина, Л.А. Рахматуллина	25
Семей қаласының және қала аймағындағы аудандарда ерінің қатерлі ісігінің кездесу жиілігі	
Г.М. Шалгумбаева	27
Жатыр мойынша рагының эпидемиологиясы	
Н.Е. Аукенов, А.Б. Есенбаева, Г.Б. Мусабекбаева, М.А. Сегизбаева, З.Х. Ярмухаметова, Л.М. Омарова	29
Семей аймағындағы тұрғындардың жиі кезіндегі липидты аумасуды зерттеуді өткізу	
А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, Г.С. Томпақова, В.Т. Ахметова, Г.Ж. Акимбаева, А.А. Бужикенова	31
Диабетикалық невропатия: оның терапиясының патогенетикалық аспектісі	
А.А. Дүсіпова, Г.Ж. Баядилова, М.Д. Шотықов, А.А. Бужикенова	32
Автономды диабетикалық невропатия	
Ж.Е. Мұздыбаева	34
СЕКҚД дамыған гастропатиялар және оларды емдеу	
Г.Д. Абилямажинова	36
Коронарлық артериалді атеросклерозы кездеспейтін әйелдердің ишемиялық жүрек ауруы	
Г.Д. Абилямажинова, С.С. Абдраманова	39
Әйелдердің ишемиялық жүрек ауруын диагностика жүргізудегі қиындықтар	
Б.С. Дүйсенбаева	42
Жаңа технологиялардың (магнитті-резонансты және мультишпиршықты компьютерлі томографиялардың) туа біткен жүрек ақауларын зерттеудегі рөлі	
Р.И. Рахимжанова, Т.Б. Даутов, Б.С. Дүйсенбаева	45
Қолқаның коарктациясының диагностикасында компьютерлік және магнитті ангиографиялық томографияның рөлі	
Л.М. Пивина, Р.К. Абдугалиева, Н.Е. Аукенов, М.Р. Мадиева, Г.Ж. Ығиев	47
Өт – тас ауруымен қосарласқан қанайналым жүйесі ауруларының қауіп факторларын зерттеу	
Л.И. Павлова, К.С. Калиева	48
Жүрек мүмкіндіктерін функциональды жоғарлататын кардиопротекторлар	
Л.М. Пивина, Л.Г. Герасименко	50
Қартайған және жасы ұлғайған науқастардың ауруханадан тыс пневмониясының клиникалық ағымының ерекшеліктері	
М.К. Сыздықбаев, Д.С. Каримов, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Р.Х. Сейтхасимов, Э.М. Гамзаева, Е.А. Жумажанов, А.М. Солтанбекова	52
Операция жасаған аурулардың альвеолярлық сурфактантының үстіңгі қабыршағының жылдам қасиеті	
М.К. Сыздықбаев, Т.Х. Сыздықбаев, Т.А. Кусаинов, Н.С. Камасов, М.А. Семикина, Р.Х. Сейтхасимов, Э.М. Гамзаева, Б.Т. Габдуллин	54
Өкпе ауруының жедел іріңдеуін бронхының селективтік транстрахеальды катетеризация арқылы емдеудің жасымен жынысына байланысты қорытындысы	

Т.А. Кусаинов	56
Синдром Мелори-Вейсс белгісі бар ауруға эзофагостроскопия жасаған кездегі асқазанның ішкі қабыршағының өзгеруі	
В.Т. Сторожук, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев	57
Енек безінің сапалы гиперплазиясы бар емделушілерінің жан-жақты емдеуіндегі флогэнзим	
В.Т. Сторожук, Г.Е. Джакова, Н.А. Кондратьева, Б.С. Рыспаев	59
Созылмалы простатитке шалдыққан науқастарды кешенді емдеуде вобэнзим тиімділігі	
Г.Е. Джакова, В.Т. Сторожук, Б.С. Рыспаев, Г.К. Сулекеева	61
Жедел тоқ ішектің түйілуімен ауратын науқастардың операциядан кейінгі кезеңде ішектің жұмыс істеуін тиімді реттеуші ретінде софтовак	
М.Н. Аққалиев	63
Жедел пиелонефритпен ауыратын науқастардың иммундық статусының сипаттамасы	
М.К. Сыздықбаев, Т.А. Кусаинов, А.А. Березинец, Т.М. Шошаев, А.М. Солтанбекова	65
Өкпенің ірің деструкциясына емдеуде қолданылған сегментарлық-субсегментарлық бронхиялық ағаштың фибробронхоскопиялық суреті	
Н.С. Фамутдинова, Г.Ж. Ығиев, Г.В. Добрынин	68
Қосалқы жарақаттары бар науқастардың тромбоземболиялық асқынуларының қазіргі заманғы алдын алу мүмкіндіктері	
Г.В. Добрынин, Г.Ж. Ығиев, Н.С. Фамутдинова	70
Стенокардия мен аяқ тамырларының облитерациялық атеросклерозы қатар жүретін науқасқа кораксанау қолданудың нәтижелілігі	
М.К. Сыздықбаев, А.В. Писмарева, К.С. Сергазин, Ш.А. Бихиянов, Г.Т. Искокова, А.М. Солтанбекова, Т.М. Шарипов	71
Майлы эмболияны емдеудегі практикалық тәжірибе	
Г.Ж. Ығиев, Г.В. Добрынин, Н.С. Фамутдинова	73
Асқынуы майлы эмболия болатын травматологиялық науқастарды жүргізу ерекшеліктері	
Т.А. Булегенов, А.С. Тлемисов	74
Травмы, в следствии падения, у лиц пожилого и старческого возраста	
Е.О. Абдыкаримов	76
Шығыс Қазақстан облысы Серебрянск қаласындағы асфиксия нәтижесінде өлімділік сараптамасы	
В.Н. Оңғарова	78
Семей қаласының наркологиялық диспансерінің алғашқы алдын алу жұмыстарын ұйымдастырудың шолу анализі	
А.А. Алмағамбетова	80
Шекаралық жүйке-психикалық бұзылыстардың кешенді емі	
А.А. Алмағамбетова, Р.М. Байжуманова, М.Г. Раимова, Г.К. Бураханова	84
Ішек тітіркену синдромы бар науқастарда психотерапияның маңыздылығы	
Г.Ж. Абдрахманова, Ф.Ф. Ягофаров, Н.К. Кудайбергенова, Т.И. Терехова, Д.Б. Козубаева, М.Р. Зенкович, А.Т. Маликова	87
Аллергиялық дерматиттердің емінде қолданылатын L-Цет (левоцетиризин) препараты	
К.Н. Тусупова	88
Клиническая характеристика различных вариантов сальмонеллеза	
К.Н. Тусупова	90
Клиническая характеристика сальмонеллеза в зависимости от сероваров сальмонелл	
Б.И. Байгундинова	91
Студенттік ортада медициналық жоғары оқу орнында оқу және емтихандық стрессті зерттеу	
А.Д. Галымова	95
Развитие исследовательских способностей учеников в процессе обучения информатизации	
С.М. Сыздықаева	96
Солкесерил дентальды адгезивті пастасын терапиялық стоматологияда қолдану тәжірибесі	
С.К. Нуртазина, Ә.Ж. Байбусинова	98
Семей қаласының оқушыларының тамақтануының замандас аспектілері	
Тәжірибеден жағдай	
С.В. Автушко, А.К. Ахметбаева	100
Магнитті-резонанстық томография әдісімен көк бауыр артериясының жалған аневризмасының диагностикасы (тәжірибелік оқиға)	
Г.Т. Искокова	103
Жедел жәрдем көлік көрсету қызмеінде енбек ететін дәрігердің тәжірибесінде кездесетін клиникасына жатпайтын түрлері	
Г.А. Мерейбаева	104
Нәрестедегі Арнольда-Киари ауруының оқиғасы	
К.Е. Агибаев	106
Мойынның жарақатын алғашқы хирургиялық өңдеудегі кателіктер	

Content

Articles

Z.K. Zhumadilova, N.R. Barkibayeva, A.Sh. Kaskabayeva, Zh.Ye. Muzdubayeva, L. Kasym, G.K. Kalimoldina	4
To the long-term effects of ionizing radiation on the health of the former Semipalatinsk nuclear ground population (literature review)	
N.R. Barkibayeva, Z.K. Zhumadilova, B.K. Utegenova, B.K. Aukenova, D.Zh. Zhunusova, L. Kasym	7
The structure of the liver pathology in ecologically unfavorable regions of the former Semipalatinsk nuclear ground	
T.E. Shakhanov, A.T. Shakhanova	12
The COPD in various areas of radiation risk	
M.Zh. Espenbetov, Zh.K. Zamanbekova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, O.A. Yurkovskaya, A.K. Khaibullina, A.A. Aukenova	14
Pathology of the thyroid gland at inhabitants of the Semipalatinsk region	
M.Zh. Espenbetova, Zh.K. Zamanbekova, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, O.A. Yurkovskaya, R.K. Elchibaeva, Ye.V. Peresypkina	16
Functional condition thyroid system at inhabitants of regions of Semipalatinsk	
G.M. Shalgumbayeva, I.A. Izbasarova, G.Zh. Sabekova	19
Analysis of the incidence of inhabitants of Abai, Beskaragai, Borodulikha districts of Semey region according to questionnaire	
Г.Н. Баймусанова, Г.Ж. Кайлюбаева, G.B. Kazhibekova	20
Reproductive health status of descendants of persons exposed to radiation in Beskaragay district East Kazakhstan region	
M.A. Dauletyarova G.K. Manabaeva, B.Zh. Satubaldinova	22
State of mineral bone density in women, living in and Beskaragai Boroduliha region	
N.B. Khaidarova, A.C. Smailova, B. Isina, L.A. Rahmatullina	25
Prevalence of lip cancer incidence in the territory of Semey citi and neighboring regions	
G.M. Shalgumbayeva	27
Epidemiology of cervical cancer	
N.Ye. Aukenov, A.B. Yesenbayeva, G.B. Musabekova, M.A. Segizbayeva, Z.H. Yarmukhametova, L.M. Omarova	29
The implamenting researches the metabolism of blood lipids by IHD in Semipalatinsk region	
A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, G.S. Tompacova, V.T. Achmetova, G.Zh. Akimbaeva, A.A. Buzhikenova	31
Diabetic neuropathy, pathogenic aspects of therapy	
A.A. Dyusupova, G.Zh. Bayadilova, M.D. Shotikov, A.A. Buzhikenova	32
Autonomic diabetic neuropathy	
Zh.E. Muzdubayeva	34
NSAIDS-gastropathies and its prophylaxy	
G.D. Abilmazhinova	36
Ischemic disease of women who don't have atherosclerosis of coronal arteries	
G.D. Abilmazhinova, S.S. Abdramanova	39
The difficulties of diagnosis of ischemic diseases of women's heart	
B.S. Duisenbayeva	42
The role of new technologies in the diagnosis of congenital heart diseases	
R.I. Rakhimzhanova, T.B. Dautov, B.S. Duisenbayeva	45
The role of computer and magnetic tomography in the diagnosis of aortic coarctation	
L.M. Pivina, R.K. Abdugalieva, N.E. Aukenov, M.R. Madieva, G.J. Ygiev	47
The study of risk factors for cardiovascular diseases, combined with cholelithiasis	
L.I. Pavlova, K.S. Kaliyeva	48
Cardioprotectors that improve the functionality of the heart	
L.M. Pivina, L.G. Gerasimenko	50
Clinical features of community-acquired pneumonia in elderly and senile patients	
M.K. Syzdykbayev, D.S. Karimov, K.S. Sergazin, Sh.A. Bihiyanov, R.Kh. Seitkhasimov, E.M. Gamzayeva, E.A. Zhumazhanov, A.M. Soltanbekova	52
Surface-active properties alveolar surfactant in patients in the postoperative period	
M.K. Syzdykbayev, T.Kh. Syzdykbayev, T.A. Kusainov, N.S. Kamasov, M.A. Semikina, R.Kh. Seitkhasimov, E.M. Gamzayeva, B.T. Gabdullin	54
Age and sex characteristics patients with acute lung abscess treated by selective catheterization transtracheal bronchi	

T.A. Kusainov	56
Changes in gastric mucosa esofagogastrosopical study in patients with Mallory-Weiss syndrome	
V.T. Storozhuk, N.A. Kondratyeva, B.S. Ryspaev	57
Flogenzim in complex treatment of patients with benign prostatic hyperplasia	
V.T. Storozhuk, G.E. Dzhakova, N.A. Kondratyeva, B.S. Ryspaeva	59
Efficiency of wobenzym in the combined treatment of patients with chronic prostatitis	
G.E. Dzhakova, V.T. Storozhuk, B.S. Ryspaev, G. K. Sulekeeva	61
Sophtovack as the most perfect regulator of intestine activity on the post operation period of patients with large intestine constipation	
M. Akkalyiev	63
The characteristics of immune system of patients with pielonephritus	
M.K. Syzdykbayev, T.K. Kusainov, A.A. Berezinets, T.M. Shoshayev, A.M. Soltanbekova	65
Fibrobronchoscopic painting in applying segmental-subsegmental sanation of the bronchial tree in acute purulent lung destruction	
N.S. Famutdinova, G.Zh. Ygiyev, G.V. Dobrynin	68
Modern possibilities of prevention of thromboembolic complications in the patient with combined trauma	
G.V. Dobrynin, G.Zh. Ygiyev, N.S. Famutdinova	70
The effectiveness of coraxan in the patients suffered from anginal pectoris associated with obliterating atherosclerosis of lower extremities	
M.K. Syzdykbayev, A.V. Pismareva, K.S. Sergazin, Sh.A. Bihiyanov, G.T. Iskakova, A.M. Soltanbekova, T.M. Sharipov	71
Practice treatment fat embolism	
G.Zh. Ygiyev, G.V. Dobrynin, N.S. Famutdinova	73
Peculiarities of the management for the patients with traumatological pathology complicated by fatty embolism	
T.A. Bulegenov, A.S. Tlemissov	74
Fall related injuries among elderly	
Ye.O. Abdykarimov	76
Mortality analysis by mechanical asphyxia in Serebryansk city East Kazakhstan region	
V.N. Ongarova	78
Review of the organization of primary prevention Semey narcological dispensary	
A.A. Almagambetova	80
Complex approach to border neuro - psychic disorders treatment	
A.A. Almagambetova, R.M. Baizhumanova, M.G. Raimova, G.K. Burakhanova	84
Mental therapy efficiency at patients with irritable bowel syndrome	
G.Z. Abdrahmanova, F.F. Jagofarov, N.K. Kudajbergenova, T.I. Terekhova, D.B. Kozubaeva, M.R. Zenkovich, A.T. Malikova	87
L-Cet (levocetirizin) in treatment allergic dermatitis	
K.N. Tusupova	88
Clinical characteristic of different variants of salmonellosis	
K.N. Tusupova	90
Clinical characteristic of different variants of salmonellosis according to serovariants of salmonella	
B.I. Baigundinova	91
Investigation training and examination stress at the medical university in the student community	
A.D. Galymova	95
The development of research capabilities of students in the process of education informatization	
S.M. Syzdykaeva	96
Solcoseryl dental adhesive paste in therapeutical dentistry	
S.K. Nurtazina, A.Zh. Baibussinova	98
Modern aspects of food schoolchildren city Semey	
Case histories	
S.V. Avtushko, A.K. Akhmetbayeva	100
Diagnostics of false aneurism of a splenic artery by a method of MRI (a case from practice)	
G.T. Iskakova	103
Atypical clinical case of myocardial infarction in the doctor's work for an ambulance	
G.A. Mereibayeva	104
Pathologic case of disease Arnold-Kiari in a newborn	
K.E. Agibaev	106
Errors in the primary surgical treatment of wounds of the neck	

Государственный медицинский университет г. Семей

Подписано в печать 26.12.2012 г.

Формат А4. Объем 13,9 усл.п.л. Тираж 500 экз.